

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Bayi Berat Lahir Rendah

1. Pengertian

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat <2500 gram. (Fauziah, A, 2013, hal. 3)

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah kurang dari 2500 gram yaitu masa kehamilan kurang dari 37 minggu, berat badan lebih rendah dari semestinya, sekalipun cukup bulan, atau karena kombinasi keduanya. (Manuba, 2013, hal. 436)

2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi BBLR

Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya BBLR antara lain sebagai berikut :

a. Faktor ibu

1) Penyakit

Penyakit yang berhubungan dengan kehamilan, misalnya perdarahan antepartum, trauma fisik dan psikologis, diabetes militus, toksemia gravidarum, dan nefritis akut. (Dainty M, dkk, 2017, hal. 30)

2) Umur ibu

Angka kejadian prematuris tertinggi ialah pada ibu hamil usia kurang dari 20 tahun, dan multigravida yang jarak kelahirannya terlalu dekat. (Dainty M, dkk, 2017, hal. 31)

3) Keadaan ekonomi sosial

Keadaan ini sangat berperan terhadap timbulnya prematuritas. Kejadian tertinggi terdapat pada golongan sosial ekonomi rendah. Hal ini disebabkan oleh keadaan gizi yang kurang baik, khususnya anemia. Dan pelaksanaan antenatal yang kurang. Demikian pula kejadian prematuritas pada bayi lahir dari perkawinan yang tidak sah ternyata lebih tinggi bila dibandingkan dengan bayi yang lahir dari perkawinan yang sah. (Dainty M, dkk, 2017 hal.31)

4) Sebab lain

Ibu perokok, ibu minum alkohol, dan ibu pecandu narkoba. (Dainty M, dkk, 2017, hal.31)

b. Faktor janin

Faktor janin yang dapat menyebabkan terjadinya BBLR yaitu :

- 1) Kehamilan ganda
- 2) Ketuban pecah dini
- 3) Cacat bawaan
- 4) Infeksi (misal : rubella, sifilis, toksoplasmosis)(Rukiah, dkk, 2013, hal. 244).

c. Faktor lain

- 1) Faktor plasenta : plasenta previa, solusio plasenta, plasenta kecil
 - 2) Faktor lingkungan : radiasi atau zat – zat beracun.
 - 3) Keadaan sosial ekonomi yang rendah
 - 4) Kebiasaan : pekerjaan yang terlalu berat
- (Rukiah, dkk. 2013, hal. 244)

d. KEK

Kekurangan energi kronis (KEK) adalah masalah gizi yang disebabkan karena kekurangan asupan makanan dalam waktu yang cukup lama, hitungan tahun. Kondisi kurang energi kronik (KEK) biasanya terjadi pada wanita usia subur yaitu wanita yang berusia 15-45 tahun. Seseorang yang mengalami KEK biasanya memiliki status gizi kurang.

Kekurangan energi kronis dapat diukur dengan mengetahui lingkar lengan atas dan indeks massa tubuh seseorang. Ibu yang mempunyai lingkar lengan atas yang kurang dari 23,5 cm dapat dikatakan ia mengalami kekurangan gizikronis. Kekurangan energi kronis (KEK) menyebabkan keluar masuknya energi tidak seimbang di dalam tubuh. sehingga, banyak gangguan yang akan terjadi jika seorang ibu mengalami KEK. Gangguan ini mengganggu kesehatan ibu maupun janin yang dikandungnya.

e. Dampak KEK yang bisa terjadi pada janin

- 1) Dapat menyebabkan BBLR
- 2) Keguguran
- 3) Pertumbuhan janin tidak maksimal menyebabkan bayi lahir dengan berat badan lahirrendah
- 4) Perkembangan semua organ janin terganggu, hal ini mempengaruhi kemampuan belajar, kognitif, serta anak berisiko mengalami kecacatan
- 5) Dapat menyebabkan BBLR
- 6) Kematian bayi saat lahir (Desma s, dkk. hal.27).

3. Gambaran Klinik Pada BBLR

Ada beberapa gambaran klinis pada bayi berat lahir rendah yaitu :

a. Sebelum lahir

- 1) Pada anamnesa sering dijumpai adanya riwayat abortus, partus prematur dan lahir mati.
- 2) Pergerakan janin yang pertama terjadi lebih lambat, gerakan janin lebih lambat, walaupun kehamilan sudah lanjut.
- 3) Pembesaran uterus tidak sesuai dengan usia kehamilan
- 4) Pertambahan berat badan ibu lambat
- 5) Sering dijumpai kehamilan dengan oligohidramnion atau bisa pula hidramnion, hiperemesis gravidarum dan pada hamil lanjut dengan toxemia gravidarum.

b. Setelah lahir

- 1) Verniks kaseosa sedikit/tidak ada
- 2) Jaringan lemak bawah kulit sedikit
- 3) Tulang tengkorak lunak mudah bergerak
- 4) Menangis lemah
- 5) Kulit tipis, merah dan transparan
- 6) Tonus otot hipotonik (Maryuni A. 2013, hal. 54-55).

4. Gambaran Klinis BBLR Kurang Bulan

- a. Kulit tipis dan mengkilap
- b. Tulang rawan telinga sangat lunak
- c. Lanurgo banyak terutama pada punggung
- d. Jaringan payudara belum terlihat jelas

- e. Perempuan : labia mayora belum menutupi labia minora
- f. Laki - laki : skrotum belum banyak lipatan, testis belum turun
- g. Garis telapak kaki $<1/3$ bagian atau belum terbentuk
- h. Kadang disertai dengan pernapasan tidak teratur
- i. Aktivitas dan tangisan lemah
- j. Menghisap dan menelan tidak efektif / lemah

5. Gambaran Klinis BBLR Dengan Kecil Masa Kehamilan

- a. Janin dapat cukup kurang, atau lebih bulan tetapi BB <2500 gram
- b. Gerakan cukup aktif dan tangisan cukup kuat
- c. Kulit keriput lemak bawah kulit tipis
- d. Bila kurang bulan (ditemukan tanda-tanda yang sesuai dengan bayi kurang bulan
- e. Bayi perempuan jika cukup bulan labia mayora menutupi labia minora
- f. Bayi laki-laki testis mungkin telah turun
- g. Rajah telapak kaki mungkin lebih dari $1/3$ bagian
- h. Menghisap cukup kuat (Triana Ani, dkk 2015 (hal.203).

6. Perbedaan antara Bayi Baru Lahir Normal dengan BBLR

- a. Telinga
 - 1) Kehamilan 32 minggu peningkatan kartilago lengkung luar daun telinga.
 - 2) Kehamilan 36 minggu matur : daun telinga kaku, lengkung terbentuk baik.

b. Payudara

- 1) Kehamilan 32 minggu areola terlihat, jaringan payudara terlihat kecil
- 2) Kehamilan 36 minggu matur, : areola terlihat baik, nodul payudara

c. Genetalia perempuan

- 1) Kehamilan 32 minggu : deposit lemak pada labia mayora meningkat
- 2) Kehamilan 36 minggu, matur : labia mayora hampir menutupi labia minora

d. Genetalia laki-laki

- 1) Kehamilan 32 minggu : testis turun, ruga pada sebagian skrotum
- 2) Kehamilan 36 minggu, matur: testis turun pigmentasi sebagian skrotum meningkat.

e. Rajah telapak kaki

- 1) Kehamilan 32 minggu rajah pada 1/3 anterior telapak kaki
- 2) Kehamilannya 36 minggu, matur : rajah pada hampir seluruh telapak kaki (Triana Ani, dkk 2015 hal.204-205)

7. Permasalahan dan Patofisiologis Pada BBLR

a. Ketidakstabilan suhu tubuh

Bayi terbiasa disuhu 36°C-37°C. Ketika di dalam kandungan saat dilahirkan bayi berada pada suhu lingkungan yang lebih rendah, perbedaan suhu ini berpengaruh pada kehilangan panas tubuh bayi. Hipotermi terjadi karena kemampun bayi mempertahankan panas sangat terbatas karena pertumbuhan otot yang belum optimal. Belum optimalnya sistem syaraf pengatur suhu tubuh juga

mempengaruhi ketidakstabilan suhu BBLR. Rasio luas permukaan tubuh relatif lebih besar dibandingkan berat badan sehingga mudah kehilangan panas.

b. Gangguan pernafasan

Definisi subkutan paru, otot respirasi yang lemah sehingga mudah terjadi periode apneu. Lemahnya refleks batuk, hisap, dan menelan dapat mengakibatkan terjadinya aspirasi.

c. Imaturitas imunologis

Pada bayi kurang bulan tidak mengalami transfer *IgG maternal* melalui plasenta selama trimester ketiga kehamilan karena pemindahan substansi kekebalan dari ibu ke janin terjadi pada minggu terakhir masa kehamilan. Akibatnya, fagositosis dan pembentukan antibodi menjadi terganggu. Selain itu kulit dan selaput lendir membran tidak memiliki perlindungan seperti bayi cukup bulan sehingga bayi mudah menderita infeksi (Nurlaila dan Eka Riyanti, 2019).

d. Imaturitas hati

Adanya gangguan konjugasi dan ekskresi bilirubin menyebabkan timbulnya hiperbilirubin, defisiensi vitamin K sehingga mudah terjadi perdarahan. Kurangnya enzim *glukoronil transferase* sehingga konjugasi bilirubin tidak sempurna dan kadar albumin darah yang berperan dalam transportasi bilirubin dari jaringan ke hepar berkurang. (Purnama S. 2013, hal.32)

e. Masalah gastrointestinal dan nutrisi

Lemahnya reflek menghisap dan menelan, motilitas usus yang menurun, lambatnya pengosongan lambung, absorpsi vitamin yang larut dalam lemak berkurang, defisiensi enzim *laktase* pada jonjot usus, menurunnya cadangan kalsium, fosfor, protein, dan zat besi dalam tubuh, meningkatnya resiko NEC

(*Necrotizing Enterocolitis*). Hal ini menyebabkan nutrisi yang tidak adekuat dan penurunan berat badan bayi. (Purnama S. 2013, hal.33)

f. Hipoglikemi

Kecepatan glukosa yang diambil janin tergantung dari kadar gula darah ibu karena terputusnya hubungan plasenta dan janin menyebabkan terhentinya pemberian glukosa. Bayi berat lahir rendah dapat mempertahankan kadar gula darah selama 72 jam pertama dalam kadar 40 mg/dl. Hal ini disebabkan cadangan glikogen yang belum mencukupi. Keadaan hipotermi juga dapat menyebabkan hipoglikemi karena stress dingin akan direspon bayi dengan melepaskan norepinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi paru. Efektifitas ventilasi paru menurun sehingga kadar oksigen darah berkurang. Hal ini menghambat metabolisme glukosa dan menimbulkan glikolisis anaerob yang berakibat pada penghilangan glikogen lebih banyak sehingga terjadi hipoglikemi. (Purnama S. 2013, hal 33)

8. Penyakit Yang Berhubungan Dengan BBLR Dan Prematuritas

- a. Sindrom gangguan pernapasan idiopatik (penyakit membran hialin)
- b. Pneumonia aspirasi, karena refleks menelan dan batuk belum sempurna.
- c. Perdarahan spontan dalam ventrikel otak lateral, akibat anoksia otak (erat kaitannya dengan gangguan pernapasan)
- d. Hiperbilirubinemia, karena fungsi hati belum matang
- e. Hipotermi
- f. Sindrom aspirasi mekonium
- g. Hipoglikemia, karena cadangan glukosa rendah

h. Hiperbilirubinemia

Maryunani A,2013, hal.46-47)

9. Perawatan Pada BBLR

Bayi berat lahir rendah BBLR memerlukan penanganan yang tepat untuk mengatasi masalah-masalah yang terjadi. Penanganan BBLR meliputi hal-hal berikut ini :

- a. Mempertahankan suhu tubuh dalam rentang normal dan mencegah hipotermi.
Perawatan metode kangguru adalah salah satu cara untuk mempertahankan suhu tubuh bayi agar tetap hangat.
- b. Mencegah infeksi dengan ketat, dalam penanganan BBLR yang harus memperhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi. Karena bayi sangat rentan terhadap infeksi. Salah satu cara pencegahan infeksi, yaitu dengan mencuci tangan sebelum memegang bayi.
- c. Pengawasan nutrisi dan ASI refleks menelan pada BBLR belum sempurna, oleh karena itu, pemberian nutrisi harus dilakukan dengan hati-hati.
- d. Penimbangan ketat, penimbangan berat badan harus dilakukan secara ketat karena peningkatan berat badan merupakan salah satu status gizi /nutrisi bayi dan erat kaitanya dengan daya tahan tubuh. (Nurlaila dan Eka Riyanti. 2019, hal.7)

10. Pemberian Nutrisi Pada BBLR

Sehubungan dengan berat lahir dan usia kehamilan, terdapat beberapa kekhususan pemberian nutrisi pada bayi dengan BBLR. Hal tersebut berkaitan dengan perkembangan fungsi oral motor pada bayi dengan BBLR.

Ketrampilan oral-motor bayi prematur dibagi kedalam 4 fase yaitu berkembangnya refleks menghisap, kematangan proses menelan, kematangan fungsi pernafasan serta koordinasi gerakan menghisap,menelan,dan bernafas. Komponen refleks menghisap sudah mulai ada sejak usia kehamilan 28 minggu. Namun sinkronisasi masih tidak teratur dan bayi mudah mengalami kelelahan. Sejalan dengan proses pematangan, maka mekanisme yang lebih teratur akan didapatkan pada usia kehamilan 32-36 minggu. Kemampuan bayi untuk menyusu bergantung pada kematangan fungsi efleks hisap dan menelan.

Bayi dengan usia kehamilan ibu diatas 34 minggu (berat diatas 1.800 gram) dapat disusukan langsung kepada ibu karena refleks menghisap dan menelannya biasanya sudah cukup baik. bayi yang usia kehamilan ibu 32 minggu hingga 34 minggu dengan berat badan 1.500-1.800 gram seringkali reflek menelan cukup baik, namun refleks menghisap masih kurang baik. Oleh karena itu ibu dapat pemerah ASI dan ASI dapat diberikan dengan menggunakan sendok, cangkir, atau pipet. Bayi dengan umur kehamilan 32 minggu yang mulai bisa menghisap payudara ibu dapat dimulai menyusu langsung pada payudara ibu. Pemberian ASI perah dengan cangkir dapat diteruskan untuk memastikan bayi mendapat nutrisi yang diperlukan. Jika bayi lahir dengan usia kehamilan ibu kurang dari 32 minggu dengan berat 1.250 gram-1.500 gram .bayi belum memiliki refleks hisap dan menelan dengan baik. Maka asi aperah diberikan dengan menggunakan pipa lambung/orogastrik (sonde). Ibu dapat membiarkan bayinya menghisap jari ibu ketika bayi memakai NGT. Ini dapat menstimulasi kemampuan menghisap bayi. (Majestika Septikasari, 2018 hal.29-30)

a. Pemberian ASI Eksklusif

Merupakan makanan terbaik bagi bayi. ASI eksklusif mampu menurunkan angka kesakitan dan kematian pada anak. ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama 6 bulan tanpa menambahkan atau mengganti dengan makanan atau minuman lain. (Majestika Septikasari, 2018. hal.31)

B. Perawatan Metode Kangguru

1. Pengertian

Perawatan metode kangguru adalah metode asuhan khusus bagi bayi berat lahir rendah atau bayi prematur atau kurang bulan dengan melakukan kontak langsung antara kulit ibu dan kulit bayi. Metode sangat tepat dan mudah dilakukan guna mendukung kesehatan dan keselamatan bayi yang lahir prematur maupun yang aterm. Kehangatan tubuh ibu merupakan sumber panas yang efektif. Hal ini terjadi bila ada kontak langsung antara kulit ibu dan kulit bayi. Prinsip ini dikenal sebagai skin to skin contact atau metode kangguru. Perawatan ini merupakan cara efektif untuk memenuhi kebutuhan bayi yang paling mendasar yaitu kehangatan, air susu ibu, perlindungan dari infeksi, stimulasi, keselamatan dan kasih sayang (Noorbaya S dan Johan H. 2019, hal 132).

Perawatan metode kangguru adalah metode perawatan bayi prematur atau BBLR dengan kontak kulit ke kulit dengan ibu atau anggota keluarga lainnya agar bayi tumbuh dan berkembang secara optimal. (Nurlaila dan Eka Riyanti, 2019 (hal.7))

2. Manfaat Metode Kangguru

a. Manfaat PMK bagi bayi yaitu :

- 1) Stabilitas tubuh bayi cepat hangat dan kehangatan dapat terjaga termoregulasi yaitu 36,5-37,5 C
- 2) Stabilitas laju denyut jantung
- 3) Stabilitas pernafasan, nafas menjadi teratur
- 4) Perilaku bayi lebih baik,
- 5) Lebih sering menyusui ASI dan lebih aman
- 6) Kenaikan berat badan bayi lebih baik, pertumbuhan lebih baik
- 7) Lebih cepat tertidur
- 8) Tidur lebih lelap, waktu tidur bayi lebih lama
- 9) Hubungan lekat ibu dan bayi lebih baik
- 10) Berkurangnya kejadian infeksi
- 11) Bayi merasa aman dan nyaman (Triana Anik, dkk, 2015)

b. Manfaat PMK bagi ibu yaitu :

- 1) Mempermudah pemberian ASI
- 2) Ibu lebih percaya diri
- 3) Meningkatkan peran ibu dalam merawat diri
- 4) Meningkatkan bonding ibu dan bayi
- 5) Ibu lebih sayang kepada bayinya
- 6) Pengaruh psikologis, mengurangi stres pada ibu, meningkatkan ketenangan ibu dan keluarga.
- 7) Peningkatan produksi ASI sehingga tidak perlu susu formula
- 8) Ibu dapat beraktivitas lebih cepat (Triana Anik, dkk, 2015).

3. Komponen Pemberian Metode Kangguru

a. Posisi kangguru

Posisi kangguru terdiri atas kontak kulit ke kulit antara ibu dan bayi. Ada dua posisi kangguru yaitu :

1) Posisi prone

Kepala bayi dimiringkan kekanan atau kekiri dengan posisi sedikit ekstensi agar bayi mudah bernafas. Pangkal paha bayi dalam posisi fleksi dan melebar persis seperti dalam posisi kodok, lengan harus dalam posisi fleksi

2) Side lying / posisi lateral

Bayi diposisikan persis seperti posisi bayi selama dalam kandungan. Bayi dimiringkan kekiri atau sebelah kanan. Tangan harus fleksi dan diarahkan ke wajah atau mulut. Lutut juga harus fleksi

b. Nutrisi saat PMK

Pemberian nutrisi pada bayi harus tetap dilakukan agar pemberian ASI eksklusif tercapai

c. Discharge planning dan tindak lanjut

Sangat penting untuk dilaksanakan agar PMK bisa di praktikkan di rumah. Ibu dirumah membutuhkan dukungan dan tindak lanjut kasus agar PMK terus bisa dilaksanakan oleh ibu selama di rumah. (Nurlaila dan Eka Riyanti, 2019).

4. Prosedur Pemberian Metode Kangguru

a. Posisi kangguru

Bayi harus ditempatkan diantara payudara ibu dalam posisi tegak. Kepala harus miring ke satu sisi, posisi kepala sedikit tengedeh untuk menjaga jalan nafas terbuka dan memungkinkan kontak mata bayi dengan ibunya. Pangkal paha harus ditekuk dalam posisi katak. Tangan juga harus ditekuk. Perut bayi jangan sampai tertekan dan sebaiknya berada disekitar epigastrium ibu. Dengan cara ini bayi dapat melakukan pernafasan perut. Napas ibu akan merangsang bayi. (Nurlaila dan Eka Riyanti, 2019 hal.10)

b. Pemantauan

Bayi dipantau dengan hati-hati terutama selama tahap awal. Petugas harus memastikan bahwa posisi leher bayi tidak terlalu fleksi atau terlalu ekstensi, jalan nafas bersih, nafas teratur, warna kulit kemerahan dan suhu bayi normal. Ibu harus dilibatkan dalam mengamati bayi selama PMK sehingga dia sendiri dapat melanjutkan pemantauan dirumah (Nurlaila dan Eka Riyanti, 2019 hal.10).

5. Penatalaksanaan Metode Kngguru (PMK)

Posisi kanguru (*kangaroo position*), yaitu kontak kulit ke kulit antara ibu dan bayi yang diberikan selang seling atau terus menerus dan dapat dimulai segera atau ditunda. Dengan tujuan untuk beradaptasi dengan lingkungan di luar uterus, diletakkan di dada ibu dan dapat menyusui.

a. Posisi Bayi Saat PMK

- 1) Posisikan bayi diantara kedua payudara ibu, dada bayi bertemu dengan dada ibu.



Gambar 1
Posisi Awal Bayi Saat Dilakukan PMK

Kepala dihadapkan pada salah satu sisi dengan posisi sedikit ekstensi. Posisi ekstensi ini diharapkan dapat mempertahankan jalan nafas atas tetap terbuka dan mempertahankan kontak mata dengan ibu. Hindari kepala terlalu hiperekstensi atau fleksi. Pinggul diposisikan fleksi (*frog position*) dan lengan juga diposisikan fleksi. Gunakan gaun panjang dengan ikat pinggang atau selimut yang berfungsi seperti kantong kanguru untuk memfiksasi posisi bayi agar tetap aman terutama saat ibu berdiri. Pastikan fiksasi yang digunakan menutupi dada bayi dengan batas bawah fiksasi setinggi epigastrium ibu, serta tidak menghambat pergerakan abdomen bayi. Hal ini bertujuan agar bayi memiliki ruang yang cukup untuk melakukan pernapasan abdominal. (Rahma P. 2013)



Gambar 2
Posisi Bayi Saat Dilakukan PMK

b. Posisi Menyusui

Posisi PMK sangat ideal untuk menyusui bayi. Segera setelah bayi menunjukkan tanda kesiapan untuk menyusui, bantu ibu untuk posisi yang nyaman. Untuk memulai, pastikan waktu yang tepat untuk menyusui apakah ketika bayi sedang terjaga atau baru terbangun dari tidur. Langkah pertama keluarkan bayi dari kantung kangguru, kemudian posisikan pada posisi menyusui yang nyaman dan perlekatan yang adekuat. Berikan kesempatan bayi untuk mulai belajar menghisap selama dia menginginkannya. Jangan menghentikan fase ini selama bayi masih berusaha mencoba. Bayi baru lahir membutuhkan ASI secara teratur setiap 2-3 jam sehingga bila bayi tertidur, ibu bisa mencoba untuk membangunkannya. Pada awal menyusui ibu bisa mengoleskan sedikit ASI pada areola, hal ini akan melembutkan area putting dan akan memudahkan bayi untuk menempel. Berikan penjelasan kepada ibu tentang tanda-tanda perlekatan yang baik, yaitu :

- 1) Dagunya menempel pada payudara
- 2) Mulut bayi terbukalebar

- 3) Bibir bawah is turned out
- 4) Sebagian besar areola berada di atas bibir bayi (Rahma P. 2013)



Gambar 4
Posisi Menyusui Saat PMK

c. Posisi Istirahat

- 1) Setelah memposisikan, jelaskan juga kepada ibu bahwa ibu boleh beristirahat atau tidur bersama bayinya dengan *posisi semi-recumbent* (15°), bila tersedia bisa menggunakan Tempat tidur otomatis untuk mengatur ketinggian yang diharapkan, namun bila tidak tersedia bisa menggunakan tumpukan beberapa buah bantal. Posisi ini menurunkan risiko terjadinya apnoe pada bayi. Bila ibu merasa posisi tersebut kurang nyaman, ibu dapat memilih posisi apapun, karena manfaat PMK ini jauh lebih besar dari sekedar mengurangi risiko apnoe. Pastikan posisi ibu tidak menutup jalan nafas bayi (Rahma P. 2013).



Gambar 5
Posisi Istirahat dan Tidur Ibu Selama PMK

C. Tinjauan Asuhan Kebidanan

Manajemen asuhan kebidanan menurut varney sebagai berikut :

1. Langkah 1 : Pengumpulan Data Dasar

Pengumpulan data dasar adalah pengumpulan data dasar yang menyeluruh untuk mengevaluasi ibu dan bayi baru lahir. Data dasar ini termasuk riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang dengan kebutuhannya, meninjau Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. (Rahma P. 2013)

2. Langkah II : Interpretasi Data

Menginterpretasikan data dengan tepat untuk mengidentifikasi masalah atau diagnosa. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur.

3. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnosa saat ini. Langkah ini sangat penting dalam perawatan kesehatan yang aman. Dalam hal ini bidan mengambil langkah antisipasi dan melakukan tindakan kewaspadaan.

4. Langkah IV : Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Tindakan Kewaspadaan.

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan, yang tidak hanya dilakukan selama perawatan primer tetapi perawatan yang berkelanjutan. Mengumpulkan data-data baru dan dievaluasi. Beberapa data mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak.

5. Langkah V : Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah- langkah yang sebelumnya. Langkah ini merupakan lanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah informasi/ data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa sudah terlihat dari kondisi pasien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga berkaitan dengan kerangka pedoman antisipasi wanita tersebut yaitu tentang apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, penyuluhan, konseling, dan rujukan untuk masalah-masalah sosial, ekonomi, kultural atau masalah psikologi bila diperlukan. Dengan perkataan lain, asuhan terhadap klien tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua pihak, yaitu oleh

bidan dan wanita tersebut yang pada akhirnya akan melaksanakan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai pembahasan rencana bersama klien tersebut kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakan.

6. Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan.

Pelaksanaan rencana asuhan menyeluruh yang dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh orang tua, bidan atau anggota tim kesehatan lainnya, jika bidan tidak melakukan sendiri, bidan tetap bertanggungjawab untuk mengarahkan pelaksanaannya agar benar-benar dilakukan. Apabila bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan bagi pasien yang mengalami komplikasi, bidan juga bertanggung jawab terlaksananya rencana asuhan kolaborasi yang menyeluruh tersebut. Manajemen efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan tersebut. (Rahma P. 2013)

7. Langkah VII: Evaluasi

Langkah terakhir ini adalah memeriksa apakah rencana asuhan tersebut yang meliputi pemenuhan kebutuhan pasien, benar-benar terpenuhi dalam mengidentifikasi masalah atau diagnosa. Rencana tersebut efektif jika dalam pelaksanaannya efektif dan dianggap tidak efektif jika tidak efektif. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif dan sedangkan sebagian lain tidak. Langkah-langkah proses manajemen pada umumnya memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi. (Rahma P. 2013)

D. Pengkajian

Pengkajian ini bertujuan untuk mengkaji adaptasi bayi baru lahir dari kehidupan luar uterus. (Wafi Nur, 2010)

1. Data Subjektif

a. Identitas pasien

Nama : Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Rahma P. 2013)

Umur : Dicatat dalam jam/hari untuk mengetahui apakah ada risiko atau tidak, terutama bayi dengan hipotermi yang waktu timbulnya kurang dari 2 hari. (Rahma P. 2013)

b. Keluhan utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan bayi baru lahir misalnya *ekstremitas* bayi terlihat kebiruan. Riwayat kesehatan.

1) Riwayat kesehatan ibu:

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis.

2) Riwayat kesehatan sekarang:

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang hubungannya dengan bayinya.

3) Riwayat kesehatan keluarga:

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya.

4) Riwayat Obstetri

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi, meliputi PB, BB, Penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan

5) Pola Kebutuhan sehari-hari

a) Pola intakenutrisi

Salah satu yang paling pokok minuman yang hanya boleh dikonsumsi oleh bayi baru lahir dan diberikan secara dini adalah ASI.

b) Pola eliminasi

Biasanya sejumlah kecil urine terdapat kandung kemih bayi saat lahir, tapi bayi baru lahir mungkin tidak mengeluarkan urine selama 12-24 jam. Umumnya bayi cukup bulan mengeluarkan urine 15-16 ml/kg/hari

2. Data Obyektif

Data objektif bayi baru lahir yang harus dikumpulkan antaralain

1) Pemeriksaan umum

Pengukuran antropometri yaitu pengukuran lingkar kepala yang dalam keadaan normal berkisar 33-35 cm, LD : 30,5-33 cm, PB : 45-50 cm dan BB bayi 2500-4500 gram.

a) Suhu bayi

Suhu bayi dalam keadaan normal berkisar antara 36.5-37.5°C pada pengukuran diaksila.

b) Nadi

Denyut nadi yang normal berkisar antara 120-149x/menit .

c) Pernafasan

Pernafasan pada bayi baru lahir tidak teratur kedalaman, kecepatan, iramanya. Pernafasannya bervariasi dari 30 sampai 60 kali permenit.

d) Tekanandarah

Tekanan darah bayi baru lahir rendah dan sulit untuk diukur secara adekuat. Rata-rata tekanan darah pada waktu lahir adalah 80/64mmHg.

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Periksa adanya trauma kelahiran misalnya: caput suksedaneum, sefalhematoma, perdarahan subaponeurotik/fraktur tulang tengkorak.

b) Telinga

Periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang. Perhatikan letak daun telinga. Daun telinga yang letaknya rendah (low set ears) terdapat pada bayi yang mengalami sindrom tertentu.

c) Mata

Periksa adanya trauma seperti palpebra, perdarahan konjungtiva retina, oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoflamia dan menyebabkan kebutaan.

d) Hidung ataumulut

Bibir bayi baru lahir harus kemerahan dan lidahnya harus rata dan simetris, bibir dipastikan tidak adanya sumbing dan langit-langit harus

tertutup. Refleks hisap bayi harus bagus, dan berespon terhadap rangsangan.

e) Leher

Ukuran leher normalnya pendek dengan banyak lipatan tebal. Periksa adanya pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan dibagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21.

f) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotorik, paresis diafragma atau hernia diafragmatika. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan.

g) Bahu, lengan dan tangan

Periksa jumlah jari. Perhatikan adanya plidaktil atau sidaktil. Telapak tangan harus dapat terbuka, garis tangan yang hanya satu buah berkaitan dengan abnormalitas kromosom seperti trisomi.

h) Perut

Perut tampak harus bulat dan bergerak secara bersamaan dengan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika.

i) Anogenitalia

Pada lekukan labia mayora normalnya menutupi labia minora dan klitoris. Klitoris normalnya menonjol. Pada bayi laki-laki rugae normalnya tampak pada skrotum dan kedua testis turun ke dalam skrotum.

j) Ekstremitas

Ekstremitas bagian atas normalnya fleksi dengan baik dengan gerakan yang simetris. Refleks menggengam normalnya ada ekstremitas bagian bawah normalnya pendek, bengkok dan fleksi dengan baik.

k) Punggung

Periksa spina dengan cara menelungkupkan bayi, cari adanya tanda-tanda abnormalitas seperti spina bifida, pembengkakan atau cekungan, lesung atau bercak kecil berambut yang dapat menunjukkan adanya abnormalitas, medulla spinalis atau kolumna vertebrata.

l) Kulit

Verniks (tidak perlu dibersihkan karena untuk menjaga kehangatan tubuh bayi), warna, pembengkakan atau bercak- bercak hitam, tanda-tanda lahir. Perhatikan adanya lanugo, jumlah yang banyak terdapat pada bayi kurang bulan.

m) Refleks

Refleks berkedip, batuk, bersin, dan muntah ada pada waktu lahir dan tetap tidak berubah sampai dewasa. Beberapa refleks lain normalnya ada waktu lahir, yang menunjukkan imaturitas neurologis, Tidak adanya refleks-refleks ini menandakan masalah neurologis yang serius (Rahma P, 2013).

E. ANALISA DATA (A)

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan analisis dan interpretasi, objektif dalam suatu identifikasi yaitu: diagnosis/masalah, antisipasi diagnosis lain/masalah potensial .(Rahma P, 2013)

F. PLANNING (P)

Suatu perencanaan yang akan dilakukan untuk menangani kasus yang telah ditemukan pada hasil yang telah dikaji (Rahma P, 2013)

G. PENALAKSANAAN

1. Mengobservasikan keadaan umum, jalan nafas, berat badan dan TTV.
2. Mempertahankan suhu tubuh tetap hangat.
3. Berikan penjelasan tentang bayi berat lahir rendah pada ibu dan keluarga.
4. Memantau pemberian minum (ASI) sesuai dengan keadaan bayi dan
5. kenaikan berat badan bayi.
6. Melakukan PMK
7. Memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi meliputi BB, PB dan LK
8. Mengawasi adanya kelainan bawaan.
9. Melakukan pemantauan pada bayi dengan berat badan lahir rendah
10. Mengajarkan ibu/orang tua tentang cara: Melakukan PMK
11. Mempertahankan suhu tubuh, mencegah terjadinya infeksi dan perawatan pada bayi. (Rahma P, 2013)

H. EVALUASI

Dilakukan keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan terhadap bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Evaluasi merupakan tahapan akhir dari asuhan kebidanan yang penting guna mengetahui sejauh mana kemajuan dan keberhasilan telah dicapai

dalam evaluasi dan pemantauan dalam perencanaan tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif pelaksanaannya.

Mengevaluasi apakah penanganan bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah telah diberikan dengan semaksimal mungkin dan komplikasi- komplikasi yang mungkin terjadi dapat teratasi. (Rahma P, 2013)