BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Bayi Baru Lahir Dengan Prematur

1. Bayi Baru Lahir dengan Prematur

a. Pengertian Bayi Prematur

Bayi premature adalah bayi yang lahir dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dan dengan berat lahir kurang dari 2500 gram. Sebagian besear organ tubuhnya juga belum berfungsi dengan baik, karena kelahirannya yang masih dini.Maka dari itu, perlu diberikan perawatan khususuntuknya.

b. Penyebab Bayi Prematur

Kelahiran premature bisa disebabkan adanya masalah pada ibu hamil, juga pada janin itu sendiri.Ibu hamil yang mengalami masalah seperti letak plasenta yang menutupi jalan lahir. Lepasnya plasenta sebelum waktunya melahirkan, pendarahan sebelum melahirkan serta ketuban pecah dini, mempunyai risiko mengalami kelahiran prematur. Adanya gangguan organ reproduks, seperti adanya kelainan dalam Rahim atau leher Rahim karena adanya miom(tumor jaringan otot). Juga bisa menyebabkan janin lahir prematur.

Bila selama kehamilan ibu mengalami gangguan penyakit seperti penyakit jantung, tekanan darah tinggi (hipertensi), asma, kencing manis (diabetes meletus), kelainan kelenjar tiroid, infeksi ginjal atau infeki lainnya, serta kondisi kekurangan gizi (mainutrisi),

bisa pula memicu kelahiran premature. Hal lain yang dianggap punya andil dalam kelahiran prematur adalah kebiasaan merokok, minum-minuman beralkohol, serta kondisi strss.

Dari sgi janin, bila janin memiliki cacat kawin maka ada kemungkinan ia lahir sebelum waktunya. Kehamilan kembar, juga banyak mnyebabkan janin lahir prematur.

c. Tanda dan Gejala Bayi Premature

Menurut rukiyah & yulianti (2012), ada beberapa tanda dan gejala yang dapat muncul pada bayi prematur antara lain adalah sebagai berikut:

1) Umur kehamilan sama dengan atau kurang dari 37 minggu.
2) Berat badan sama dengan atau kurang dari dari 2500 gram.
3) Panjang badan sama dengan atau kurang dari 46 cm
4) Lingkar kepala sama dengan atau kurang dari 33 cm
5) Lingkar dada sama dengan atau kurang dari 30 cm
6) Rambut lanugo masih banyak
7) Jaringan lemak subkutan tipis atau kurang.
8) Tulang rawan daun telinga belum sempurna pertumbuhannya
9) Tumit mengkilap,telapak kaki halus
10) Genetalia belum sempurna, labia minora belum tertutup oleh labia mayora dan klitoris menonjol (pada bayi perempuan). Testis belum turun ke dalam skrotum, pigmentasi dan rugue pada skrotum kurang (pada bayi laki-laki).

11) Tonus otot lemah sehingga bayi kurang aktif dan pergerakannya lemah.
12) Fungsi saraf yang belum atau tidak efektif dan tangisannya lemah
13) Jaringan kelenjar mamae masih kurang akibat pertumbuhan otot dan jaringan lemak masih kurang.
14) Vernix caseosa tidak ada atau sedikit bila ada.

Bayi premature menunjukkan belum sempurnanya fungsi organ tubuh dengan keadaan lemah, yaitu sebagai berikut:

1) Tanda-tanda bayi premature sesuai masa kehamilan (SMK)
   a) Kulit tipis dan mengkilap
   b) Tulang rawan telinga sangat lunak, karena belum terbentuk dengan sempurna.
   c) Lanugo (rambut halus atau lembut) masih banyak ditemukan terutama pada daerah punggung.
   d) Jaringan payudara belum terlihat, putting masih berupa titik
   e) Pada bayi perempuan labia mayora belum menutupi labia minora
   f) Pada bayi laki-laki, skrotum belum banyak lipatan dan tesis kadang belum turun.
   g) Garis telapak tangan kurang dari 1/3 bagian atau belum terbentuk
   h) Kadang diserai dengan pernapasan yang tidak teratur
   i) Aktifitas dan tangisan lemah
   j) Reflek menghisap dan menelan tidak efektif atau lemah.

d. Klasifikasi premature

Menurut Rukiyah & Yulianti (2012), bayi dengan kelahiran prematur dapat dibagi menjadi 2 yaitu :

1) Bayi Prematur Sesuai Masa Kehamilan (SMK)

Bayi premature sesuai masa kehamilan (SMK) adalah bayi yang lahir dengan masa gestasi kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan usia kehamilan. Derajat prematuritas dapat digolongkan menjadi 3 kelompok antara lain adalah sebagai berikut:

a) Bayi sangat premature (Extremely premature) : 24-30 mg
b) Bayi premature sedang (moderately Prematur) : 31-36 mg
c) Borderline premature : 37-38 minggu. Bayi ni mempunyai sifat premature dan matur. Beratnya seperti bayi matur akan tetapi sering timbul masalah seperti yang dialami bayi premature misalnya gangguan pernapsan, hyperbilirubinemia dan daya isap yang lamah.

2) Bayi Prematur Kecil untuk Masa Kehamilan (KMK)

Bayi premature kecil untuk masa kehamilan (KMK) adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi tersebut. Banyak istilah yang dipergunakan untuk menunjukan bahwa bayi KMK ini dapat menderita gangguan pertumbuhan di dalam uterus (intrauterine retardation = IUGR) seperti pseudopremature, small for dates, dysmature, fetal malnitrion syndrome, chronis fetal distress, IUGR dan small for gestation age (SGA). Setiap bayi baru lahir

(premature, matur dan post matur) mungkin saja mempunyai berat yang tidak sesuai denagn masa gestasinya.Gambaran kliniknya tergantug dari pada lamnya.Intensitas dan timbulnya ganguan pertumbuhan yang mempengaruhi bayi tersebut. IUGR dapat di bedakan menjadi 2 yaitu sebagai berikut:

a) Proportionate IUGR : janin menderita distress yang lama, gangguan pertumbuhan terjadi berminggu minggu sampai berbulan bulan sebelum bayi lahir. Sehinga berat, Panjang dan lingkaran kepala kepada dalan proporsi yang seimbang, akan tetapi keseluruhannya masih di bawah masa gestasi yangsebenernya.
b) Disproportinate IUGR : terjadi akibat distress sub akut. Gangguan terjadinya bberapa minggu atau beberapa hari sebelum jannin lahir. Pada keadaan ini Panjang dan lingkaran kepala normal, akan tetapi berta tidak sesuai dengan masa gestasi. Tanda-tandanya adalah sedikitnya jaringan lemak dibawah kulit, kulit kering, keriput dan mudah daingkat, bayi kelihatan kurus dan lebih Panjang.

e. ASI Eksklusif

ASI eksklusif atau lebih tepat pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja, tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan tim.

Pemberian ASI secara eksklusif ini dinjurkn untuk jangka waktu setidaknya selama 4 bulan, tetapi bila mungkin sampai 6 bulan. setelah bayi berumur 6 bulan, ia harus mulai diperkenalkan dengan makanan padat, sedangkan ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun atau bahkan lebih dari 2 tahun.

ASI penting diberikan kepada bayi prematur karena ASI dapat membantuperkembangan sistem pencernaan bayi yang belum matang dan melindunginya dari berbagai infeksi.ASI juga mengandung hormon dan faktor pertumbuhan yang membantu pertumbuhan bayi.Selain itu, ASI juga dapat membantu perkembangan otak bayi.

Bayi prematur dengan berat lahir >1800 gram (>34 minggu gestasi) dapat langsung disusukan kepada ibu.Mungkin untuk hari-hari pertama kalau ASI belum mencukupi dapat diberikan ASI donor dengan sendok/cangkir 8-10 kali sehari.

Bayi prematur dengan berat lahir 1500-1800 gram (32-34 minggu), refleks hisap belum baik, tetapi nefleks menelan sudah ada, ada diberikan ASI perah dengan sendok/cangkir, 10-12 kali sehari. Bayi prematur dengan berat lahir 1250-ISOO gram (30-3 I minggu), refleks hisap dan menelan belum ada, perlu diberikan ASI pernah melalui pipa orogastnik 12 x sehari.

Bayi prematur dengan berat lahir <1250 gram, biasanya bermasalah, perlu diberi IVFD untuk satu dua hari pertama kemudian dapat diberikan ASI sebagai *trophic feeding* 10 mI/kgBB dalam 24 jam. Bila sudah ada toleransi minum, jumlah minum oral boleh

dinaikkan sambil menurunkan cairan IV. Jumlah yang diperlukan untuk 24 jam pertama 60 ml per kgBB/24 jam, hari kedua 80 ml/kgBB/24 jam, hari ketiga 100 ml/kg BB/24 jam. Seterusnya naik 10 ml/kg/24 jam sampai mencapai 160 ml/kgBB. Yang diharapkan adalah bahwa selama 10 hari pertama bayi tidak boleh turun beratnya lebih dari 10% dan setelah 10 hari berat bayi naik 20g sehari.

f. Perawatan metode kanguru

1) Perawatan metode kanguru

BBLR membutuhkan bantuan dan waktu untuk penyesuaian kehidupan di luar rahim. Mereka juga memerlukan bantuan untuk tetap hangat dan mendapatkan ASI yang cukup untuk tumbuh. Satu cara untuk menolong bayi mendapatkan kebutuhan ini adalah menjaga bayi tetap kontak kulit dengan kulit ibunya. Perawatan metode kanguru adalah suatu cara agar BBLR terpenuhi kebutuhan khusus mereka terutama dalam mempertahankan kehangatan suhu tubuh.

Untuk melakukan PMK, tentukan bayi memiliki berat lahir <2500 gram, tanpa masalah/komplikasi.

Syarat melakukan PMK :

a) Bayi tidak mengalami Kesulitan Bernapas
b) Bayi tidak mengalami kesulitan minum
c) Bayi tidak kejang
d) Bayi tidak diare
e) Ibu dan keluarga bersedia dan tidak sedang sakit

Lakukan PMK untuk menghangatkan bayu bila memenuhi syarat diatas. Metode kanguru sangat baik dilakukan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan. Metoda ini berguna untuk mempercepat terjadinya kestabilan suhu tubuh dan merangsang bayi baru lahir segera mengisap puting payudara ibu.

Pelaksanaan PMK memiliki 4 komponen :

(1) Posisi Melakukan Perawatan Metode Kanguru.

Gambar 1
Cara 1

(a) Bayi telanjang dada (hanya memakai popok, topi, kaus tangan, kaus kaki), diletakkan telungkup di dada dengan posisi tegak atau diagonal. Tubuh bayi menempel/kontak langsung dengan ibu.

(b) Atur posisi kepala, leher dan badan dengan baik untuk menghindari terhalangnya jalan napas. Kepala menoleh ke samping di bawah dagu ibu (ekstensi ringan).

(c) Tangan dan kaki bayi dalam keadaan fleksi seperti posisi "katak"

Gambar 2
Cara

(d) Kemudian “fiksasi” dengan selendang

Gambar 3
Cara 3

(e) Ibu mengenakan pakaian/blus longgar sehingga bayi berada dalam 1 pakaian dengan ibu. Jika perlu, gunakan selimut.

Gambar 4
Cara 4

(f) Selain ibu, ayah dan anggota keluarga lain bisa melakukan metoda kanguru.

(2) Nutrisi

Selama pelaksanaan PMK, BBLR hanya diberikan ASI. Melalui PMK akan mendukung dan mempromosikan pemberian ASI eksklusif, karena ibu menjadi lebih cepat tanggap bila bayi ingin menyusu. Bayi bisa menyusu lebih lama dan lebih sering. Bila bayi dibawa ke fasilitas kesehatan dan bayi tidak mampu menelan ASI dapat dilakukan pemasangan Oro Gastric Tube (OGT) untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

(3) Dukungan

Keluarga memberikan dukungan pada ibu dan bayi untuk pelaksanaan perawatan metoda kanguru. Di fasilitas kesehatan, pelaksanaan PMK akan dibantu oleh petugas kesehatan.

(4) Pemantauan

BBLR yang dirawat di fasilitas kesehatan yang dapat dipulangkan lebih cepat (berat < 2000 gram) harus dipantau untuk tumbuh kembangnya. Apabila didapatkan tanda bahaya harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Kunjungi BBLR minimal dua kali dalam minggu pertama, dan selanjutnya sekali dalam setiap minggu sampai berat bayi 2500 gram dengan mempergunakan algoritma MTBM.

Hal- hal yang perlu dipantau selama PMK:

(a) Pastikan suhu aksila normal (36,5 – 37,5 ° C)

(b) Pastikan pernapasan normal (30-60 X/menit)

(c) Pastikan tidak ada tanda bahaya

(d) Pastikan bayi mendapatkan ASI yang cukup (minimal menyusu tiap 2 jam)

Pastikan pertumbuhan dan perkembangan baik (berat badan akan turun pada minggu pertama antara 10-15%, pertambahan berat badan pada minggu kedua 15g/KgBB/hari).

2) Perawatan Metode Kanguru dapat dilakukan dengan dua cara:

a) PMK intermiten

Bayi dengan penyakit atau kondisi yang berat membutuhkan perawatan intensif dan khusus di ruang rawat neonatologi, bahkan mungkin memerlukan bantuan alat. Bayi dengan kondisi ini, PMK tidak diberikan sepanjang waktu tetapi hanya dilakukan jika ibu mengunjungi bayinya yang masih berada dalam perawatan di inkubator. PMK dilakukan dengan durasi minimal satu jam, secara terus-menerus per hari. Setelah bayi lebih stabil, bayi dengan PMK intermiten dapat dipindahkan ke ruang rawat untuk menjalani PMK kontinu.

b) PMK kontinu

Pada PMK kontinu, kondisi bayi harus dalam keadaan stabil, dan bayi harus dapat bernapas secara alami tanpa bantuan oksigen. Kemampuan untuk minum (seperti menghisap

dan menelan) bukan merupakan persyaratan utama, karena PMK sudah dapat dimulai meskipun pemberian minumnya dengan menggunakan pipa lambung. Dengan melakukancPMK, pemberian ASI dapat lebih mudah prosesnya sehingga meningkatkan asupan ASI.

3) Beberapa manfaat Perawatan Metode Kanguru

Penelitian memperlihatkan PMK bermanfaat dalam menurunkan secara bermakna jumlah neonatus atau bayi baru lahir yang meninggal, menghindari bayi berat lahir rendah dari kedinginan (hipotermia), menstabilkan bayi, mengurangi terjadinya infeksi, meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bayi, meningkatkan pemberian ASI, dan meningkatkan ikatan (bonding) antara ibu dan bayi.

4) Manfaat PMK dalam menurunkan angka kematian neonatal (AKN)

Terdapat tiga penelitian dengan metodologi pengujian terkontrol secara acak yang membandingkan PMK dengan perawatan konvensional (menggunakan inkubator). Data Cochrane menunjukkan bahwa jumlah kematian bayi yang dilakukan PMK lebih sedikit dibandingkan bayi yang dirawat dalam inkubator. Penelitian di Addis Abeba memperlihatkan jumlah bayi yang meninggal pada kelompok PMK sebesar 22,5 % sedangkan pada kelompok non PMK sebesar 38% ($p<0,05$). Dari kepustakaan di atas jelaslah terlihat bahwa PMK bermanfaat dalam mencegah

kematian neonatal. Hal ini dapat dijelaskan lebih lanjut dalam beberapa manfaat PMK lain di bawah ini.

Manfaat PMK dalam menstabilkan suhu, pernafasan dan denyut jantung bayi Berbagai penelitian menunjukkan bahwa PMK dapat menstabilkan suhu, laju pernapasan, dan laju denyut jantung bayi lebih cepat dari bayi yang dirawat dalam inkubator. Bayi pada PMK merasa nyaman dan hangat dalam dekapan ibu sehingga tanda vital dapat lebih cepat stabil. Penelitian oleh Yanuarso di RSCM memperlihatkan bahwa dengan menggunakan metode kanguru, BBLR akan lebih cepat mencapai kestabilan suhu tubuh dibanding BBLR tanpa PMK (120 menit vs. 180 menit)

5) Manfaat PMK dalam mengurangi infeksi

Berbagai penelitian juga telah memperlihatkan manfaat PMK dalam mengurangi kejadian infeksi pada BBLR selama perawatan. Pada PMK, bayi terpapar oleh kuman komensal yang ada pada tubuh ibunya sehingga ia memiliki kekebalan tubuh untuk kuman tersebut. Rao dalam penelitiannya menunjukkan bahwa jumlah BBLR yang mengalami sepsis sebesar 3,9% pada kelompok PMK dan 14,8% pada kelompok kontrol (p=0,008). Sedangkan Agudelo dalam tulisannya menyebutkan manfaat PMK dalam menurunkan infeksi nosokomial pada usia koreksi 41 minggu (RR 0,49, 95% CI 0,25 - 0,93). Manfaat lainnya dengan berkurangnya infeksi pada bayi adalah bayi dapat dipulangkan lebih cepat

sehingga masa perawatan lebih singkat, dan biaya yang dikeluarkan lebih sedikit.

6) Manfaat PMK dalam meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bayi

Manfaat PMK lainnya adalah meningkatkan berat badan, panjang badan dan lingkar kepala bayi. Penelitian menunjukkan bahwa kenaikkan berat badan, panjang badan dan lingkar kepala BBLR yang menjalani PMK lebih tinggi secara bermakna dibandingkan BBLR yang mendapat perawatan dengan metode konvensional. Subedi memperlihatkan bahwa kenaikan berat badan BBLR dapat mencapai 30 g/hari, sedangkan Gupta menunjukkan kenaikan berat badan yang mirip yaitu 29 g/hari. Feldman dalam penelitiannya memperlihatkan bahwa BBLR yang dilakukan PMK memiliki nilai perkembangan yang lebih baik secara bermakna dibandingkan BBLR dengan metode konvensional.

7) Manfaat PMK dalam meningkatkan keberhasilan pemberian ASI

Pada berbagai penelitian terlihat bahwa PMK sangat erat kaitannya dengan pemberian ASI. Pada PMK, ASI dapat selalu tersedia dan sangat mudah diperoleh. Hal ini dapat dijelaskan karena bayi dengan PMK, terlebih pada PMK kontinu, selalu berada di dekat payudara ibu, menempel dan terjadi kontak kulit ke kulit, sehingga bayi dapat menyusu setiap kali ia inginkan. Selain itu, ibu dapat dengan mudah merasakan tanda-tanda bahwa bayinya mulai lapar seperti adanya gerakan-gerakan pada mulut bayi,

munculnya hisapan-hisapan kecil serta adanya gerakan bayi untuk mencari puting susu ibunya. Ibu dapat menilai kesiapan menyusu bayinya dengan memasukkan jari bersih ke dalam mulut bayi dan menilai isapan mulut bayi. Berikan ASI saat bayi sudah terjaga dari tidurnya. Bila telah terbiasa melakukan PMK, ibu dapat dengan mudah memberikan ASI tanpa harus mengeluarkan bayi dari baju kangurunya.

Bayi yang mendapat PMK memperoleh ASI lebih lama dibandingkan bayi yang mendapat perawatan dengan metode konvensional. Perawatan metode kanguru juga meningkatkan ikatan (bonding) ibu dan bayi serta ayah dan bayi secara bermakna. Posisi bayi yang mendapat PMK memudahkan ibu untuk memberikan ASI secara langsung kepada bayinya. Selain itu, rangsangan dari sang bayi dapat meningkatkan produksi ASI ibu, sehingga ibu akan lebih sering memberikan air susunya sesuai dengan kebutuhan bayi.

Pada PMK, pemberian ASI dapat dilakukan dengan menyusui bayi langsung ke payudara ibu, atau dapat pula dengan memberikan ASI perah menggunakan cangkir (*cup feeding*) dan dengan selang (*orogastric tube*). Pemberian ASI pada bayi yang dilakukan PMK umumnya akan diteruskan di rumah saat dipulangkan, dan lama pemberian ASI lebih panjang. PMK juga meningkatkan volume ASI yang dihasilkan oleh ibu.

8) Persiapan pemberian ASI pada PMK

Bila bayi prematur atau BBLR pada awalnya tidak memungkinkan untuk mendapat minum melalui mulut (asupan per oral), maka berikan melalui infus terlebih dahulu. Bayi dapat dirawat dalam inkubator. Segera setelah bayi menunjukkan tanda kesiapan menyusu yang ditandai dengan menggerakkan lidah dan mulut serta keinginan menghisap (menghisap jari atau kulit ibu), maka bantulah ibu untuk menyusui bayinya, pada saat ini dapat dimulai PMK intermiten. Ibu dibantu untuk duduk dengan nyaman di kursi dengan bayi dalam posisi kontak kulit ke kulit (Gambar 1). Akan menolong bila ibu memerah sedikit ASI sebelum memulai menyusui untuk melunakkan daerah puting susu dan memudahkan bayi untuk menempel. Walaupun bayi PMK umumnya BBLR atau prematur dimana bayi belum dapat menghisap dengan baik danlama, tetaplah menganjurkan ibu untuk mencoba menyusui terlebih dulu, bila tidak berhasil dapat menggunakan metode minum yang lain.

Bayi dengan usia kehamilan antara 30 - 32 minggu, pemberian minum biasanya masih memerlukan penggunaan pipa orogastrik (Gambar 2). Ibu dapat memberikan ASI perah secara teratur melalui pipa orogastrik. Ibu dapat melatih bayi menghisap dengan membiarkan jari tangan ibu yang bersih berada dalam mulut bayi, saat bayi diberi ASI melalui pipa orogastrik. Selain itu,

dapat dicoba pemberian melalui gelas kecil (cup feeding) satu atau dua kali sehari terlebih dulu.

Pemberian ASI perah melalui pipa orogastrik dapat dilakukan dalam posisi kanguru. Pemberian ASI perah dengan menggunakan gelas kecil dilakukan dengan mengeluarkan bayi dari posisi kanguru, membungkus bayi agar terjaga kehangatannya. Setelah pemberian ASI perah selesai dilakukan, bayi dapat diletakkan kembali dalam posisi kanguru. Bila memungkinkan, dapat dicoba pemberian ASI yang diperah dari payudara ibu secara langsung ke dalam mulut bayi, cara ini juga dapat dilakukan pada bayi dalam posisi kanguru. Posisikan bayi dalam posisi kanguru, dekatkan mulut bayi keputing susu ibu, tunggu sampai bayi siap dan membuka mulut dan matanya. Keluarkan beberapa tetes ASI, biarkan bayi mencium dan menjilat puting susu dan membuka mulutnya, tunggu sampai ia menelan ASI. Kegiatan ini dapat diulangi kembali.

Bila bayi kecil sudah mulai menghisap dengan efektif, mungkin sesekali ia akan berhenti saat menyusu dengan jeda yang agak lama. Hal ini dapat terjadi karena bayi kecil mudah lelah, menghisap agak lemah pada awalnya, dan memerlukan waktu istirahat yang agak lama setelah menghisap. Ibu dianjurkan untuk tidak menarik bayi dari puting susunya terlalu cepat. Biarkan bayi menempel di dada ibu, dan biarkan ia menghisap kembali bila sudah siap. Umumnya bayi kecil perlu menyusu lebih sering, setiap

2 hingga 3 jam. Pada awalnya, mungkin bayi tidak bangun untuk minum sehingga harus dibangunkan terlebih dahulu agar ia mau minum.

Bayi prematur dengan usia kehamilan 34 hingga 36 minggu atau lebih, umumnya sudah dapat menyusu langsung ke ibu. Namun sebaiknya, periksa terlebih dahulu refleks hisap bayi, bila perlu, sesekali selingi pemberian ASI perah menggunakan gelas kecil. Pastikan bayi menghisap dalam posisi dan pelekatan yang benar sehingga proses menyusu dapat berlangsung dengan lancar.

a) Cara memegang atau memposisikan bayi:
   (1) Peluk kepala dan tubuh bayi dalam posisi lurus
   (2) Arahkan muka bayi ke puting payudara ibu
   (3) Ibu memeluk tubuh bayi, bayi merapat ke tubuh ibunya
   (4) Peluklah seluruh tubuh bayi, tidak hanya bagian leher dan bahu
b) Cara melekatkan bayi:
   (1) Sentuhkan puting payudara ibu ke mulut bayi
   (2) Tunggulah sampai bayi membuka lebar mulutnya
   (3) Segerah arahkan puting dan payudara ibu ke dalam mulut bayi
c) Tanda-tanda posisi dan pelekatan yang benar:
   (1) Dagu bayi menempel ke dada ibu
   (2) Mulut bayi terbuka lebar
   (3) Bibir bawah bayi terposisi melipat ke luar

(4) Daerah areola payudara bagian atas lebih terlihat daripadaareola payudara bagian bawah

(5) Bayi menghisap dengan lambat dan dalam, terkadangberhenti.

Untuk memantau kecukupan asupan ASI, timbang bayi sekali sehari hingga berat badan bayi mulai meningkat, kemudian lanjutkan menimbang 2 kali seminggu, dan selanjutnya timbang bayi sekali seminggu sampai usia bayi mencapai cukup bulan.

g. Klomplikasi

Sering kali komplikasi yang terjadi pada bayi prematur adalah yang berhubungan dengan fungsi imatur dari system organ. Komplikasi-komplikasi yang bisa terjadi :

1) Paru-paru

Produksi surfaktan seringkali tidak memadai guna mencegah alveolar collapse dan atelectasis, yang dapat terjadi Respitarory Distress Syndrome.

2) Neurologi

Bayi pretem berisiko memilik masalah neurologic akut seperti, pendarahan intracranial dan depresi perintal.Penyebab utama kalainan neurologis pada bayi bayi baru lahir adalah enselopati iskemik hipoksik (EIH), di samping perdarahan periventrikuler dan intraventricular yang menyebabkan kelainan neurologis terutama pada bayi pretem.Jejas pada otak yang terjadi pada masa perinatal ini dikenal sebagai penyebabutama gangguan

neurologis berat dan terjadi dampaknya dalam jangka Panjang yang dikenal dengan cerebral plasy pada bayi dan anak. Manifestasi pridominan yang dikaitkan dengan plasiserebal adalah gangguan gerak yang dapat berupa karakter spastik, ataksik atau atetoid. Disfungsi motoric ini biasanya disertai gangguan neurologic lainnya seperti retardasi mental, gangguan visual kortikal dan kejang.

3) SSP (susunan saraf pusat)

Disebabkan tidak memadainya koordinasi reflek menghisap dan menelan, bayi yang lahir sebelum usia gestasi 34 minggu harus di beri makanan secara intravenaatau melalui sonde lambung. Immaturitas pusat pernapasan di batang otak mengakibatkan afneic spells (apnea sentral)

4) Kardiovaskuler

Gangguan yang sering di alami adalah hipotensi akibat hypovolemia, misalnya kehilangan volume karena memang volumenya yang relative kecil atau gangguan fungsi jangtung dan fasodilatasi akibat sepsis, kejadian PDA (Patent Ductus Arteriosus) sering terjadi dan dapat mngakibatkan terjadinya gagal jantung kongestif

5) Infeksi

Akibat defisiensi respon imun seluler dan humoral, bayi pretem mempunyai resiiko terjadinya infeksi lebih besra dibandingkan bayi atem.\

6) Pengaturan suhu

Bayi premature mempunyai luas permukaan tubuh yang besar disbanding rasio masa tubuh, oleh karena itu Ketika terpapar suhu lingkungan di bawah netral, dengan cepat akaan kehilangan panas dan sulit untuk mempertahankan suhu tubuhnya karena efek shivering pad prematur tidak ada.

7) Saluran pencernaan (gas trointestinal tract).

Belum sempurna sehingga tidak mampu menyerap ASI dengan baik pengosngan lambung terlambat sehingga menimbulkan desistensi lambung dan usus

8) Volume perut yang kecil dan reflek menghisap dan menelan yang masih immature.

Pada bayi premature, pemberian makanan melalui nasogastric tube dapat terjadi risiko aspirasi.

9) Ginjal

Fungsi gijal pada bayi premature masi immature sehingga batas konsentrasi dan ilusi cairan urine kurang memadai seperti pada bayi normal.

10) Hyperbilirubinemia

Pada bayi prematur bisa berkembang hyperbilirubinemia lebih sering di bandingkan dengan bayi atem, dan kemicterus bisa terjadi pada level bilirubin serum paling sedikit 17mg/dl (170 umol/L) pada bayi kecil, bayi premature yang yang sakit.

11) Hipoglikemia

Hipoglikemia merupakan penyebab utama kerusakan otak pada preode perinatal. Kadar glukosa darah kurang dari 20mg/100cc pada bayi kurang bulan atau bayi prematur dianggap hipoglikemia

12) Mata

Restrolental vibroplasia, kelainan ini timbul sebagai akibat pemberian oksigen yang berlebihan pada bayi premature yang umur kehailannya kurang dari 34 miggu. Tekanan oksigen yang tinggi dalam arteri akan merusak pembuluh darah retina yang masih belum matang (immatur)

13) Tendensi

Pembuluh darah masih rapuh, sehingga permeabilitasnya tinggi, yang memudahkan terjadinya ekstravasasi cairan dan mudah terjadinya oedema.Terjadi gangguan keseimbangan factor pembekuan darah sehingga terjadi perdarahan.Dalam keadaan yang gawat.

h. Penatalaksanan prematur

Menurut Rukiyah & Yulianti (2012), beberapa pentalaksanaan atau penangan yang dapat diberikan pada bayi premature adalah sebagai berikut:

1) Mempertahankan suhu tubuh dengan ketat. Bayi premature mudah mengalami hipotermi, oleh sebab itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan ketat.

2) Mencegah infeksi dengan ketat. Bayi premature sangat rentan dengan infeksi, perhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi.
3) Pengawasan nutrisi. Reflek menelan bayi premature belum sempurna, oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.
4) Penimbangan ketat. Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi/ nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat.
5) Kain yang basah secepatnya diganti kain yang kering dan bersih seta pertahankan suhu tetap hangat.
6) Kepala bayi ditutup topi dan beri oksigen bila perlu
7) Tali pusat dalam keadanbersih
8) Beri minum dengan sonde/tetes dengan pembrian ASI.

Sedangkan menurut Proverawati & Sulistyorini (2010), ada bebrapa penatalaksanaan umum yang dapat dilaukan pada bayi prmatur dan berat badan lahir rendah, yaitu sebagai berikut:

1) Bayi premature akan cepat mengalai kehilangan panas badan dan menjadi hipotermi, karena pusat pengaturan panas badannya belum berfungsi dengan baik, metabolismenya juga masih rendah, dan permukaan badan yang relative luas. Oleh karena itu ibu prematur harus dirawat dalam inkubator sehingga panas tubuhnya dapat sama atau mendekati dengan panas dalam Rahim. Jika tidak ada inkubator, bayi dapat dibungkus dengan kain dan disampingnya

ditaruh botol yang berisi air panas atau menggunakan metode kangguru.

2) Pengaturan dan pengawasan intake nutrisi

Pengaturan dan pengawasan intake nutrisi dalam hal ini adalah menentukan pillhan susu, cara pemberina, dan jadwal pemberian yang sesuai dengan kebutuhan bayi.

3) Pencegahan infeksi

Bayi premature sangat mudah terserang infeksi, terutama disebabkan oleh infeksi nosokmial. Hal ini karena kadar immunoglobin serum bayi prematur masih rendah, aktivitas bakterisidal neotrofil dan efek sitotoksik limfosit juga masihrendah seta funsi imun yang belum berpengalaman. Oleh karena itu bayi premature tidak boleh kotak dengan penderita infeksi dalam bentuk apapun.

4) Penimbangan bearat badan

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

5) Pemberian oksigen

Ekspansi paru yang buruk merupakan masalah serius bagi bayi prematur adan BBLR akibat tidak adanya alveoli dan surfaktan.Konsentrasi O2 yang diberikan sekitar 30%-35% dengan menggunakan head box, karena konsentrasi O2 yang tinggi dalam

waktu lama akan menyebabkan kerusakan pada jaringan retina bayi dan dapat menimbulakn kebutuhan.

6) Pengawasan jalan nafas

Terhambatnya jalan nafas dapat mengakibatkan asfiksia dan hipoksia yang akan berakhir dengan kematian. Bayi premature dapat berisko mengalami serangan apneu dan defisiensi surfaktan, sehingga tidak dapat memperoleh oksigen yang cukup yang sebelumnya diperoleh dari plasenta.Oleh karena itu, perlu pembersihan jalan nafas segera setelah bayi lahir.

2. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

a. Pengertian

1) Berat bayi lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang memiliki berat badan 2500 gram atau kurang saat lahir (Kenda, C, 2013:4).

2) Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat lahir kurang dari atau sama dengan 2,500 gram dengan usia kehamilan < 37 minggu (Arif & Weni,2009)

Berdasarkan teori di atas dapat di simpulkan bahwa BBLR merupakan bayi yang berat badannya kurang dari 2500 gram -1500 gram dan umur kehamilannya kurang dari 37 minngu atau di atas 37 minggu.

b. Etiologi

Penyebab terbanyak terjadinya BBLR adalah kelahiran premature. Faktor ibu yang lain adalah umur, dan paritas dan lain-lain.

Faktor plasenta seperti penyakit vakuler, kehamilan kembar/ganda, serta factor janin juga merupakan penyebab terjadinya BBLR.

1) Factor ibu

   a) Penyakit

      Seperti malari, sipilis,infeksi TORCH, dan lain-lain.

   b) Komplikasi pada kehamilan

      Komplikasi yang terjadi pada kehamilan ibu seperti perdarahan antertum, pre-klamsia berat,eklamsi,dan kelahiran pretem.

   c) Usia ibu dan paritas

      Angka kejadian BBL tertinggi di temukan pada bayi yang dilahirkan oleh ibu-ibu dengan usia< 16 tahun>35 tahun.

   d) Jarak Kehamilan

      Jarak kehamilan yang sangat dekat akan mempengaruhi proses hilangnya kalsium pada tulang, terutama ibu hamil yang asupan harinya kurang terpenuhi.

   e) Status Gizi Ibu Hamil

      Kandungan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi berat bayi yang akan dilahirkan, maka dari itu memperhatikan asupan makanan pada ibu hamil sangatlah penting dilakukan. Pengukuran antropometri adalah sebuah cara untuk menghitung status gizi dari ibu hamil. Ukuran antropometri ibu hamil yang biasa di lakukan adalah dengan mengukur berat badan dan mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA) pada saat poses kehamilan.

2) Factor kebiasan ibu

Factor kebiasaan ibu juga berpengaruh seperti ibu perokok, ibu pecandu alcohol dan ibu pengguna narkoba.

3) Factor janin

Premature, hidramion, kehamilan kembar/ganda (gemeli), kelainan kromosom.

4) Factor lingkungan

Yang dapat berpengaruh antara lain; tempat tinggal di datarn tinggi, radiasi sosio ekonomi dan paparan zat-zat racun.

c. Penggolongan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Bayi dengan berat badan lahir sangat rendah dibagi menjadi 2 golongan,yaitu:

1) Prematuritas Murni

Prematuritas murni adalah bayi dengan masa kehamilan yang kurang dari 37 minggu dan berat badan sesuai dengan berat badan untuk usia khamilan (berat terletak antara persentil ke-10 sampai persentil ke-90), pada intrauterus growth curve atau disebut:

a) Neonatus Kurang Bulan - Sesuai untuk Masa Kehamilan (NKB-SMK).
b) Neonatus Cukup Bulan - Sesuai Masa Kehamilan (NCB-SMK).
c) Neonatus Lebih Bulan - Sesuai Masa Kehamilan (NLB-SMK).

2) Dismatur

Dismatur adalah bayi dengan berat badan kurang dari seharusnya untuk masa gestasi/kehamilan akibat bayi mengalami retardasi intra uterine dan merupakan bayi yang kecil untuk masa pertumbuhan (KMK). Dismatur dapat terjadi dalam preterm, post term yang terbagi dalam:

a) Neonatus Kurang Bulan - Kecil untuk Masa Kehamilan (NKB - KMK).
b) Neonatus Cukup Bulan - Kecil untuk Masa Kehamilan (NCB - KMK).
c) Neonatus Lebih Bulan - Kecil untuk Masa Kehamilan (NLB - KMK).

d. Faktor yang Mempengaruhi Risiko Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Terdapat faktor risiko maternal yang mempengaruhi kejadian BBLR, adapun beberapa faktor diantaranya adalah sebagai berikut:

1) Pekerjaan Ibu

Menunjukkan bahwa usia kehamilan kurang dari 37 minggu sering terjadi pada ibu yang bekerja dan rata-rata berat bayi lahir berbanding terbalik dengan lama waktu ibu bekerja. Selain itu, hal tersebut juga turut dipengaruhi oleh durasi waktu berdiri ibu selama bekerja dalam sehari. Ibu yang bekerja berisiko 2,41 kali lebih besar melahirkan BBLR dari pada ibu rumah tangga (Septiani, R, 2015)

2) Usia Ibu Melahirkan

Usia muda untuk menjadi seorang ibu seringkali membuat para ibu muda tersebut kekurangan pengetahuan, pendidikan, pengalaman, pendapatan dan kekuatan dibandingkan dengan ibu yang lebih tua. Beberapa budaya dimasyarakat, menjadi ibu di usia yang muda harus menanggung efek dari sikap menghakimi dan seringkali membuat situasi yang sudah sulit menjadi lebih buruk

Ibu bersalin terbanyak pada umur beresiko (73,5%) dan pada BBLR didapatkan mayoritas terjadi pada ibu tidak beresiko (69,4%), bila dibandingkan dengan umur yang bersiko (57,7%), uji statistik diketahui tidak ada hubungan antara umur dengan kejadian BBLR.

Analisis bivariat, menunjukkan bahwa probabilitas bayi dengan berat lahir rendah meningkat secara signifikanantara ibu yang berusia ≤ 20 tahun dan>35 tahun, namun asosiasi ini tidak secara statistik signifikan. Selain itu, ditemukan bahwa usia perkawinan cukup signifikan terkait dengan probabilitas bayi denganberat lahir rendah. Sehingga kemungkinan bayi dengan berat lahir rendah meningkat sebesar 2,25 kali pada ibu dengan usia ibu kurang dari 20 tahun dibandingkan ibu yang memiliki usia perkawinan lebih tinggi.

Umur 20 tahun Indeks Massa Tubuh (IMT) juga diketahui signifikan dengan berat lahir rendah bayi, bahwa probabilitas itu meningkat sebesar 70 persen di antara ibu hamil dibandingkan

dengan berat normal. Menunjukkanbahwa usia maternal selain 25-30 saat melahirkan meningkatkan probabilitas bayi lahir rendah. Usia perkawinan muda juga dianggap sebagai salah satu faktor risikonya. Akhirnya, penelitian inimenunjukkan hal itu dengan bertambahnya berat badan ibu sebelum kehamilan,probabilitas kelahiran bayi berat rendah bayi menurun.(Meihartati, T, 2017:76).

3) Pendidikan

Hasil penelitian menyarankan untuk memusatkan perhatian tentang pendidikan kesehatan calon ibu dan anak untukmencegah kehamilan remaja, program iniditujukan pada anak perempuan dan perempuan yang ingin hamil. Pendidikan harus diberikanpada wanita dan anak perempuan serta perhatian yang diinginkankarena telah terbukti berkorelasi kuat dengan risikobayi berat lahir rendah (Nayak RK, dkk, 2013:3)

4) Kunjungan Antenatal Care (ANC)

Pelaksanaan kegiatan ANC memiliki peran penting untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak, karena kunjungan ANC merupakan salah satu sumber utama ibu mendapatkan tablet Fe dan edukasi mengenai kebutuhan nutrisi yang penting selama masa kehamilan.Di mana ibu yang tidak melakukan kunjungan antenatal, bahkan jumlah kunjungan yang kurang, dapat meningkatkan ibu melahirkan bayi BBLR

Berat lahir rendah ditemukan berhubungan signifikan dengantotalangka yang ditemukan.Ibu yang datang 1atau2kali

kunjungan ANC16 kali lipatlebih cenderung memiliki BBLR daripada ibu yang memilikilebih dari 4 kunjungan ANC secaratotal. Kesempatan untuk mengantarkanBBLR neonatus oleh ibu yang memiliki kunjungan ANC totalsebesar3-4 kali juga lebih tinggi (Septiani R, 2015).

5) Status Kurang Energi (KEK) Ibu

Kondisi asupan nutrisi saat kehamilan yang buruk merupakan salah satu faktor resiko melahirkan bayi berat badan lahir rendah. Salah satu indikator untuk mengetahui status gizi ibu adalah melalui ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) ≤ 23,5 cm, di mana hal tersebut dapat digunakan untuk mengetahui keadaan kekurangan energi dalam waktu lama (kronis) pada Wanita Usia Subur (WUS) dan ibu hamil

Terdapat hubungan positif yang kuat antara LILA dengan BBL dengan nilai koefisien korelasi (R), sebesar 0,521 dan secara statistik sangat bermakna,serta 27,1% LILA menyumbang pada kejadian BBLR, sedangkan 72,9% ditentukan oleh faktor lain seperti pendidikan ibu, pekerjaan, umur, paritas, jarak kehamilan, penyakit infeksi, dan kelainan genetik. Jadi dapat disimpulkan bahwa semakin besar ukuran LILA seorang ibu akan semakin besar pula berat badan bayi yang dilahirkan (Septiani R, 2015).

6) Usia Gestasi (Usia kehamilan)

Usia kehamilan adalah istilah umum yang digunakan selama masa kehamilan untuk menggambarkan seberapa jauh

perkembangan kehamilan tersebut dan diukur dalam satuan minggu, sejak hari pertama siklus menstruasi wanita hingga waktu tertentu. Usia kehamilan kurang dari 36 minggu merupakan faktor yang berpengaruh terhadap BBLR

Bayi yang diberi ASI kebanyakan yang lahir dengan beratlahir rendah (66,7%) berasal ibu dengan usia kehamilan prematur (<37 minggu), yang berarti belum cukup gestasional untuk memiliki normal kelahiran. Diketahui bahwa pada kategori bayi aterm (38-42 minggu) memiliki kehamilan normal tidak ada kategori. Bayi lahir dengan berat lahir sangat rendah (berat 1000 sampai 1500 g). Sebaliknya pada bayi prematur yang memiliki usia kehamilan tidak normal (<37 minggu) mengandung kategori berat 31,2% berat lahir dengan berat lahir sangat rendah(1000-1500 g). Disimpulkan bahwa usia kehamilan berhubungan dengan berat lahir (Septiani R, 2015).

7) Konsumsi Tablet Fe (Zat Besi)

Berdasarkan hasil penelitian (Balarajan dkk, 2013) melalui analisis multivariat diketahui bahwa terdapat hubungan negatif antara konsumsi tablet Fe dengan kejadian BBLR setelah mengontrol faktor sosio ekonomi maupun kunjungan antenatal

Suplementasi zat besi ditemukan berhubungan secara signifikan dengan BBLR. Ibu-ibu yang diberi dengan tablet zat besi selama 90 hari atau kurang hampir tiga kali lebih rentan

memiliki bayi BBLR daripada ibu memiliki suplementasi zat besi selama lebih dari 90 hari (Septiani R, 2015).

8) Sosial Ekonomi Ibu

Sosial ekonomi merupakan salah satu ukuran untuk menggambarkan tingkat perbedaan sosial, yang meliputi pendapatan, pekerjaan dan tingkat pendidikan. Tingkat sosial ekonomi yang rendah tidak dapat langsung mempengaruhi perkembangan janin, melainkan sebagai suatu perantara pada faktor risiko lainnya yang dapat menigkatkan risiko buruk pada saat janin lahir, seperti nutrisi ibu, aktivitas fisik ibu, akses yang kurang terhadap kualitas prenatal care, dan psikososial ibu (Septiani, R, 2015).

9) Merokok pada Masa Kehamilan

Hipertensi pada ibu hamil dapat menyebabkan BBLR karena memberi pengaruh pada aliran darah di plasenta yang menyebabkan terbatasnya suplai nutrisi pada janin (Septiani R, 2015).

10) Paritas

Paritas adalah banyaknya jumlah anak yang pernah dilahirkan. Banyaknya anak yang dilahirkan akan sangat berpengaruh terhadap kesehatan ibu maupun anak, di mana resiko BBLR, kematian ibu maupun anak akan meningkat apabila jarak melahirkan terlalu dekat. Hal tersebut dikarenakan fisik ibu dan rahim yang masih kurang cukup istirahat karena ibu yang sering

hamil, terutama dengan jarak yang pendek akan menyebabkan ibu terlalu lelah akibat dari hamil, melahirkan, menyusui, dan merawat anaknya terus menerus (Septiani R, 2015).

Hasil penelitian didapatkan ibu bersalin mayoritas pada multipara (66,3%), tetapi pada kejadian BBLR paling banyak terjadi pada primipara (88,4%), bila dibandingkan dengan multipara (56,9%), hasil uji statistik diketahui ada hubungan antara paritas dengan kejadian BBLR (Meihartati T, 2017:76).

11) Riwayat Ibu Melahirkan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Ibu yang memiliki riwayat melahirkan BBLR 3,3 kali lebih berisiko melahirkan BBLR dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki riwayat melahirkan BBLR Penelitian ini adanya risiko pemeriksaan kadar hemoglobin terhadap berat badan lahir rendah menunjukan jumlah kontrol berat badan lahir rendah dengan pemeriksaan kadar hemoglobin yang berisiko tinggi sebanyak 60,3%. Dalam hal ini ibu yang tidak melakukan pemeriksaan kadar hemoglobin bisa mengantisipasi melahirkan berat badan lahir rendah apabila ibu melakukan 27 kunjungan antenatal care yang rutin dengan, memeriksakan tekanan darah, dan juga melakukan penimbagan berat badan, memiliki jarak kehamilan >2 tahun, paritas rendah, dan faktor lain seperti tidak terpapar asap rokok, dan status gizi ibu yang baik.

Berdasarkan hasil analisis pemeriksaan kadar hemoglobin yang berisiko tinggi namun menjadi kontrol dalam kejadian BBLR

ditemukan bahwa 45,7% diantaranya memiliki jarak kehamilan yang rendah, 72,9% yang memiliki paritas rendah, 74,3% yang melakukan kunjungan antenatal care, 31,4% yang melakukan pemeriksaan tekanan darah, 71,4% yang melakukan penimbangan berat badan dan juga dapat dipengaruhi faktor lainnya seperti memiliki status gizi yang baik dan tidak terpapar oleh asap rokok. (Septiani R, 2015).

3. Neonatus

a. Pengertian Neonatus

Neonatus adalah bayi yang baru lahir 28 hari pertama kehidupan(Rudolph, 2015). Neonatus adalah bulan pertama kelahiran. Neonatus normal memiliki berat 2.700 sampai 4.000 gram, panjang 48-53 cm, lingkar kepala 33-35cm (Potter & Perry, 2009). Dari ketiga pengertian di atas dapat disimpulkan neonatus adalah bayi yang lahir 28 hari pertama.

b. Ciri Neonatus

Neonatus memiliki ciri berat badan 2700-4000gram, panjang, panjang 48-53 cm, lingkar kepala 33-35cm (Potter & Perry, 2009)**.** Neonatus memiliki frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik.

c. Klasifikasi Neonatus

Klasifikasi neonatus menurut Marni (2015) :

1) Neonatus menurut masa gestasinya
   a) Kurang bulan (*preterm infan*) :<259 hari (37 minggu)
   b) Cukup bulan (*term infant*) : 259- 294 hari (37-42 minggu)
   c) Lebih bulan*(postterm infant*) :>294hari (42 minggu)
2) Neonatus menurut berat lahir :
   a) Berat lahir rendah : <2500 gram.
   b) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram.
   c) Berat lahir lebih : >4000 gram.
3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan :
   a) Neonatus cukup/ kurang/ lebih bulan.
   b) Sesuai/ kecil/ besar ukuran masa kehamilan.

4. Kunjungan Neonatus

a. Pengertian Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatus adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 - 28 hari. Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter/bidan/perawat, dapat dilaksanakan di puskesmas atau melalui kunjungan rumah. Pelayanan yang diberikan mengacu pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada algoritma bayi muda (Manajemen

Terpadu Bayi Muda/MTBM) termasuk ASI ekslusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, perawatan talipusat, penyuntikan vitamin K1 dan imunisasi HB-0 diberikan pada saat kunjungan rumah sampai bayi berumur 7 hari (bila tidak diberikan pada saat lahir)

Pelayanan kesehatan neonatal adalah pelayanan kesehatan neonatal dasar (ASI eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, pemberian vitamin K1 injeksi bila tidak diberikan pada saat lahir, pemberian imunisasi hepatitis B1 apabila tidak diberikan pada saat lahir dan manajemen terpadu bayi muda). Neonatus adalah bayi berumur 0-28 hari.

KN dibagi menjadi 3 yaitu :

1) Kunjungan Neonatal ke satu (KN1)

   Adalah kunjungan neonatal pertama kali yaitu pada hari pertama sampai hari kedua.

2) Kunjungan Neonatal ke dua (KN2)

   Adalah kunjungan neonatal yang kedua kalinya yaitu pada hari kedua sampai hari ke tujuh.

3) Kunjungan Neonatal ke tiga (KN3)

   Adalah kunjungan neonatal yang ketiga kalinya yaitu pada hari ke tujuh sampai hari ke dua puluh delapan.

   Kunjungan neonatal adalah kontak neonatus (0-28 hari) dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kesehatan dengan syarat usia 0-7 hari minimal 2 kali usia 8-28 hari minimal 1 kali (KN2) di dalam /di luar institusi kesehatan.

b. Pengertian Cakupan Kunjungan Neonatal

Cakupan kunjungan neonatal adalah pelayanan kepada neonatus pada masa 6 jam sampai dengan 28 hari setelah kelahiran sesuai standar.

Cakupan kunjungan neontus adalah perbandingan antara jumlah neonatal yang telah memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dengan penduduk sasaran bayi.

Perhitungan cakupan neonatal sebagai berikut :

$$\text{Cakupan KN:} \frac{\text{Jumlah Neonatus yang telah memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar}}{\text{Penduduk sasaran bayi}} x100\%$$

Keterangan :

1) Pembilang

Jumlah neonatal yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar.

2) Penyebut

Penduduk sasaran bayi diperoleh dari BPS

3) Ukuran Konstanta

Persentase (%)

c. Tujuan Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan/masalah kesehatan pada neonatus. Risiko terbesar kematian neonatus terjadi pada 24 jam pertama

kehidupan, minggu pertama dan bulan pertama kehidupannya. Sehinggajika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama.

d. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Neonatus

Pelaksanaan kunjungan neonatus dibagi 3 dan pada intinya, yang diperiksa pada tiap kunjungan adalah sama yaitu :

1) Berat Badan (kg)
   a) Tinggi Badan/Panjang Badan (cm)
   b) Suhu (^{0}C)
   c) Tanyakan ibu, bayi sakit apa?
2) Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri
   a) Frekuensi napas (kali/menit)
   b) Frekuensi denyut jantung (kali/menit)
3) Memeriksa adanya diare
4) Memeriksa ikterus
5) Memeriksa kemungkinan berat badan rendah/masalah pemberian ASI
6) Memeriksa status pemberian vitamin K
7) Memeriksa status imunisasi
8) Memeriksa keluhan lain
9) Memeriksa masalah/ keluhan ibu

B. Pengkajian

Pengkajian adalah Langkah pertama yang dilakukan untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan

dengan kondisi klien. Teknik yang dilkaukan untuk mengumpulkan data pada saat pengkajian adalah: anamnesa atau wawancara dilakukan untuk mendapatkan data subjektif tentang keadaan klien. (MaritaliaD, 2014:113-114).

1. Anamnesa dan Riwayat Kesehatan Klien

Prematur adalah bayi lahir yang umur kehamilannya kurang dari 37 minggu dan berat badannya kurang 2500 gram da nada beberapa banyak penyebab bayi prematur yaitu saat hamil gizi ibu yang kurang merupakan salah satu faktor resiko melahirkan bayi lahir prematur karena kondisi asupan nutrisi saat kehamilan yang buruk atau tidak mencukupi kebutuhan ibu dan janinnya. Kunjungan ANC, dimana ibu yang tidak melakukan kunjungan antenatal, bahkan jumlah kunjungan kurang, dapat meningkatkan ibu melahirkan bayi prematur karena kunjungan ANC merupakan salah satu sumber utama ibu mendapatkan tablet Fe dan edukasi mengenai kebutuhan nutrisi yang penting selama masa kehamilan. Usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun karena usia muda untuk menjadi seorang ibu seringkali membuat para ibu muda tersebut kekurangan pengetahuan, pendidikan, pengalaman, pendapatan dan kekuatan dibandingkan dengan ibu yang lebih tua.

Hamil ganda. Riwayat ibu melahirkan bayi prematur: ibu yang memiliki riwayat melahirkan bayi prematur 3,3 kali lebih berisiko melahirkan bayi prematur dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki riwayat melahirkan bayi prematur.

2. Pemeriksaan Fisik Sesuai dengan Kebutuhan

Keadaan umum klien, tanda-tanda vital : pernapasan sekitar 45 sampai 50 denyut per menit (pernapassan tidak teratur dapat terjadi apnea (gagal napas),

frekuensi nadi 100 sampai 140 denyut per menit, dan suhu di bawah 36,5 c. ukuran antropometri: berat badan kurang dari 2500 gram, panjang kurang dari 45 cm,lingkar dada kurang 30 cm,lingkar kepala kurang dari 33 cm, dan LILA dibawah dari 9,5 cm. kepala : relative lebih besar,tidak mampu tegak dan tulang tengkorak lunak mudah bergerak. Kulit :kulit tipis transparan,rambut lanugo banyak dan lemak kulit kurang. Genetalia bayi perempuan: klitoris menonjoldengan labia mayora yang belum berkembang, bayi laki-laki:scrotum belum berkembang sempurna dengan ruga yang kecil,testis tidak turun kedalam scrotum. Ekstrimitas : paha abduksi, sendi lutut/kaki fleksi-lurus dan kuku jari tangan dan kaki belum mencapai ujung jari. Refleks menelan dan menghisap yang lemah, menangis lemah dan tonus otot hipotonik lemah. Tahap ini merupakan langkah yang menentukan langkah berikutnya. Kelengkapan data yang sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi atau masukan klien yang sebenarnya. Menganjurkan ibu dankeluarga untuk selalu bermunajab kepada Allah SWT.

C. Assesment

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa /masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data dikumpulkan. Diagnosa kebidanan yaitu diagnosis yang di tegakkan oleh bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnose kebidanan.

1. Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dan hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosa. Masalah tidak dapat diidentifikasi seperti diagnosa, tetapi membutuhkan penanganan. Masalah yang sering timbul pada bayi prematur adalah suhu tubuh rendah dan refleks hisap lemah.
2. Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan oleh pasien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Hal ini didapatkan dengan melakukan analisa data pada bayi prematur. Kebutuhan bayi prematur antara lain pemberian rasa nyaman dan hangat, dan pemenuhan nutrisi. Menganjurkan ibu untuk selalu bersabar dan bertawakal atas apa yang ditimpahnya saat ini (PurwoastutiE& ElisabethSW, 2014: 134&136)

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah di identifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan,sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi (Purwoastuti E& Elisabeth SW, 2014:136).

Pada bayi prematur masalah potensial yang timbul yaitu antisipasi terjadinya respiratory distress syndrome (RDS), apnea, interventrikuler hemorrhage (IVH), hiperbilirubinemia, retino prematurity (ROP), anemia, pneumonia aspirasi, gangguan imunologik, gangguan pencernaan, masalah nutrisi, dan hipotermi. Menganjurkan ibu untuk selalu berprasangka baik atas apa yang dialami bayinya sekarang.

D. Perencanaan

Langkahini direncanakan asuhan yang menyeluruh,ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap dianosa atau masalah yang telah di identifikasikan atau di antisipasi. Pada langkah ini informasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi (Purwoastuti E & Elisabeth SW, 2014:138).

Adapun penatalaksanan bayi baru lahir prematur adalah menjelaskan kepada klien penyebab terjadinya bayi lahir prematur yaitu kaena saat ibu hamil makan makanan yang bergizi, perdarahan antepartum, kehamilan ganda, kelainan kromosom, dan umur kehamilan kurang dari 37 minggu sehingga pada saat bayi lahir biasanya terjadi hipotermi dan hipoglikemia.

Lakukan tindakan umum dan tindakan khusus bagi bayi lahir prematur. Secara umum yaitu mempertahankan suhu tubuh dengan ketat karena bayi yang lahir prematur mudah mengalami hipotermi, maka itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan ketat, mencegah infeksi dengan ketat karena bayi yang lahir prematur sangat rentan akan infeksi.

Adapun prinsip-prinsip pencegahan infeksi adalah termasuk mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi, pengawasan nutrisi (ASI) refleks menelan bayi prematur belum sempurna dan sangat lemah, sehingga pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.Penimbangan ketat, perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus di lakukan dengan ketat.

Adapun secara khusus yaitu inkubator, cara pemakaian incubator adalah pastikan incubator berfungsi dengan baik, nyalakan alat sebelum di pakai matras dan linen hangat dan atur suhu inkubator yang dikehendaki sesuai umur dan berat

badan bayi. Menganjurkan kepada ibu dan keluarga untuk selalu mengingat kepada Allah SWT agar hatinya tentram dan damai.

E. Pelaksanaan

Pada Langkahini pelaksanaan dari rencana asuhan menyeluruh dari perencanaan. Pada saat tertentu bidan bisa berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, tetapi bidan tetap bertanggungjawab terhadap pelaksanaan asuhan yang diberikan (Purwoastuti E& Elisabeth SW, 2014 : 139). Pelaksanaan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan prematur yaitu :

1. Menjalin komunikasi yang baik dengan keluarga
2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi
3. Mengobservasi TTV (suhu, denyut jantung bayi, pernapasan)
4. Menghangatkan bayi dalam incubator
5. Mengobservasi intake dan output bayi yang berkolaborasi dengan dokter spesialis anak
6. Merawat tali pusat bayi
7. Menjaga personal hygiene bayi
8. Menimbang berat badan bayi setiap hari

F. Evaluasi

Evaluasi merupakan sebuah perbandingan dari hasil yang aktual dengan hasil yang diharapkan penilaian apakah rencana asuhan yang telah disusun dapat terlaksanan dan terpenuhi kebutuhannya seperti yang telah diidentifkasi dalam masalah dan diagnosa. Menganjurkan ibu untuk selalu berikhtiar kepada Allah SWT untuk kesembuhan bayinya (Purwoastuti E& Elisabeth SW, 2014:139)