

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

KARYA TULIS ILMIAH

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



OLEH :

DORSILA APASERAY
NIM. PO.71.24.4.09.083

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

LEMBAR PERSETUJUAN

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

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

Jayapura, Juli 2011

Pembimbing I



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

Pembimbing II



Nurul Afifa, S.ST
NIP. 19771220 200801 2 012

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan



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

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima Oleh Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Diploma III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Jayapura Untuk memenuhi salah satu syarat guna
Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya kebidanan pada :

Hari : Jumat
Tanggal : 5 Agustus 2011

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

KETUA



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

SEKRETARIS



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

Tim Penguji :

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


(.....)

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


(.....)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO :

*Karena Tuhanlah yang memberikan hikmat
dari mulutNya datang pengetahuan dan
kepandaian (Amsal 2 : 6)*

*Oleh karena itu, hikmatmu pengetahuan
dan kepandaianmu harus dibagi-bagikan
kepada orang lain*

(Bidan Dorsila , 2011)

PERSEMBAHAN :

Karya Tulis Ilmiah ini ku persembahkan kepada :

1. Suamiku tercinta Moses Demetou yang membuatku mengerti akan arti seorang istri yang baik.
2. Anakku tercinta Selpi Apaseray yang kusayangi yang selalu memberikan motivasi dan dorongan untuk selalu menjadi Tante yang baik.
3. Saudara – saudaraku Olof, Ros dan Ben yang selalu mendukungku.
4. Dokter beserta teman - teman yang berada di Puskesmas Dapepare Distrik Depapre.
5. Rekan – rekan seperjuangan Angkatan 2009 Jurusan Kebidanan yang kucintai dan kusayangi yang membuatku mengerti akan indahnya persahabatan.
6. Almamaterku Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura yang selalu kubanggakan.

KATA PENGANTAR

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

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

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

1. Isak JH. Tukayo, S.Kp., M.Sc Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura yang telah memberikan kesempatan kepada Penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Heni Voni Rerey, SKM., MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik kesehatan Jayapura.
3. Saaty Kadiwaru, S.ST selaku Dosen pembimbing I dan Nurul Afifa, S.ST selaku Dosen pembimbing II atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Seluruh Dosen beserta Staf Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.

5. Direktur RSUD Abepura khususnya di ruang perinatologi yang telah mengizinkan dan memberi tempat kepada Penulis untuk melakukan Asuhan kebidanan.
6. Teman-teman se-Angkatan 2009 Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
7. Semua Pihak yang telah memberikan dukungan dan motivasi bagi Penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.

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

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

Jayapura, Juli 2011

Penulis,

DAFTAR ISI

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

BAB I PENDAHULUAN

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

BAB II LANDASAN TEORI

A. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	7
B. Konsep Dasar Bayi Lahir Berat Badan Lahir Rendah	21
C. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan.....	35

BAB III GAMBARAN UMUM LOKASI DAN TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Umum Lokasi Pengambilan Kasus.....	43
B. Tinjauan Kasus	46

BAB IV PEMBAHASAN..... 61

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	64
B. Saran.....	64

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Berat badan lahir rendah (BBLR) merupakan salah satu faktor terpenting kematian Neonatal dan juga sebagai *determinan* yang cukup bermakna bagi kematian bayi dan balita. Persalinan aterm atau umur kehamilan yang cukup (37 – 32 minggu) dapat terjadi BBLR yang disebabkan gangguan dalam pertumbuhan janin dalam kandungan akibat nutrisi ibu hamil yang kurang (Manuaba, 2010).

Berdasarkan data riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2010 Angka Kematian Bayi (AKB) 0 – 6 hari 34/100 kelahiran hidup yang disebabkan asfiksia (36,9%), prematuritas (32,4%), sepsis (12%), hipotermi (6,8%), ikterus (6,6%). Di Provinsi Papua, Angka Kematian Bayi (AKB) sebanyak 41/1000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) 52 per 1.000 kelahiran hidup disebabkan karena BBLR 29%, *asfiksia* 13%, Tetanus 10%, masalah pemberian makan 10%, infeksi 6%, gangguan *hematologik* 5% dan lain-lain 27% (Profil Dinkes Papua, 2009). Berdasarkan data Rekam Medis yang di peroleh dari Rumah Sakit Umum Daerah Abepura bulan Januari sampai Desember 2010 frekuensi bayi di ruang Perinatologi berjumlah 1266 dari sekian bayi yang lahir, angka kelahiran bayi berat badan lahir rendah sebanyak sebanyak 295 (23,30%) bayi dan kurang dengan masa kehamilan sebanyak 158 (12,48%) bayi.

Penyebab kematian BBLR antara lain adalah *prematuritas*, infeksi, *asfiksia*, *aspirasi mekonium*, *kernikterus*, *hipoglisemia*, demam tinggi dan cacat bawaan yang mematikan serta pemberian ASI yang kurang adekuat (Manuaba, 2010). Kematian *perinatal* pada bayi berat badan lahir rendah 8 kali lebih besar dari bayi normal pada umur kehamilan yang sama. Prognosis akan lebih buruk lagi bila berat badan makin rendah. Angka kematian yang tinggi terutama disebabkan oleh seringnya dijumpai kelainan komplikasi neonatal seperti *asfiksia*, aspirasi *pneumonia*, perdarahan *intrakranial*, dan *hiperbilurubinemia*.

Komplikasi neonatal pada bayi baru lahir dengan BBLR seperti *asfiksia*, aspirasi *pneumonia*, perdarahan intrakranial, *hiperbilurubinemia*, suhu tubuh tidak stabil dan gangguan imunologik. Bila bayi diselamatkan kadang-kadang dijumpai kelainan pada saraf dan akan terjadi gangguan bicara, IQ (*identify quantity*) yang rendah, dan gangguan lainnya (Prawirohardjo, 2008).

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

Mengacu pada latar belakang yang ada, maka penulis tertarik untuk mengambil judul “Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

Dengan Berat Badan Lahir Rendah Kecil Masa Kehamilan di Ruang Perinatologi RSUD Abepura” secara komprehensif, sehingga diharapkan dengan penanganan manajemen asuhan kebidanan yang tepat dapat menurunkan angka kematian bayi.

B. RUMUSAN MASALAH

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

1. Bagaimana melakukan pengkajian terhadap bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura ?
2. Bagaimana melakukan interpretasi data untuk menegakkan diagnosa pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura ?
3. Bagaimana mengidentifikasi diagnosa potensial pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura ?
4. Bagaimana menentukan tindakan segera pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura ?
5. Bagaimana merencanakan asuhan kebidanan secara menyeluruh pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura ?
6. Bagaimana melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura ?

7. Bagaimana melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang diberikan pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura ?
8. Bagaimana melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura ?

C. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan umum

Melakukan manajemen asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura

2. Tujuan Khusus

Selama melakukan manajemen kebidanan pada bayi baru lahir dengan BBLR, penulis dapat :

- a. Melakukan pengkajian terhadap bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura
- b. Melakukan interpretasi data untuk menegakkan diagnosa pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura.
- c. Mengidentifikasi diagnosa potensial pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura
- d. Menentukan tindakan segera pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura

- e. Merencanakan asuhan kebidanan secara menyeluruh pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura
- f. Melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura
- g. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang diberikan pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura.
- h. Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah kecil masa kehamilan di RSUD Abepura

D. MANFAAT PENULISAN

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

1. Rumah Sakit

Dapat menjadi sumbangan pikiran bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan khususnya pada bayi baru lahir dengan kecil masa kehamilan di RSUD Abepura khususnya di ruang perinatologi.

2. Institusi pendidikan

Dapat menambah referensi bagi mahasiswa khususnya jurusan kebidanan yang membutuhkan, baik dalam menyelesaikan tugas kuliah maupun dalam penulisan target asuhan kebidanan.

3. Pihak penulis

Dapat menambah pengetahuan, wawasan dan ketrampilan dalam memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan BBLR kecil masa kehamilan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR

1. Pengertian

Bayi baru lahir (*neonatus*) adalah bayi, dari lahir sampai usia 4 minggu lahir biasanya dengan usia *gestasi* 38 – 42 minggu. Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah melahirkan (Asuhan Persalinan Normal, 2007 hal 95).

2. Karakteristik

Bayi baru lahir normal mempunyai berat badan lahir 2500 – 4000 gram, panjang badan lahir 48 – 52 cm, lingkar dada 30 -38 cm, lingkar kepala 33 – 35 cm, bunyi detak jantung dalam menit –menit pertama kira – kira 100 -180 x/menit. Warna kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan *subkutan* cukup terbentuk dan diliputi *vernix caseosa*, rambut *lanugo* tidak terlihat, kuku agak panjang dan lemas, *genetalia* pada wanita (labia mayor menutupi labia minor) dan pada laki – laki *testis* sudah turun (Saiffudin, 2006 hal 203).

Periode *neonatal* berlangsung segera bayi lahir sampai usia 28 hari. Pada aktivitas motorik aktif yang dilakukan bayi adalah menangis, oleh Karena rasa tidak nyaman dan lapar. Tangis yang normal adalah kuat dan keras, tidak lemah atau nyaring, kekuatan dan pola menangis tergantung pada penyebab dan sejenis bahasa yang dapat dimengerti oleh orang tua.

Pada keadaan tidur tenang bayi jarang bergerak dan bernafas lambat serta teratur.

3. Aspek – Aspek Penting Dari Asuhan Segera Bayi Baru Lahir

- a. Jagalah bayi tetap kering dan hangat
- b. Usahakan adanya kontak kulit antara ibu dan bayinya sesegera mungkin (Asuhan Persalinan Normal, 2007 hal 98).

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) Sukling 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).

5. Perubahan – Perubahan Yang Terjadi Setelah Kelahiran

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

a. System kardiovaskuler

Foramen ovale, *duktus arteriosus* dan *duktus venosus* menutup. *Arteri umbilicus*, *vena umbilicus* dan *arteri hepatica* menjadi ligamen. Naas pertama yang dilakukan bayi baru lahir membuat paru – paru berkembang dan menurunkan resistensi vaskuler pulmoner, sehingga darah paru mengalir. Tekanan arteri *pulmoner* menurun dan menyebabkan tekanan atrium kanan menurun. Aliran darah *pulmoner* kembali meningkat kejantung dan masuk kejantung 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 konstriksi (PO₂ janin = 27 mmHg). Kemudian *duktus arteriosus* menutup dan menjadi sebuah *ligamentum*. Tindakan mengklemp dan memotong tali pusat membuat *arteri umbilikalis*, *vena umbilikalis* dan *duktus venosus* segera menutup dan berubah menjadi ligament.

b. System 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. System 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. System 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 masukan cairan yang cukup. Umumnya, bayi cukup bulan mengeluarkan urine 15 sampai 60 ml kilogram per hari.

e. System 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 kefaring, 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 menelannya 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 unsure – 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. System 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. System imun

Selama tiga bulan pertama kehidupan, bayi dilindungi oleh kekebalan pasif yang diterima dari ibu. Barrier alami, seperti keasaman lambung atau produksi pepsin dan tripsin, 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. System 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 di wajah, bahu dan punggung. Edema wajah dan *ekimosis* (memar) dapat timbul akibat presentasi muka atau kelahiran dengan *forsep*.

i. System 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 (dilindung perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
 - 2) Ikat tali pusat dengan benang desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - 3) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan
- c. Letakkan bayi agar 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 meninggal. Mekanisme kehilangan panas:

1) *Evaporasi* adalah kehilangan panas terjadi karena penguapan.

Contoh : ketuban pada permukaan tubuh setelah bayi lahir akan menguap karena bayi tidak segera dikeringkan.

2) *Konduksi* adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Bayi diletakkan 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 :

a. Merangsang produksi ASI

b. Memperkuat reflek mengisap

c. Mempromosikan hubungan emosional antara ibu dan bayinya

d. Memberikan kekebalan pasif segera kepada bayi melalui kolostrum

e. 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%.

7. Tanda – Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

- 1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60x/menit
- 2) 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
- 3) Reflek pada bayi
 - 1) Reflek pelindung
 - a) Reflek *suckling* lemah atau kuat
 - b) Tonick *neck* reflek lemah atau kuat
 - c) Graph *reflek* lemah atau kuat
 - d) Reflek berkedip baik atau tidak
 - 2) Reflek makan
 - a) Reflek *moro* lemah atau kuat
 - b) Reflek *rooting* lemah atau kuat
 - c) Reflek *swallowing* lemah an kuat
 - d) Reflek *babynski* lemah an kuat (Saifuddin, 2006 hal 207)

8. Ciri-ciri Bayi Normal

- a. Berat badan 2500 – 4000 gram
- b. Panjang badan 45 cm
- c. Lingkar dada 30 – 38 cm
- d. Lingkar kepala 33 – 35 cm
- e. Bunyi jantung pada menit pertama kira-kira 180 x/m, kemudian menurun sampai 120 – 140 x/m.
- f. Pernafasan pada menit pertama 80 x/m, kemudian menurun 40 x/m.
- g. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan sub cutan cukup terbentuk dan dilapisi *vernix caseosa*.
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut dan kepala telah sempurna.
- i. Kuku agak panjang dan lemas.
- j. Genetalia : *labia mayora* telah menutupi *labia minora* (pada perempuan), testis sudah turun (pada laki-laki).
- k. Reflek isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- l. *Reflek moro* sudah baik
- m. *Graff reflek* sudah baik
- n. Eliminasi baik, urine dan mekoneum akan keluar dalam 24 jam pertama, *mekoneum* berwarna hitam kecoklatan.
- o. Fungsi hepar belum sempurna.
- p. *Kelenjar endokrin* : hormone ibu masih berpengaruh.
- q. Kekebalan : respon imunologik masih imatur, sehingga daya tahan tubuh masih lemah.

- r. Hari pertama kadang-kadang ekstremitas *cyanosis*.
- s. Hari kedua dan ketiga ikterus positif, sehingga pada hari ke tujuh sampai sepuluh
- t. Apgar score 7 – 10.

9. Tahap Pengkajian (Perbandingan Bayi Dengan Standar Normal).

- a. Periode I . Reaktivitas I (30 menit pertama dengan dengan standar normal)
 - 1) Bayi kadang-kadang berjaga dengan mata terbuka, memberikan respon terhadap stimulus ,menghisap dengan penuh semangat , menangis, RR 82 – 180x/menit.
 - 2) Bising usus aktif, pusat mengikuti fase awal reaktifitas berlangsung 2 – 24 jam,suhu tubuh, pernapasan, denyut jantung turun.
- b. Periode II Reaktifitas II (berlangsung 4 – 12 jam)

Setelah lahir lebih mudah untuk tidur dan bangun, tanda-tanda vital stabil kulit berwarna kemerahan.

10. Pengkajian Tahap Periode (masing-masing sistem tubuh).

- a. Sistem pernapasan : Respirasi : respirasi rate
- b. Sistem gastro intestinal : BAB, muntah
- c. Sistem urinaria track : kencing
- d. Sistem saraf : refleks- refleks dikaji ulang
- e. Perawatan anjuran

- f. Pemberian makanan bayi (ASI diberikan 30 menit setelah lahir)
- g. Kulit : warna apakah ada pertumbuhan jaringan atau benjolan
- h. Anus : pastikan ada lubangnya.
- i. Refleks
 - 1) Refleks mata :
 - a) Pupil mengecil bila diberi cahaya
 - b) Bola mata bergerak ke kanan dan kekiri (doll's eye; seperti mamboulu)\
 - 2) Rooting reflek (+) : refleks mengisap

Bila kita menyentuh daerah sekitar mulut, bayi akan membuka mulutnya
 - 3) Graff refleks (+) refleks menggenggam

Bila jari kita menyentuh telapak tangan bayi maka menggenggam dengan kulit
 - 4) Babinski Refleks (+)

Pada anggota gerak bawah . telapak kaki bila digaruk-garuk maka terjadi dorsa reflesi (ibu jari seperti membengkok)
 - 5) More refleks (+) : refleks emosional

Bila diangkat seolah-olah mengangkat tubuh pada orang yang mendekapnya. Bila pindah posisi punggungnya akan dilengkungkan.

B. KONSEP DASAR BAYI LAHIR BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR)

1. Defenisi

BBLR adalah bayi baru lahir yang berat badannya sejak lahir kurang dari 2500 gram, di mana berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang satu jam setelah lahir yang dikenal dengan *prematum* (*preterm*) dan *dismatur*. Bayi *prematum* (*preterm*) adalah bayi yang lahir kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan berat badan untuk masa gestasi itu atau yang disebut dengan *neonatus* kurang bulan sesuai masa kehamilan (NKB-SMK) dan cukup bulan atau lebih dari 37 minggu yang dikenal dengan *dismatur* yaitu bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi itu dan merupakan bayi yang kecil untuk masa kehamilannya (KMK) (Saifuddin, 2006).

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

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

a. Prematuritas

1) Prematuritas murni

Prematuritas murni adalah bayi lahir dengan umur kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan berat

badan untuk masa gestasi atau biasa disebut “*neonatus* kurang bulan (NKB) sesuai untuk kehamilan (SMK) (Manuaba, 2010).

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

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

b. *Dismaturitas*

1) Bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi, itu berarti bayi mengalami Retardasi pertumbuhan *intra uterin/Intrauterine growth retardation* (IUGR) dan merupakan bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK).

2) Bayi kecil masa kehamilan (KMK) adalah bila berat badan kurang dari 10 persen dari berat badan sebenarnya dengan umur kehamilan (Manuaba, 2010).

2. Faktor – Faktor Penyebab Terjadinya BBLR

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

a. *Preterm*

1) Faktor ibu

- a) Gizi saat hamil kurang.
- b) Umur kehamilan kurang dari 20 tahun atau diatas 35 tahun.
- c) Jarak hamil dan bersalin terlalu dekat
- d) Penyakit menahun ibu.
- e) *Hipertensi*

- f) Jantung
 - g) Gangguan pembuluh darah
 - h) Ibu merokok, pecandu alcohol, pengguna narkotika.
 - i) Malaria
 - j) Anemia
 - k) Sifilis
 - l) Infeksi TORCH
- 2) Faktor pekerjaan yang terlalu berat
- 3) Faktor kehamilan
- a) Hamil dengan *hidramnion*.
 - b) Hamil ganda
 - c) Pendarahan *antepartum*
 - d) Komplikasi hamil *preeklamsia/eklamsia*, ketuban pecah dini.
- 4) Faktor janin
- a) Cacat bawaan
 - b) Infeksi dalam rahim
- 5) Faktor *plasenta*
- a) *Placenta previa*
 - b) *Solusio plasenta*
- 6) Faktor yang belum diketahui
- 7) Keadaan sosial ekonomi.
- a) Golongan sosial ekonomi rendah
 - b) Pengawasan *antenatal* yang kurang

c) Perkawinan yang tidak sah

b. *Dismaturitas janin*

Faktor yang menyebabkan *dismaturitas* janin adalah sebagai berikut :

1) Faktor ibu

a) *Malnutrisi*

b) Penyakit-penyakit ibu, *hipertensi*, penyakit paru-paru, penyakit gula

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

d) Kebiasaan ibu merokok, peminum.

2) Faktor uterus dan placenta.

a) Gangguan pembuluh darah

b) Gangguan insersi tali pusat

c) Kelainan bentuk *plasenta*.

d) Perkapuran *plasenta*.

3) Faktor janin

a) Kelainan kromosom

b) Hamil ganda

c) Infeksi dalam rahim

d) Cacat bawaan

4) Penyebab lain

a. Keadaan sosial ekonomi rendah

b. tidak diketahui.

3. Gambaran klinik

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

a. Bayi *prematur*

- 1) Berat badan kurang dari 2500 gram
- 2) Panjang badan kurang dari 45 cm.
- 3) Lingkar dada kurang dari 30 cm.
- 4) Lingkar kepala kurang dari 33 cm.
- 5) Umur kehamilan kurang dari 37 minggu
- 6) Kepala relative lebih besar.
- 7) Kulit tipis, transparan, rambut *lanugo*, lemak kulit berkurang.
- 8) Otot *hipotonik* lemah
- 9) Pernapasan tidak teratur dapat *apnoe* (gagal napas).
- 10) Ekstremitas paha abduksi, sendi lutut/kaki *fleksi* lurus.
- 11) Kepala tidak mampu tegak.
- 12) Pernapasan sekitar 45-50 kali permenit
- 13) Frekwensi nadi 100 sampai 140 kali permenit
- 14) Tangis lemah dan jarang
- 15) Refleks *tonik* leher lemah dan refleks *moro* positif.
- 16) Daya isap lemah terutama dalam hari-hari pertama.
- 17) Ubun-ubun dan *sutura* lebar
- 18) Genetalia belum sempurna, *labia minora* belum tertutup oleh karena *labia mayora*. *Klitoris* menonjol pada bayi perempuan, pada

bayi laki-laki *pigmentasi* dan *ruguae* pada *skrotum* kurang. Testis belum turun ke dalam *skrotum*.

19) Tulang rawan dan daun telinga belum sempurna pertumbuhannya, sehingga seolah-olah tidak teraba tulang rawan daun telinga.

20) Jaringan *mamae* belum sempurna, *puting* susu belum terbentuk dengan baik.

21) Bayi lebih banyak tidur dari pada bangun.

b. Gambaran klinik bayi *dismatur*

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

1. Stadium pertama

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

2. Stadium kedua

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

3. Stadium ketiga

Ditemukan tanda stadium kedua di tambah dengan kulit yang berwarna kuning, demikian pula kuku dan tali pusat. Di temukan juga tanda *anoksia Intrauterine* yang lama (Iskandar, 1997).

Menurut Mochtar.R, 1998 Gambaran klinik bayi *dismatur* adalah: secara klasik tampak seperti bayi kelaparan tanda-tanda bayi ini adalah tengkorak kepala kurus, gerakan bayi terbatas, vernic kaseosa sedikit atau tidak ada, kulit tipis, berlipat-lipat, mudah diangkat. *Abdomen* cekung atau rata, jaringan lemak bawah kulit sedikit, tali pusat tipis, lembek dan berwarna kehijauan.

4. Diagnosa

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

a. Bayi kurang bulan murni

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

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

5) Perdarahan intrakranial

b. Bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK)

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

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

- 1) Aspirasi
- 2) Hipotermi
- 3) Infeksi

5. Komplikasi

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

a. Bayi *prematur*

- 1) Sindrom gangguan pernapasan Idiopatik

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

- 2) Pneumonia aspirasi

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

3) Perdarahan *intraventri kuler*

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

4) *Fibro plasia retrolental*

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

5) *Hiperbilirunemia*

Bayi *prematum* lebih sering mengalami *hiperbilirubinemia* di bandingkan dengan bayi cukup bulan. Hal ini disebabkan faktor kematangan *hepar* sehingga konjugasi *bilirubin* direk belum sempurna.

6) Suhu tubuh yang tidak stabil oleh karena kesulitan mempertahankan suhu tubuh yang disebabkan oleh gangguan oksigen yang berlebihan dengan menggunakan oksigen dalam konsentrasi tinggi, akan terjadi *vaso kontriksi* pembuluh darah. *retina*.

7) Gangguan *imunologik*, daya tahan tubuh terhadap infeksi berkurang karena pindahnya kadar Ig gamma globulin. Bayi *prematum relative* belum sanggup membentuk antibody, dan daya fagositosis. Dengan serta reaksi masi belum baik.terhadaperadanga (Saifuddin, 2006).

b. Komplikasi bayi *dismatur*

1) Sindroma aspirasi *mekonium*

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

2) *Hipoglikemia simtomatik*

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

3) *Asfiksia neonatorum*

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

4) *Hiperbilirubinemia*

Bayi *dismatur* sering mendapat hiperbilirubinemia dibandingkan dengan bayi yang sesuai dengan masa kehamilannya. Menurut *gruenwald* hati pada bayi *dismatur* beratnya kurang dibandingkan dengan bayi biasa (Manuaba, 2010)

6. Prognosis

Kematian *perinatal* pada bayi berat badan lahir rendah 8 kali lebih besar dari bayi normal pada umur kehamilan yang sama. Prognosis akan lebih buruk lagi bila berat badan makin rendah. Angka kematian yang tinggi terutama disebabkan oleh seringnya dijumpai kelainan komplikasi neonatal seperti *asfiksia*, aspirasi *pneumonia*, perdarahan *intragranial*, dan *hiperbilirubinemia*. Bila bayi ini selamat kadang-kadang dijumpai kerusakan pada syaraf dan akan terjadi gangguan bicara, IQ yang rendah, dan gangguan lainnya (Manuaba, 2010).

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

7. Pencegahan Terjadinya Bayi Berat Lahir Rendah

Pencegahan terjadinya bayi berat lahir rendah menurut Manuaba (1998), dapat dilakukan dengan cara :

- a. Pencegahan bayi *prematuur*

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

b. Pencegahan bayi *dismatur*

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

8. Penatalaksanaan bayi *prematum*

a. Penatalaksanaan bayi *prematum*

- 1) Pengaturan suhu

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

2) Makanan bayi

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

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

ASI merupakan makanan yang paling utama, sehingga Asilah yang paling dahulu diberikan. jika faktor mengisapnya kurang, maka ASI dapat diperas dan diminumkan dengan sendok

perlahan-lahan atau dengan memasang sonde menuju lambung. Permulaan cairan diberikan sekitar 60 ml/kg BB/hari (Prawirohardjo, 2006).

3) Menghindari infeksi

Bayi *Prematuritas* mudah sekali terkena infeksi, karena daya tahan tubuh yang masih lemah, kemampuan leukosit masih kurang, dan pembentukan antibody belum sempurna. Oleh karena itu, upaya sudah dilakukan sejak pengawasan *antenatal* sehingga terjadi persalinan *prematuritas* (BBLR). Dengan demikian perawatan dan pengawasan bayi *prematuritas* secara khusus dan terisolasi dengan baik.

b. Penatalaksanaan bayi *dismatur*

- 1) Pada umumnya sama dengan perawatan *neonatus* umumnya, seperti pengaturan suhu, makanan, mencegah infeksi.
- 2) Pemeriksaan pertumbuhan dan perkembangan janin *Intrauterine* serta menemukan gangguan pertumbuhan misalnya dengan pemeriksaan ultrasonografi. memeriksa kadar gula darah (*true glukosa*) dengan *dexstrostix* atau di laboratorium. bila terbukti adanya hipoglikemia harus segera diatasi.
- 3) Pemeriksaan *hematokrit* harus segera dilakukan
- 4) Bayi membutuhkan lebih banyak kalori dibandingkan dengan bayi SMK.

- 5) Melakukan tracheal woshing pada bayi yang diduga akan menderita aspirasi *mekonium*.
- 6) Makanan bayi KMK cukup bulan reflex sudah baik dan enzim pencernaannya lebih aktif, akan tetapi cadangan glikogen dalam hati sangat sedikit, sehingga hati mudah menderita *hiperbilurubinemia* (Prawirohardjo, 2006).

C. KONSEP DASAR MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

1. Pengertian

Menurut Helen Varney (2007), manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah dengan mengorganisasikan pemikiran dan tindakan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan.

2. Tujuan Prinsip Manajemen

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

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

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

3. Proses Manajemen Asuhan Kebidanan

Menurut Varney (2007), menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat bidan pada awal tahun 1970-an. Pemikiran baik bagi klien maupun tenaga kesehatan. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran baik klien maupun tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti urutan yang

logis dan memberikan pengertian yang menyatakan pengetahuan hasil temuan dan penilaian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

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

a. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

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

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

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien yang merupakan data subjektif, data objektif dan data penunjang.

b. 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 diagnose keduanya digunakan, karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnose tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah ini sering menyertai diagnosa.

c. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa Masalah Potensial

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

d. Langkah IV : Identifikasi Kebutuhan Segera

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

e. Langkah V : Intervensi atau Perencanaan

Pada langkah ini dilakukan rencana asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langka-langkah sebelumnya. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-

benar valid berdasarkan teori serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan klien.

f. Langkah VI : Implementasi atau Pelaksanaan

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

g. Langkah VII :Evaluasi

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

Evaluasi merupakan langkah terakhir system pengecekan.

4. Pendokumentasian manajemen kebidanan dengan metode SOAP

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

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. Dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah *Analysis/Assessment* dan P adalah *planning*. merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan menurut Thomas (1994 cit, mufdillah, dkk, 2001) dalam (Muslihatun dkk, 2009 hal 124).

1. S (Data Subjektif)

Data Subjektif (S), merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui *anamnesa*. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekawatiran dan keluhannya yang di catat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data Subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis. Pada pasien yang bisu, di bagian data dibelakang huruf "S", diberikan huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

2. A (*Assessment*)

A (*analysis/assessment*), merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, karena keadaan

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

3. P : *Planning*

Planing/perencanaan, adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengushakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu

pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

Meskipun secara istilah, P adalah *planning* / perencanaan saja, namun P dalam metode SOAP ini juga merupakan gambaran pendokumentasian implementasi dan evaluasi.

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 Abepura mulai dibangun pada tahun 2003 oleh pemerintah kabupaten jayapura dan diresmikan untuk pemakainnya pada tanggal 22 januari 2007 .Rumah Sakit tersebut adalah Rumah sakit Tipe C sejak diresmikan rumah sakit melaksanakan kegiatan pelayanan berupa rawat jalan dan rawat inap serta dilengkapi dengan sarana dan prasarana pendukung yang memadai.

Rumah Sakit Umum Daerah Abepura secara administrasi terletak di daerah Abepura Distrik Heram Kota Jayapura. Sebagai rumah sakit tipe C dapat dilihat dari beberapa persyaratan administrasi, saran penunjang lain dan jumlah tenaga termasuk tenaga dokter ahli yang telah memenuhi syarat.

2. Struktur organisasi dan ketenagaan

a. Struktur organisasi RSUD Abepura terdiri dari:

- 1) Direktur
- 2) Sub bagian
- 3) Seksi keperawatan
- 4) Seksi pelayanan

5) Seksi kepegawaian

6) Komite medis dan staf medis fungsional.

b. Ketenagaan

1) Tenaga Medis

Dokter Spesialis : 9 orang

Dokter Umum : 12 orang

Dokter gigi : 3 orang

2) Tenaga para medis : 124 orang

3) Tenaga Non Medis : 46 orang

4) Unit / Ruangan

Rumah sakit Umum Daerah Abepura Mempunyai Unit pelayanan yang terdiri Dari:

1) Unit rawat jalan:

Polik penyakit dalam, Polik Bedah, Polik Anak , Polik Kebidanan dan Laktasi, Polik Gigi dan Mulut, VCT.

2) Unit Rawat Inap:

Ruang Bersalin, Ruang Perinatologi, Ruang Anak, Ruang ICU, Ruang Bedah Wanita, Ruang Penyakit dalam Wanita, Ruang Bedah Pria, Ruang penyakit Dalam Pria, Ruang kelas 1, Ruang Vip,

3) Pelayanan Penunjang Lainnya:

UGD (Unit Gawat Darurat), Ruang Radiologi, Ruang Laboratorium, Ruang Operasi, Ruang Fisioterapi

3. Perinatologi

Ruang Perinatologi RSUD Abepura dikhususkan untuk merawat Bayi Baru Lahir (BBL) Normal, Bayi Beresiko dan bayi yang menderita/mengalami penyakit tertentu. Ruangan tersebut terdiri dari :

Ruangan Tindakan, Ruangan Laktasi, Ruangan Infeksi, Ruangan Perawatan terdiri dari: NICU I, NICU II, dan ruang NICU III.

Semua bayi tersebut di layani oleh

- a. Dokter spesialis Anak : 1 orang
- b. Dokter umum : 2 orang
- c. Perawat D-III keperawatan : 10 orang

Dalam menunjang tugas pelayanan Ruang Perinatologi dilengkapi dengan fasilitas yang cukup memadai.

B. TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN BBLR KECIL MASA KEHAMILAN DIRUANG PERINATOLOGI RSUD ABEPURA

Tanggal pengkajian : 25 Mei 2011 Jam : 13.05 Wit

Tempat : Ruang Perinatologi RSUD Abepura

1. LANGKAH I : PENGKAJIAN

a. Data Subyektif

1) Identitas anak

Nama Bayi : By. C

Tanggal lahir : 22 – 5 – 2011 (umur 3 hari)

Jam : 13.00 wit

Jenis kelamin : Perempuan

Anak ke : 2 (dua)

Alamat : Kampung Ayapo / Sentani

2) Identitas orang tua

Ibu

Bapak

Nama : Ny. C

: Tn. AL

Umur : 31 Tahun

: 36 tahun

Agama : Kristen Protestan

: Kristen protestan

Suku/bangsa : Sarmi/Indonesia

: Sentani/ndonesia

Pendidikan : SD

: SMA

Pekerjaan : IRT : Swasta
 Status : Nikah : Nikah
 Alamat : Kampung Ayapo/Sentani : Kampung Ayapo

3) Riwayat kehamilan sekarang

Gravida : GII, PI, A0
 HPHT : 17 – 08 – 2010
 TP : 24 – 5 – 2011
 Umur kehamilan : 36-37 minggu
 ANC di : PKM Sentani
 Jumlah Kunjungan : 4x
 Imunisasi : 2x
 Komplikasi Kehamilan : Malaria tropika (++) dan Anemia sedang
 8 gram%, sudah berobat di PKM Sentani
 Pernah Opname di RSUD Yowari dengan Malaria

4) Riwayat persalinan sekarang

Jenis Persalinan : SC atas indikasi KPD, Tanggal 22-5-2011,
 Jam 13.00 wit
 Tempat persalinan : RSUD Abepura
 Di tolong oleh : dr. SpOG
 Keadaan Bayi saat Lahir : A/S 6/8
 Letak Bayi waktu lahir : Letak Belakang Kepala
 Warna Air Ketuban : Kata ibu warna jernih
 Lama persalinan : Kala I : 11 jam

Kala II : 30 menit

Kala III : 10 menit

Kala IV : 2 jam

Penilaian Apgar Score

Tanda	Skor Penilaian			Jumlah Nilai	
	0	1	2		
Nafas	-	Pelan / tdk teratur	Tangis kuat	1	2
Jantung	-	>100 x/m	> 100 x/m	2	2
Warna kulit	Biru pucat	Badan kemerahan ekst biru	Semua merah	1	1
Tonus otot	Lemas	Ekstremitas fleksi sedikit	Gerakan aktif	1	1
Refleks	-	Menyeringai	Batuk bersin	1	2
Jumlah				6	8

5) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

No	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong Persalinan	BB / TB Bayi	Masa Nifas	Usia Anak
1	39 minggu	Spontan	Bidan	3.000 gr	Baik	3 tahun
2	Hamil ini					

6) Kebutuhan data dasar

Minum : PASI 30 cc/ oral (Tiap 2 jam / bila bayi menangis atau menginginkannya).

Muntah : Tidak ada

Istirahat : Baik

BAB : Mekonium

BAK : 6 – 7 x/hari

Keamanan : Terjaga

Bayi dirawat di ruang perinatologi

Therapy : Injeksi Vit. K, Zalf mata, Injeksi Hepatitis B

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan umum : baik
- b) Tanda-tanda Vital : N: 124x/m, R: 52x/m SB: 37°C
- c) BB : 2200 Gram
- d) PB : 45 cm
- e) Kepala
 - Caput succedaneum : Tidak ada
 - Cephal haematoma : Tidak ada
 - UUK : Sutura Sagitalis sudah menutup
 - UUB : lebar dan terlihat jelas
 - Rambut : Hitam Lurus
 - LK : 30 cm
- f) Mata
 - Bentuk : Simetris
 - Konjungtiva : Tidak *icterus*
 - Sklera : Tidak *icterus*
- g) Telinga
 - Bentuk : Normal
 - Daun telinga : kiri, kanan simetris
 - Lubang telinga : Ada
 - Sekret : Tidak ada

h) Hidung

Secret : Tidak ada

Cuping Hidung : Tidak ada

i) Mulut

Bentuk Bibir : normal

Palatum : Normal

Refleks Roting : Positif

Reflex Isap : Positif

Refleks telan : Positif

j) Leher

Pembesaran Kelenjar Tiroid: Tidak ada

k) Dada

Bentuk : Simetris dan mendatar

Papilla mammae : ada

Lingkar dada : 27 cm

Frekwensi jantung : 123x/m

Frekwensi Nafas : 52x/m

Sesak : tidak ada

l) Perut / abdomen

Bentuk : Normal

Kembung : Tidak ada

Pembesaran hati : Tidak ada

Tali pusat : Basah, tidak bau, tidak ada tanda-tanda
Infeksi.

Perdarahan tali pusat : Tidak ada

Lingkar perut : 25 cm

m) Integument / kulit

Lanugo : Ada sedikit di daerah bahu

kulit : kemerahan, keriput

Vernik caseosa : ada

n) Ekstermitas atas

Jari- jari tangan : Normal/ lengkap

Lila : 8 cm

Reflex moro : Positif

Refleks menggenggam : Positif

Ujung jari syanosis : Tidak ada

o) Ekstremitas bawah

Kaki : Simetris

Jari-jari kaki : Normal/lengkap

Refleks babinski : Positif

Ujung jari syanosis : Tidak ada

p) Genetalia

Jenis kelamin : Perempuan

Labia : Labia mayora sudah menutupi labia minora

q) Anus : Ada

r) Eliminasi

BAB : Mekoneum

BAK : Belum

2) Pemeriksaan laboratorium : Tidak dilakukan

2. LANGKAH II : I NTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa : Bayi Baru Lahir, Post SC, dengan BBLR, KMK

Dasar

DS : Usia kehamilan 36-37 minggu

HPHT : 17 – 08 – 2010 TP : 24 – 5 – 2011

Bayi lahir pada Tanggal 25-05-2011 jam 13.00 wit

Komplikasi Kehamilan : Malaria tropika (++) dan Anemia sedang

8 gram%, sudah berobat di PKM Sentani

Ibu pernah Opname di RSUD Yowari dengan Malaria

DO :

1. Bayi Lahir : SC atas indikasi KPD
2. Keadaan Bayi saat Lahir : A/S 6/8
3. Keadaan umum bayi : baik
4. SB : 37°c
5. Nadi : 124x/m
6. Respirasi : 52x/m
7. BB : 2200 gram
8. PB : 45 cm
9. LK : 30 cm
10. LD : 27 cm
11. LILA : 8 cm
12. Refleks Rotting : Positif

- 13. Refleks telan : Positif
- 14. Refleks babinski : Positif
- 15. Reflex moro : Positif
- 16. Refleks menggenggam: Positif
- 17. Labia mayora sudah menutupi labia minora
- 18. Tali pusat : Basah, tidak bau, tidak ada tanda-tanda Infeksi.
- 19. UUK : Sutura Sagitalis sudah menutup

3. LANGKAH III : MASALAH POTENSIAL

a. Potensial terjadi aspirasi

DS: Tanggal 25-05-2011 jam 13.00 wit

DO : Keadaan Bayi saat Lahir : Segera menangis.

SB	: 37°c
Nadi	: 124x/m
Respirasi	: 52x/m
BB	: 2200 gram
PB	: 45 cm
LK	: 30 cm
LD	: 27 cm
LILA	: 8 cm

b. Potensial terjadi hipotermi

DS: Tanggal 25-05-2011 jam 13.00 wit

DO : Keadaan Bayi saat Lahir : Segera menangis.

SB : 37°C

Nadi : 124x/m

Respirasi : 52x/m

BB : 2200 gram

PB : 45 cm

c. Potensial terjadi infeksi sekunder

DS: Tanggal 25-05-2011 jam 13.00 wit

DO : BB : 2200 gram

PB : 45 cm

Tali pusat : Basah, tidak bau, tidak ada tanda-tanda infeksi.

4. LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA

Kolaborasi Dokter

Pemberian therapy : Vitamin K₁ 0,1 ml IM

Amoxan Drop 3x0,3 cc

San-B- Plex 1x0,2 cc

5. LANGKAH V : RENCANA ASUHAN MENYELURUH

a. Cuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi

b. Observasi tanda-tanda vital

c. Informasikan kepada keluarga tentang kondisi bayi

- d. Berikan PASI persendok 20 cc setiap 2 jam.
- e. Sendawakan bayi setiap selesai minum
- f. Tidurkan bayi pada posisi miring kiri setelah pemberian PASI selama 5-10 menit
- g. Rawat tali pusat dengan dengan kasa steril
- h. Gantikan popok bayi yang basah dengan yang kering
- i. Berikan terapi sesuai instruksi Dokter

6. LANGKAH VI : PELAKSANAAN RENCANA ASUHAN

Tanggal : 25 – 05 - 2010

Jam 13.30 wit

- a. Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi
- b. Mengobservasi tanda-tanda vital :
 - Jantung : 124 ^x/m
 - Respirasi : 50 ^x/m
 - SB : 37 ⁰C
- c. Menginformasikan kepada keluarga tentang kondisi bayinya saat ini
- d. Memberikan PASI persendok 20 cc setiap 2 jam secara perlahan.
- e. Menyendawakan bayi setiap selesai minum dengan cara menepuk bahu bayi.
- f. Mengatur posisi tidur bayi dengan posisi miring kiri setelah pemberian PASI selama 5-10 menit
- g. Merawat tali pusat dengan dengan kasa steril
- h. Mengantikan popok bayi yang basah dengan yang kering
- i. Memberikan obat sesuai dengan instruksi Dokter yaitu :

Vitamin K₁ 0,1 ml IM Jam 14.00 WIT

Amoxan Drop 3 X 0,2 cc

San-B- Plex 1 X 0,2 cc

7. LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal : 25 – 05 – 2011 Jam : 14. 30 wit

- a. Tanda- tanda vital dalam batas normal
- b. Keluarga mengerti dan memahami keadaan bayinya
- c. Tali pusat basah dan terbungkus dengan kassa steril
- d. Bayi sudah diberi Pasi persendok dan tidak muntah.
- e. Bayi sudah disendawakan dan diatur posisi tidur miring
- f. Sudah mengganti popok bayi yang basah dengan yang kering, bokong tidak tampak radang dan tidak ada tanda- tanda ruam popok.
- g. Telah diberikan inj. Vit. K₁
- h. Obat telah diberikan pada bayi.

**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN BBLR
KECIL MASA KEHAMILAN HARI KE II**

Tanggal : 26 – 05 – 2011

Jam : 08. 00 wit

SUBJEKTIF : -

OBJEKTIF :

1. Keadaan Umum : Baik
2. Tanda-tanda Vital : Nadi 134 ^x/_m, Respirasi 48 ^x/_m, SB: 37°C
3. BB : 2200 gram
4. Minum pasi persendok 20cc tiap 2 jam
5. Bayi tidak muntah
6. Eliminasi : BAB : masih mekoneum
BAK : lancar
7. Reflek isap : Kuat
8. Reflek menelan : Baik
9. Tali pusat masih basah tidak ada tanda-tanda infeksi

ASSESSMENT :

1. Diagnosa kebidanan :
Neonatus Umur 2 hari Post SC dengan BBLR KMK
2. Diagnosa Potensial :
 - a. Potensial terjadi aspirasi
 - b. Potensial terjadi hypotermi
 - c. Potensial terjadi Infeksi sekunder

3. Tindakan segera

Tidak ada

PLANNING : Tanggal 26-05-2011 Jam : 08 .15 wit

1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi
2. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital : Nadi 134 ^x/_m, Respirasi 48 ^x/_m,
SB: 37°C
3. Menimbang Bayi : hasil BB : 2200 gram
4. Merawat Tali pusat bayi hasil : masih basah, tidak bau, dan tidak ada tanda-tanda Infeksi
5. Memberi minum bayi dengan PASI/ASI persendok / 2 jam dan tidak muntah.
6. Mengatur posisi tidur bayi di atur secara bergantian, posisi miring kiri/kanan dan terlentang
7. Membantu bayi untuk belajar minum ASI (menyusui)
8. Bayi telah dirawat gabung dengan ibunya.
9. Memberitahu kepada ibu bayi untuk memeras ASInya untuk diberikan kepada bayi.
10. Memberitahu kepada ibu untuk merawat payudara dan membersihkan putting susu.
11. Menganti popok yang basah dengan yang kering.
12. Memberikan obat Vitamin dan Antibiotic Jam 08.30 WIT sesuai instruksi dokter (Vitamin K₁ 0,1 ml IM, Amoxan Drop 3 X 0,2 cc dan San-B- Plex 1 X 0,2 cc)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN BBLR
KECIL MASA KEHAMILAN HARI KE III**

Tanggal : 27 – 05 – 2011

Jam : 08.00 Wit

SUBJEKTIF : Ibu mengatakan bayi sudah mengisap ASI dengan baik

OBJEKTIF :

1. Keadaan umum bayi baik
2. Tanda-tanda Vital: Nadi 130 ^x/_m, Respirasi 46 ^x/_m, SB: 36,8°C
3. Reflek isap dan telan baik
4. Bayi minum ASI langsung (menyusu).
5. Bayi tidak muntah
6. Tali pusat masih basah, tidak bau, dan tidak ada tanda- tanda infeksi
7. Eliminasi : BAB : Lancar
 BAK : Spontan

ASSESMENT

1. Diagnosa kebidanan
Neonatus Umur 3 hari Post SC dengan BBLR KMK
2. Diagnosa potensial
Tidak ada
3. Tindakan Segera
Tidak ada

PLANNING : Tanggal 27 – 05 – 2011

Jam : 08.30 WIT

1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi
2. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital : Nadi 130 $\times/m$, Respirasi 46 $\times/m$,
SB: 36,8 °c
3. Menimbang Bayi : hasil BB : 2250 gram
4. Merawat Tali pusat bayi hasil : masih basah, tidak bau, dan tidak ada tanda-tanda Infeksi
5. Keluarga sudah diberitahu tentang kondisi bayi
6. Memberikan obat Vitamin dan Antibiotic sesuai instruksi dokter.
7. Ibu mempraktekkan cara menyusui yang benar
8. Ibu mengerti tentang tanda-tanda infeksi/bayi sakit.
9. Ibu mengatakan akan memberikan ASI saja sampai usia bayi 6 bulan
10. Ibu berjanji akan memberikan ASI sesering mungkin pada bayinya
11. Ibu mengatakan akan menyendawakan bayi setiap selesai minum.
12. Menyarankan kepada ibu untuk makan makanan yang bergizi, cukup Istirahat, dan ibu mengatakan akan melaksanakannya.
13. Ibu/keluarga akan mengganti popok bayi yang basah dengan yang kering
14. Menyampaikan pada ibu untuk membawa anaknya control 1 minggu lagi ke polik anak dengan membawa kartu control (Tanggal 1–06– 2011).
15. Bayi dan ibu diperbolehkan pulang.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas tentang masalah yang penulis temukan selama melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir di Ruang Perinatologi Rumah Sakit Umum Daerah Abepura tanggal 25 – 27 Mei 2011 (selama 3 hari)

Bayi lahir di ruang bersalin dengan spontan pada tanggal 25 Mei 2011 jam 13.00 Wit dengan usia kehamilan 36-37 minggu, berat badan lahir 2200 gram dan hasil penilaian apgar score 6/8. Bayi kemudian dipindahkan ke ruang perinatologi, dimana penulis melakukan asuhan kebidanan.

Berdasarkan data pengkajian dari ibu maupun pemeriksaan fisik bayi secara komprehensif, maka diagnosa yang dapat ditegakkan pada kasus ini adalah Bayi Baru lahir dengan BBLR, KMK, Post SC. Dan ditegakkan diagnosa potensial antara lain: Potensial terjadi aspirasi sehubungan dengan minum PASI dengan menggunakan sendok, hipotermi karena lapisan lemaknya sedikit sehingga masih mudah terjadi hipotermi, Potensial terjadi infeksi sekunder karena daya tahan tubuh masih rendah. Menurut penulis By. C lahir dengan berat badan kurang disebabkan karena ibunya selama kehamilan menderita malaria tropika bahkan pernah diopname. Menurut teori komplikasi dari malaria adalah abortus, persalinan premature, perdarahan, BBLR, IUGR, IUFD dan malaria kongenital

Mengacu pada diagnosa aktual maupun potensial penulis melakukan tindakan kolaborasi dengan dokter dengan pemberian Inj Vit. K₁, Vitamin K₁ 0,1 ml/ IM, Amoxan Drop 3 X 0,2 cc dan San-B- Plex 1 X 0,2 cc .

Pelaksanaan merupakan realisasi dari rencana asuhan kebidanan untuk mencapai tujuan. di mana tujuan dari pelaksanaan adalah untuk memenuhi kebutuhan klien. dalam tahap implementasi yang dilakukan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah di buat, asuhan yang diberikan antara lain : mengobservasi tanda-tanda vital, menginformasikan kepada keluarga tentang kondisi bayinya saat ini, memberikan PASI persendok 20 cc setiap 2 jam secara perlahan, menyendawakan bayi setiap selesai minum dengan cara menepuk bahu bayi, mengatur posisi tidur bayi dengan posisi miring kiri setelah pemberian PASI selama 5-10 menit, merawat tali pusat dengan dengan kasa steril, mengantikan popok bayi yang basah dengan yang kering, memberikan obat sesuai dengan instruksi Dokter .

Setelah dilakukan asuhan selama 3 hari ternyata bayi mengalami kenaikan berat badan yaitu dari 2200 gram menjadi 2250 gram. Keadaan umum baik, tanda- tanda vital dalam batas normal, bayi minum ASI langsung. Dan pada hari kedua bayi dirawat di ruang rawat gabung. Selama perawatan tidak ditemukan komplikasi pada bayi. Pencapaian hasil dalam mengevaluasi kegiatan sejak hari 1 sampai ke 3 cukup baik. Hal ini terjadi karena adanya kerjasama tim medis dan para medis serta keluarga secara optimal. Sesuai hasil visit dokter pada tanggal 27 Mei ibu dan bayi boleh pulang.

para medis serta keluarga secara optimal. Sesuai hasil visit dokter pada tanggal 27 Mei ibu dan bayi boleh pulang.

Pelaksanakan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada prinsipnya sesuai dengan teori sehingga apa yang dikhawatirkan tidak terjadi artinya antara teori dengan kasus By. C tidak terdapat kesenjangan. Kondisi bayi terakhir sebelum pulang yaitu : keadaan umum bayi baik, tanda-tanda Vital: Nadi 130 $\times$ /m, Respirasi 46 $\times$ /m, SB: 36,8°C, reflek isap dan telan baik, bayi minum ASI langsung (menyusu). bayi tidak muntah, tali pusat masih basah, tidak bau, dan tidak ada tanda- tanda infeksi.

Bagi bayi asfiksia yang mengalami masalah pada pernapasan, maka oksigen perlu disiapkan lebih, sehingga ada kasus – kasus emergensi dapat segera ditangani dengan baik.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada bayi dengan BBLR *KMK* di ruang perinatologi RSUD Abepura, mulai tanggal 25 – 27 Mei 2011, maka penulis menarik kesimpulan bahwa By. C lahir dengan BBLR *KMK* disebabkan karena pada masa kehamilan Ibu menderita penyakit malaria tropika (++) disertai dengan anemia sedang. Walaupun telah mendapatkan terapi namun saat ibu melahirkan, ibu tetap menderita anemia sedang.

Selama 3 hari dirawat yaitu perawatan hari pertama dirawat di ruang perinatologi dan pada hari kedua bayi dirawat di ruang rawat gabung. Selama dalam asuhan terjadi peningkatan berat badan bayi dari BB Lahir 2200 gram mengalami kenaikan 50 gram menjadi 2050 gram. Diagnosa potensial yang diangkat tidak terjadi. Hal tersebut dapat terjadi karena melibatkan semua komponen yang ada medis, paramedis, dan keluarga pasien dalam melakukan asuhan kebidanan kepada klien.

B. SARAN

1. Rumah Sakit

Menyediakan sarana dan prasarana untuk menangani bayi yang bermasalah, khususnya bayi yang baru lahir, sehingga dapat dilakukan tindakan segera pada bayi bermasalah tersebut.

2. Institusi Pendidikan

Mengingat pentingnya referensi sebagai sumber acuan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, maka sangat diharapkan persediaan buku yang cukup banyak di perpustakaan, sehingga kedepan Penulis berikut dapat menyelesaikan penulisannya dengan baik. Dan lebih memperbanyak buku – buku referensi di perpustakaan tentang penanganan bayi baru lahir, khususnya bayi baru lahir dengan komplikasi.

DAFTAR PUSTAKA

Dinkes Papua, 2008. **Angka Kematian Ibu dan Bayi Di Papua**

(Online. www.Fisip.ui.ac.id)

Iskandar, 2005. **Ilmu Kesehatan Anak**, penerbit Bagian Kesehatan anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.

Jensen 2006 **Buku Ajar Keperawatan Maternitas**. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.

Manuaba IBG, 2007. **Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk pendidikan Bidan**, Penerbit Buku Kedokteran ,EGC, Jakarta.

Mochtar R, 2010. **Sinopsis Obstetri** , penerbit Buku kedokteran EGC,Jakarta.

Prawiroharjo, 2006. **Ilmu Kebidanan**, Edisi III, YBP-SP Jakarta.

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

Saminem 2010 **Dokumentasi Asuhan Kebidanan konsep dan Praktik**. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Wiknjosastro, 2010. **Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal**. Penerbit YBP-SP, Jakarta.

Wadilah, 2009. **Angka Kematian bayi dan Ibu**. (Online. www.wadilah.Sosial.wordpress.com.

BKKBN. 2009. **Angka Kematian bayi dan Ibu Mengalami Penurunan** (Online. www.bkkbn.go.id.



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

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

Nama : Dorsila Apaseray
Nim : PO. 71.24.4.09. 083
Pembimbing II : Nurul Afifa, S.S.i.T

No.	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
1	27-06-2011	BAB I	REVISI	
2	30-06-2011	BAB I BAB II	REVISI	
3	01-07-2011	BAB I BAB II BAB III	BAB I & ACE BAB II REVISI	
4	09-07-2011	BAB III BAB IV	BAB III ACE BAB IV REVISI	

No.	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
5.	06/ 07 2011	BAB <u>IV</u> BAB <u>V</u>	BAB <u>IV</u> Acc BAB <u>V</u> Review	
6.	07/ 07 2011	BAB <u>V</u>	Acc	



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

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

Nama : Dorsila Apaseray
Nim : PO. 71.24.4.09. 083
Pembimbing II : Saaty Kadiwaru, S.S.i.T

No.	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi	Paraf
	11/7-2024	Prab <u>W</u> Prab <u>W</u>	Revisi. Aspek Haidi ? Haidi ? Aspek.	
			Revisi Aspek Haidi <u>W</u>	
	13/7-2024	Prab <u>W</u>	Aspek Revisi Prab <u>W</u> - <u>W</u>	
	18/7-2024	Prab <u>W</u> - <u>W</u> & aspek <u>Prab</u>	Aspek Revisi ket. Aspek	

	21/7-204	let lungkup	gædeli 2 X nup oruie	AS