

**ASUHAN KEBIDANAN BAYI PADA BAYI. A USIA 1 BULAN
DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH
DI RUANG PERINATOLOGI
RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi Profesi Bidan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Oleh :

EUIS TJAJAH

KHGHB19045



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
2024**

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Tulis Ilmiah ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar profesi (Bdn), baik dari STIKes Karsa Husada maupun dari perguruan tinggi lain
2. Karya Tulis Ilmiah ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan dari Tim Pembimbing
3. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah di tulis atau di publikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2024

Yang Membuat Pernyataan

EUIS TAJAH

LEMBARAN PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN BAYI PADA BAYI. A USIA 1 BULAN DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUANG PERINATOLOGI RSUD dr. SLAMET GARUT

NAMA : EUIS TAJAH

NIM : KHGHB19045

KARYA ILMIAH AKHIR

KTI Ini Telah Disidangkan Di Hadapan Tim Penguji Program

Pendidikan Profesi Bidan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2024

Mengesahkan,

Pembimbing : Intan Rina Susilawati, S.ST., M.Keb -----

Penguji I : Titi Purwitasari Handayani, S.ST., Bdn., M.Keb -----

Penguji II : Nofita Setiorini Putri Putranto, S.Tr.Keb., M.Kes -----

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
STIKes Karsa Husada Garut

Intan Rina Susilawati, S.ST., M.Keb

NIDN : 0410057611

ABSTRAK

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) berisiko tinggi terhadap angka kematian pada bayi di dunia. Hal ini terjadi karena masalah kesehatan pada bayi terganggu akibat belum matangnya organ dan fungsi hepar tubuh bayi.

Berat badan lahir rendah (BBLR) adalah berat badan lahir kurang dari 2500 gram. Sedangkan hiperbilirubinemia merupakan suatu kondisi yang ditandai dengan peningkatan kadar bilirubin (≥ 10 mg/dl) didalam jaringan ekstrasvaskuler sehingga tampak kuning pada konjungtiva, kulit dan mukosa. Metode penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan pendekatan case control, teknik penentuan sampel yang digunakan adalah purposive sampling yaitu sebanyak 42 sampel yang terbagi atas 21 sampel kasus dan kontrol dengan perbandingan (1:1). Berdasarkan analisis person chi-square merupakan uji yang dilakukan pada penelitian ini, uji ini bertujuan untuk mencari korelasi antara variabel, dikatakan terdapat korelasi yang signifikan jika p-value $< 0,05$. Pada penelitian ini didapatkan p-value = 0,005 yang berarti terdapat korelasi yang signifikan antara berat badan lahir rendah dengan kejadian hiperbilirubin.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya hingga penulis dapat menyelesaikan penulisan karya tulis ilmiah ini.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan study Profesi Kebidanan dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN BAYI PADA BAYI. A USIA 1 BULAN DENGAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH DI RUANG PERINATOLOGI DI RSUD dr. SLAMET GARUT”**.

Pada kesempatan kali ini, penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Kurnadi, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. D Saepudin, S.Sos, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Huusada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep, M.Kes, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Intan Rina Susilawati, SST, M. Keb, selaku Kepala Prodi Profesi Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Ira Nufus Khaerani, S.Tr. Keb. Bdn selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

6. Penguji I :Siti Nurcahyani Ritonga, SST., M.KM selaku penguji I yang telah memberikan masukan arahan dan saran.
Penguji II : Tri Wahyuni, SST., Bdn., M.Keb selaku penguji II yang telah memberikan masukan arahan dan saran.
7. Kepala RSUD dr Slamet Garut beserta staf dan jajarannya yang telah memberikan pengarahannya serta memfasilitasi dalam pelaksanaan KTI tahun 2024.
8. Pembimbing lapangan beserta staf dan jajarannya yang telah memberikan pengarahannya serta memfasilitasi dalam pelaksanaan KTI tahun 2024.
9. Ny. A dan Tn. B yang telah bersedia menjadi pasien asuhan pada bayi baru lahir.
10. Teristimewa kepada bapak D.Tohidin dan Ibu Tuti Alawiah selaku Orang tua saya yang telah mendukung, mendo`akan dan selalu menyemangati dalam setiap situasi
11. Rekan-rekan yang telah memberikan dukungan dan kerja samanya.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu kritik dan saran sangat membantu dalam kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Semoga Allah SWT membalas kebaikan atas segala bantuan yang telah diberikan.

Garut, Juli 2024

Penyusun

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR GAMBAR	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	4
1.4 Kegunaan	4
1.5 Tempat dan Waktu	5
BAB II TINJAUAN TEORI	6
2.1 Konsep Dasar Bayi Berat Lahir Rendah	6
2.1.1 Definisi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)	6
2.1.2 Kurva Pertumbuhan Janin	7
2.1.3 Etiologi	8
2.1.4 Klasifikasi BBL	11
2.1.5 Gambaran Klinis Dan Diagnosis Bayi Berat lahir Rendah (BBLR)	12
2.1.6 Standar Operasional Prosedur (SOP) BBLR	16

2.1.7 Tatalaksana Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)	20
2.1.8 Gambar Penanganan Bayi Berat Lahir Rendah	21
2.1.9 Skema Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)	22
2.2 Asuhan Pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)	23
2.2.1 Penilaian Bayi Untuk Tanda-tanda Kegawatan	23
2.2.2 Penanganan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) di RSUD dr Slamet Garut	24
2.2.3 Kriteria bayi keluar / pulang dari RSUD dr Slamet Garut	25
2.2.4 Perawatan Metode Kangguru	25
2.2.5 Perawatan Metode Nesting	27
2.2.6 Prognosis	28
2.2.7 Upaya Pencegahan	28
2.3 Penelitian Tentang Bayi Berat Lahir Rendah	29
2.3.1 Faktor Maternal Yang Berhubungan Dengan Bayi Berat Lahir Rendah	29
2.3.2 Hubungan Preeklamsi Berat Dengan Bayi Berat Lahir	29
2.3.3 Pengaruh Perawatan Metode Kangguru Terhadap Perubahan Berat Badan Lahir Rendah	29
2.3.4 Metode Nesting	32
2.3.5 Nutrisi Bagi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Untuk Mengoptimalkan Tumbuh Kembang	32

2.3.5 Hubungan Kurang Energi Kronis (KEK) dengan Bayi Berat Lahir Rendah	34
2.4 Peran Bidan Menurut UU RI NO 4 TAHUN 2019.....	34
2.5 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan	36
2.5.1 Pendokumentasian Dalam Bentuk SOAP	36
BAB III TINJAUAN KASUS	38
3.1 Data Subjektif	38
A Data Subjektif.....	38
B. Data Objektif	41
C. Analisa.....	43
D Penatalaksanaan	43
BAB IV PEMBAHASAN.....	45
4.1 Data Subjektif.....	45
4.2 Data Objektif	46
4.3 Analisa.....	47
4.4 Penatalaksanaan	48
4.5 Pendokumentasian.....	50
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	55
5.1 Kesimpulan.....	55
5.2 Saran.....	55
5.2.1 Bagi Lahan Praktik.....	55
5.2.2 Bagi Instusi Pendidikan	56
5.2.3 Bagi Penulis	56

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Standar Operasional Prosedur (SOP) BBLR	16
Matriks	45

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kurva Pertumbuhan Janin (Lubchenco)	7
Gambar 2.2 Bagan Alur BBLR	20
Gambar 2.3 Penanganan BBLR	21
2.4 Gambar Skema BBLR	22

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka kematian bayi merupakan jumlah kematian bayi pada usia 0 sampai dengan 28 hari pertama kehidupan per 1000 kelahiran hidup. Menurut data WHO kematian bayi yang baru lahir atau neonatal mencakup 47% kematian diantara anak-anak dibawah 5 tahun. Mayoritas dari semua kematian neonatal, 75% terjadi pada minggu pertama kehidupan dan antara 25% sampai 45% terjadi dalam 24 jam pertama. Pada beberapa negara di Asia Tengah dan Selatan dengan 25 kematian per 1000 kelahiran hidup. Penyebab utama kematian bayi baru lahir adalah prematuritas, komplikasi pada saat persalinan (asfiksia atau kesulitan bernafas saat lahir), infeksi dan cacat pada saat lahir (WHO, 2018)

Berdasarkan hasil survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan Angka Kematian Neonatal (AKN) sebesar 15 per 1000 kelahiran hidup. Kematian Neonatal di Desa per tahun sebanyak 83,447, di puskesmas Kematian Neonatal 7-8 per tahun sebanyak 9.825 dan angka Kematian Neonatal di Rumah Sakit 18 per tahun sebanyak 2,868. Sementara Penyebab Kematian Neonatal tertinggi disebabkan oleh komplilasi kejadian inpartum tercatat 28,3% (283 kasus) akibat gangguan respiratori dan kardiovaskuler, 21,3% (213 kasus) BBLR dan prematur, kelainan kongenital 14,8% (148 kasus), akibat tetanus neonatorum 1.2% (12 kasus), infeksi 7,3%

(73 kasus) dan akibat lainnya 8,2% (82 kasus) (Profil Kesehatan Indonesia, 2018).

Berdasarkan pencatatan dan pelaporan di Provinsi Jawa Barat pada tahun 2017 terdapat peningkatan angka kematian pada bayi yang tercatat 3.077 bayi meninggal dibandingkan tahun 2016 tercatat 3.072 bayi meninggal. Dari kematian bayi sebesar 3,4 per 1000 kelahiran hidup terdapat angka kematian neonatal (bayi berumur 0-28 hari) sebesar 3,1 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan AKABA di Jawa Barat (balita berumur 0-59 bulan) pada tahun 2017 sebesar 3,6 per 1000 kelahiran hidup. Penyebab kematian terbanyak yaitu asfiksia ,BBLR,dan infeksi (Dinkes Jabar, 2017).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, tahun 2020 terdapat 58 kasus kematian ibu dan 37 kasus pada tahun 2018. Sedangkan kematian bayi, pada tahun 2020 terdapat 210 kasus dan tahun 2018 terdapat 190 kasus. Penyebab langsung Angka Kematian Bayi (AKB) yaitu Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) 54,4% , asfiksia 31,6%, infeksi 4,2%, tetanus neonatorum 0,5%, masalah laktasi 1,6% dan sebab lainnya 7,4% (Dinkes Kabupaten Garut, 2018).

Berdasarkan data-data diatas dapat diketahui bahwa salah satu penyebab dari AKB adalah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). BBLR dapat disebabkan oleh preeklampsi, tekanan darah yang meningkat menyebabkan perfusi uteroplacenta mengalami penurunan. Hal tersebut dapat menyebabkan sirkulasi darah ke janin akan kekurangan oksigen dan nutrisi. Dan dapat

menyebabkan juga pertumbuhan janin terhambat dimana salah satu manifestasinya adalah BBLR (Nurliawati, 2014).

Sebagian besar berat badan lahir normal terjadi pada ibu hamil yang tidak KEK. Ibu yang memiliki LILA < 23,5 cm sebanyak 4 ibu (57,1%) melahirkan bayi BBLR dan ibu hamil dengan LILA > 23.5 cm sebanyak 3 ibu (42,9%) melahirkan bayi BBLR. Hal ini menunjukkan bahwa ibu hamil dengan LILA < 23,5 cm (KEK), mempunyai resiko 7,9 kali untuk melahirkan bayi BBLR dibandingkan ibu saat hamil dengan LILA > 23,5 cm (tidak KEK). (Trihardiani, 2011).

Bayi Berat Lahir Rendah atau BBLR adalah bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi (Juliana, 2017). Bidan memegang peranan yang sangat penting dalam upaya pemerintah untuk meningkatkan Kesehatan. Bidan sebagai pelaksana aspek social obstetric dan ginekologi bidan perlu meningkatkan kemampuannya dan dapat memberikan pertolongan darurat essensial khususnya penanganan bayi baru lahir dengan bayi berat lahir rendah agar tidak terjadi hipotermi dan infeksi. (Manuaba, 2012).

Berdasarkan latar belakang diatas, sehubungan dengan masih tingginya kejadian bayi dengan bayi berat lahir rendah maka penulis mengambil judul Karya Tulis Ilmiah **“Asuhan Kebidanan Bayi Pada Bayi. A Usia 1 bulan dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatologi RSUD dr Slamet Garut**

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah pada karya tulis ini adalah **“Bagaimana Asuhan Kebidanan Bayi Pada Bayi. A Usia 1 bulan dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut?”**.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Kebidanan Bayi Pada Bayi A Usia 1 bulan dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut dengan pendokumentasian SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data subjektif pada Bayi A Usia 1 bulan dengan Bayi Berat Lahir Rendah di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut
2. Melakukan pengkajian data objektif pada Bayi A Usia 1 bulan dengan Bayi Berat Lahir Rendah di Ruang Perinatologi RSUD dr Slamet Garut.
3. Menentukan Analisa pada Bayi A Usia 1 bulan dengan Bayi Berat Lahir Rendah di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut
4. Melakukan penatalaksanaan pada Bayi A Usia 1 bulan dengan Bayi Berat Lahir Rendah di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut
5. Melakukan pendokumentasian SOAP yang di dapat dari hasil pengkajian, subjektif, objektif, penatalaksanaan asuhan pada Bayi A Usia 1 bulan dengan Bayi Berat Badan Lahir Rendah di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut

1.4 Kegunaan

1.4.1 Kegunaan Praktis

1. Bagi Instansi Kesehatan

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi instansi Kesehatan khususnya Bidan dalam rangka meningkatkan kualitas dan asuhan kebidanan.

1.4.2 Kegunaan Teoritis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pihak Pendidikan untuk menambah bahan bacaan yang dapat dijadikan acuan bagi mahasiswa kebidanan dalam melaksanakan asuhan kebidanan.

2. Bagi Penulis

Dengan melakukan asuhan kebidanan Bayi A, diharapkan dapat meningkatkan keterampilan, kemampuan penulis dan menambah wawasan dan juga ilmu serta bentuk pengalamannya dalam melaksanakan asuhan kebidanan.

1.5 Tempat dan Waktu

1.5.1 Tempat

Tempat pelaksanaan pengambilan data untuk karya tulis ilmiah ini dilaksanakan di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut

1.5.2 Waktu

Waktu pengambilan data dan dilakukan asuhan untuk karya tulis ilmiah ini dilaksanakan pada tanggal 20 April 2022.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

2.1.1 Definisi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) merupakan bayi baru lahir yang saat dilahirkan memiliki berat badan senilai < 2500 gram tanpa menilai masa gestasi. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 (satu) jam setelah lahir (Julina, 2017)

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang berat badannya kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram), (Prawiroharjo, 2013)

2.1.2 Kurva Pertumbuhan Janin

Gambar 2.1 Kurva Pertumbuhan Janin (Lubchenco)



Sumber : IDAI Jabar (2012)

2.1.3 Etiologi

Penyebab terbanyak BBLR adalah kelahiran prematur, faktor ibu, factor placenta, dan faktor janin juga merupakan penyebab terjadinya BBLR.

1. Faktor ibu

a. Penyakit

Seperti malaria, anemia, sipilis, infeksi TORCH, dan lain-lain.

b. Komplikasi pada kehamilan

Komplikasi yang terjadi pada kehamilan ibu seperti perdarahan, antepartum, preeklamsi berat, eklamsia, dan kelahiran preterm.

c. Hubungan preeklamsi dengan BBLR

Preeklamsi dapat mengganggu pertumbuhan janin yaitu terjadi retro-placenter, sirkulasi sehingga menimbulkan kekurangan nutrisi O₂, vitamin dan yang lainnya. Akibatnya dapat menimbulkan tumbuh kembang terhambat, dan terjadi untuk masa kehamilan (Nurliawati, 2014)

d. Usia ibu dan paritas

Faktor usia ibu bukanlah factor utama kelahiran BBLR, tetapi kelahiran BBLR tampak meningkat pada wanita yang berusia diluar usia 20-35 tahun. (Triana, dkk, 2015)

e. Status gizi ibu selama hamil

Status gizi selama kehamilan adalah salah satu faktor penting dalam menentukan pertumbuhan janin. Status gizi ibu hamil akan berdampak pada berat badan lahir, angka kematian perinatal, keadaan kesehatan perinatal, dan pertumbuhan bayi setelah kelahiran. Situasi status gizi ibu hamil sering

digambarkan melalui prevalensi anemia dan Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil. Kurang Energi Kronis (KEK) adalah keadaan dimana seseorang mengalami kekurangan gizi (kalori dan protein) yang berlangsung lama atau menahun. Dengan ditandai berat badan kurang dari 40 kg atau tampak kurus dan dengan Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm Kekurangan energi kronis (KEK) yang mempunyai resiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) kurang dari 2500 gram. (Kemenkes RI, 2017).

Ibu dengan kondisi kurang gizi kronis pada masa kehamilan sering melahirkan bayi BBLR, fitalitas yang rendah dan kematian yang tinggi terlebih lagi ibu menderita anemia. Resiko BBLR pada ibu hamil di Indonesia batang ambang LILA dengan resiko KEK adalah 23,5 cm hal ini berarti ibu hamil dengan resiko KEK diperkirakan akan melahirkan bayi BBLR. Bila bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR) akan mempunyai resiko kematian, gizi kurang, gangguan pertumbuhan, dan gangguan perkembangan anak. Apabila LILA ibu sebelum hamil kurang dari angka tersebut, sebaiknya kehamilan ditunda sehingga tidak beresiko melahirkan BBLR. (Adriani, 2016)

f. Pertumbuhan berat tubuh ibu selama hamil

Pertambahan berat yang lebih besar menghasilkan bayi yang besar, tetapi jika makanan ini dihasilkan oleh makanan yang tidak bergizi, bayinya bisa kecil dan ibunya gemuk. (Adriani, 2016)

g. Kebiasaan ibu

Faktor kebiasaan ibu juga berpengaruh seperti ibu perokok, ibu pecandu alkohol dan ibu pengguna narkotika. (Juliana, 2017).

2. Faktor janin

a) Kehamilan ganda

Bayi-bayi kembar umumnya berberat lebih rendah dari bayi tunggal, berat badan janin pada kehamilan kembar tidak sama, dapat berbeda antara 500 sampai 1.000 gram, karena pembagian darah pada plasenta untuk kedua janin tidak sama. (Wiknjosastro, 2013).

b) Faktor kelainan kongenital

Infeksi ibu hamil seperti rubella, gangguan vaskuler khususnya kapiler endometrial dan dapat menimbulkan gangguan kongenital, gangguan sel berupa sitolis sehingga dapat menimbulkan gangguan fungsi sel. (Wiknjosastro, 2013)

3. Faktor plasenta

a. Bagaimana patofisiologis implantasinya

Plasenta yang tidak memadai dapat mengganggu pertumbuhan janin, dengan akibat bayi yang kecil.

b. Bagaimana bentuk plasentanya

1. Sirkumvalata

2. Terdapat hematoma plasenta

3. Lebar dan tebalnya

c. Inersio tali pusat

1. Sentaral-parasentral (normal)
2. Marginalis
3. Inserviovilamentosa. (Wiknjosastro, 2013)

2.1.4 Klasifikasi BBLR

Bayi berat lahir rendah (BBLR) ialah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram. Berkaitan dengan penanganan dan harapan hidupnya, bayi berat lahir rendah dibedakan dalam :

1. Bayi berat lahir rendah (BBLR), berat lahir 1500-2500 gram.
2. Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR), berat lahir <1500 gram.
3. Bayi berat lahir ekstrim rendah (BBLER), berat lahir <1000 gram (Saifuddin, 2013)

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bila berat badan bayinya kurang dari 2500 gram. Ciri bentuk bayi dengan berat badan lahir rendah dapat dibagi dua, yaitu:

1. *Small For Gestation Age (SGA)* atau kecil untuk masa kehamilan.

Bayi lahir dengan berat bada kurangdari seharusnya untuuk masa gestasi. Berarti bayi mengalami telat dari pertumbuhan intrauterin dan merupakan bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK).

2. Umur kehamilan kurang dari 37 minggu, sesuai masa kehamilan

Masa gestasi <37 minggu, BB sesuai untuk masa gestasi, atau biasa disebut neonatus kurang bulan sesuai untuk masa kehamilan (SMK)

Menurut Triana Ani, telah dibagi umur kehamilan menjadi tiga kelompok sebagai berikut :

- a. Preterm, yaitu kurang dari 37 minggu (259)
- b. Aterm, yaitu mulai dari 37 minggu sampai 42 minggu atau umur kehamilan antara 259-293 hari
- c. Postterm, lebih dari 42 minggu (294) hari. (Triana, Ani, dkk, 2015).

2.1.5 Gambaran klinis dan diagnosis bayi berat lahir rendah (BBLR)

1. Gambaran klinis

- 1) Berat lahir bernilai sekitar < 2.500 gram, panjang badan < 45 cm, lingkar dada <30 cm, lingkar kepala <33 cm.
- 2) Masa gestasi kurang dari 37 minggu.
- 3) Kulit tipis dan mengkilap dan lemak subkutan kurang.
- 4) Tulang rawan telinga yang sangat lunak
- 5) Lanugo banyak terutama di daerah punggung.
- 6) Putting susu belum terbentuk dengan baik.
- 7) Pembuluh darah kulit masih banyak terlihat.
- 8) Labio minora belum bisa menutup pada labio mayora pada bayi jenis kelamin perempuan, sedangkan pada bayi jenis kelamin laki-laki belum turunnya testis.
- 9) Pergerakan kurang, lemah serta tonus otot yang mengalami hipotonik.
- 10) Menangis dan lemah
- 11) Pernafasan kurang teratur
- 12) Sering terjadi serangan apnea

13) Refleksi tonik leher masih lemah

14) Refleksi menghisap serta menelan belum mencapai sempurna (Saputra, 2014)

Menurut Manuaba (2012), gambaran klinis Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah sebagai berikut :

- 1) Berat badan kurang dari 2500 gram.
- 2) Panjang badan kurang dari 45 cm. Lingkar dada kurang dari 30 cm.
- 3) Lingkar kepala kurang dari 33 cm.
- 4) Usia kehamilan kurang dari 37 minggu
- 5) Kepala relatif besar, kepala tidak mampu tegak
- 6) Kulit tipis, transparan,
- 7) rambut lanugo banyak, lemak kulit kurang, otot hipotenik lemah
- 8) Pernafasan tidak teratur dapat terjadi gagal nafas, pernafasan sekitar 40-50 kali per menit.
- 9) Frekuensi nadi 100-140 kali per menit.

2. Diagnosis Kemungkinan Kecil Masa Kehamilan (KMK) Janin

Untuk dapat menegakan diagnosis kemungkinan terjadinya KMK bayi diantaranya sebagai berikut :

1. Pengetahuan yang akurat tentang usia kehamilan (idealnya berdasarkan pemeriksaan USG pada trimester pertama usia kehamilan).
2. Pengukuran yang tepat pada saat kelahiran meliputi berat badan, Panjang badan dan lingkar kepala

3. Pengawasan nutrisi ASI

ASI merupakan makanan yang paling penting, sehingga ASI yang paling penting diberikan terlebih dahulu, bila faktor menghisapnya kurang maka ASI dapat diperas dan diminumkan dengan sendok perlahan-lahan atau dengan memasang sonde menuju lambung. Permulaan cairan diberikan sekitar 50 sampai 60 cc/kg/BB/hari, dan terus dinaikkan sampai mencapai sekitar 200 cc/kg/BB/hari kebutuhan cairan untuk bayi baru lahir 120-150 ml/kg/BB/hari. (Saifuddin, 2013).

Pertumbuhan juga harus ada cadangan kalori untuk mengejar ketinggalan beratnya, minuman utama dan pertama adalah air susu ibu (ASI) yang sudah tidak diragukan lagi keuntungan atau kelebihan. Disarankan bayi menyusui ASI ibunya sendiri, terutama untuk bayi prematur. ASI ibu memang cocok untuknya, karena didalamnya terkandung kalori dan protein tinggi serta elektrolit minimal. (Anik, 2011).

Reflek pada bayi BBLR meliputi :

- a. Refleks moro jika bayi disangga pada punggung depan posisi 45 derajat dalam keadaan rileks kepala dijatuhkan 10 derajat. Respon kaget pada bayi begitu mendengarkan suara tidak ada.
- b. Refleks rooting merupakan refleks bayi yang membuka mulut atau mencari puting saat akan menyusui. Tidak ada respon pada bayi BBLR untuk memalingkan muka bila pipi atau bibirnya disentuh.
- c. Refleks sucking dilihat pada waktu bayi menyusui. Respon menghisap yang lemah pada BBLR, muntah, batuk karena prematur

- d. Refleks grasping merupakan refleks menggenggam dengan kuat saat pemeriksaan meletakkan jari telunjuk pada palmar yang ditekan dengan kuat. Respon menggenggam ini berkurang pada bayi prematur karena ada kelainan syaraf di otak
- e. Refleks tonick neck yaitu bayi akan berusaha untuk mengembalikan kepala kepala ketika diputar ke sisi penguji saraf sensori. Respon putaran kepala tidak normal dikarenakan adanya kerusakan serebral mayor.
- f. Refleks walking yaitu bayi akan menunjukkan respon berupa Gerakan berjalan dan kaki akan bergantian fleksi ke ekstensi. Kaki akan bergerak ke atas dan ke bawah bila sedikit disentuhkan kepermukaan keras. (Anik, 2011)

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.

Kebutuhan cairan untuk bayi baru lahir 120-150 ml/hari atau 100-120 cal/kg/hari. Pemberian dilakukan secara bertahap sesuai kemampuan bayi untuk sesegera mungkin mencukupi kebutuhan cairan/kalori. (Saifuddin, 2013)

2.1.6 Standar Operasional Prosedur (SOP) BBLR

Tabel 2.1

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	TANGGAL TERBIT 2 JANUARI 2017
PENGERTIAN	Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram, tanpa memandang masa gestasi. 1. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 24 jam setelah lahir. 2. Pemeriksaan Fisik a. Berat lahir kurang dari 2500 gram 1. Untuk kurang bulan Tanda Prematuritas a. Tulang rawan telinga belum terbentuk sempurna b. Masih terdapat rambut lanugo c. Refleks-refleks masih lemah d. Alat kelamin pada perempuan (labia mayor belum menutupi labio minora), pada laki-laki belum terjadi penurunan testis dan kulit testis rata (rugae testis belum terbentuk) 2. Untuk BBLR kecil untuk masa Kehamilan Tambah janin tumbuh lambat a. Tidak dijumpai tanda prematuritas b. Kulit keriput c. Kuku lebih panjang
TUJUAN	1. Mengurangi kematian pada BBLR 2. Mencegah komplikasi atau efek lanjutan pada BBLR 3. Penanganan secara tepat pada BBLR
KEBIJAKAN	SK.NO.27.2/Kep/445/2013 tentang akses ke pelayanan dan kontinuitas

PROSEDUR

1. Medikamentosa
Pemberian vitamin KI : Injeksi 1 mg/IM sekali pemberian
2. Mempertahankan suhu ketat
 - a. Keringkan badan bayi segera setelah lahir
 - b. Kain yang basah secepatnya diganti dengan yang kering dan hangat.
 - c. Gunakan salah satu cara menghangatkan dan mempertahankan suhu tubuh bayi, seperti kontak kulit dengan kulit, KMC, *Infant warmer*, inkubator atau ruangan hangat (sesuai tabel 1 yang terlampir)

Tabel 1. Cara menghangatkan bayi

Cara	Petunjuk Penggunaan
Kontak Kulit	1. Untuk semua bayi 2. Untuk menghangatkan bayi dalam waktu singkat, atau menghangatkan bayi hipotermi (32-36,4°C) apabila cara lain tidak mungkin dilakukan
KMC	1. Untuk menstabilkan bayi dengan berat badan <2500 gram, terutama direkomendasikan untuk perawatan berkelanjutan bayi dengan berat badan <1800 gram 2. Tidak untuk bayi skit berat (sepsis, gangguan nafas berat) 3. Tidak untuk ibu yang mempunyai penyakit berat yang tidak dapat merawat bayinya.

Cara	Petunjuk Penggunaan
Infant warmer	1. Untuk bayi sakit atau bayi dengan berat 1500 gram atau lebih 2. Untuk pemeriksaan awal bayi, selama dilakukan tindakan, atau menghangatkan Kembali bayi hipotermi
Inkubator	Penghangatan berkelanjutan bayi dengan berat <1500g yang tidak dapat dilakukan KMC
Head Shield	Plastik yang digunakan untuk menyelimuti tubuh bayi prematur dengan berat <1000g,

	selama dilakukan Tindakan untuk mengurangi evaporasi
Head Coverings (topi)	Digunakan pada mayoritas bayi karena kepala bayi merupakan permukaan tubuh yang paling luas kehilangan panas
Ruangan Hangat	1. Untuk merawat bayi dengan berat >2500g yang tidak memerlukan Tindakan diagnostik atau prosedur pengobatan 2. Tidak untuk bayi sakit berat (sepsis, gangguan napas berat)

3. Jangan memandikan atau menyentuh bayi dengan tangan dingin
4. Ukur suhu tubuh sesuai jadwal pada tabel 2

Tabel 2. Pengukuran Suhu Tubuh

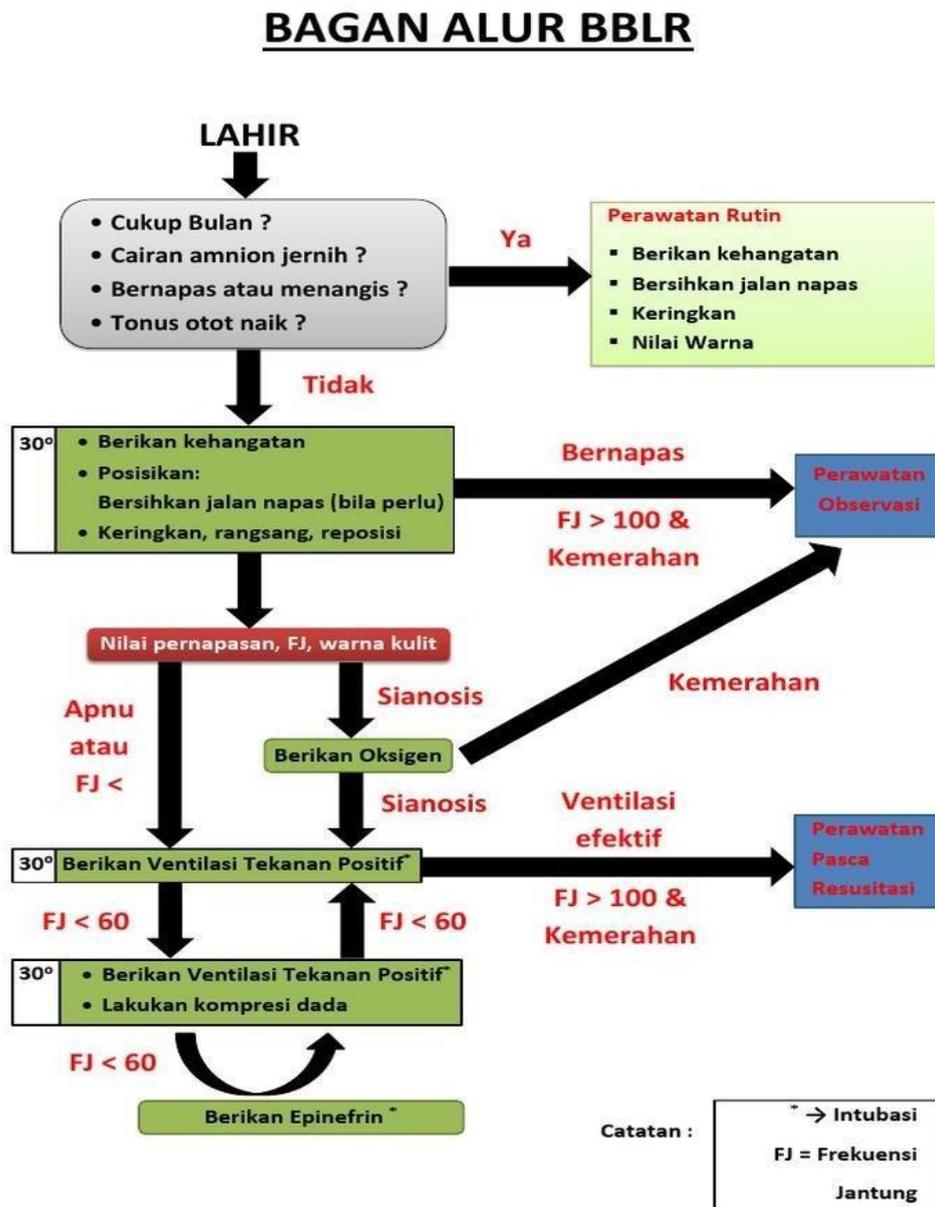
Keadaan Bayi	Bayi sakit	Bayi kecil	Bayi sangat kecil	Bayi keadaan baik
Frekuensi pengukuran	Tiap 2 jam	Tiap 12 jam	Tiap 6 jam	Sekali sehari

5. Jaga potensi jalan napas
6. Bebaskan jalan napas dengan menjaga kebersihan jalan nafas
7. Beri oksigen dengan nasal/binasal kanul 0,5-1 liter/menit
8. Nilai segera kondisi bayi tentang tanda vital bayi seperti pernafasan, denyut jantung, warna kulit dan aktifitas, serta saturasi oksigen
9. Mencegah infeksi dengan ketat
10. Prinsip pencegahan infeksi nosocomial dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi
11. Pemberian Antibiotika
12. Pengawasan nutrisi / ASI (lihat PROTAP PEMBERIAN NUTRISI PADA BBLR)
 - a. Bayi sehat
 - 1) Refleks hisap dan telan baik, biarkan menyusu ke ibunya setiap 2 jam karena mudah letih dan malas minum pantau pemberian minum

	<p>2) Refleks hisap dan telan kurang, tambahkan ASI dengan pipet atau sonde</p> <p>b. Bayi sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bayi dengan gangguan nafas, kejang dan gangguan minum pasang IV line : Hanya berikan cairan IV (D10%) selama 24 jam 2) Mulai berikan minum peroral pada hari ke 2 atau segera setelah bayi stabil. Anjurkan pemberian ASI apabila ibu ada dan bayi menunjukkan tanda-tanda siap menyusu 3) Apabila masih sakit (gangguan nafas, kejang) berikan ASI peras melalui pipa lambung 4) Berikan 8 kali dalam 24 jam, bila masih tampak lapar berikan tambahan ASI 5) Biarkan bayi menyusu tanpa batuk atau tersedak <p>13. Pantau perkembangan kondisi bayi dan tanda-tanda bahaya selama menyusu seperti malas menghisap/tidak dapat menelan langsung/sesak/biru/hipotermia berat hentikan pemberian minum, oksigenisasi, motivasi keluarga</p> <p>14. Pemantauan</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Kenaikan berat badan dan pemberian minum setelah 7 hari (dengan kenaikan berat badan 20-30 gram/hari) b) Tanda kecukupan pemberian ASI <ol style="list-style-type: none"> 1. Kencing minimal 6 kali dalam 24 jam 2. Bayi tidur terlelap 3. Peningkatan BB setelah 7 hari pertama sebanyak 20 gram setiap hari <p>15. Periksa pengeluaran ASI</p> <p>16. Beri dukungan emosional kepada ibu dan anggota keluarga lainnya.</p> <p>17. Anjurkan ibu untuk tetap bersama bayi. Bila tidak memungkinkan, biarkan ia berkunjung setiap jam kunjung atau jam waktu menyusui</p>
--	---

2.1.6 Tatalaksana Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Gambar 2.2 Bagan Alur BBLR

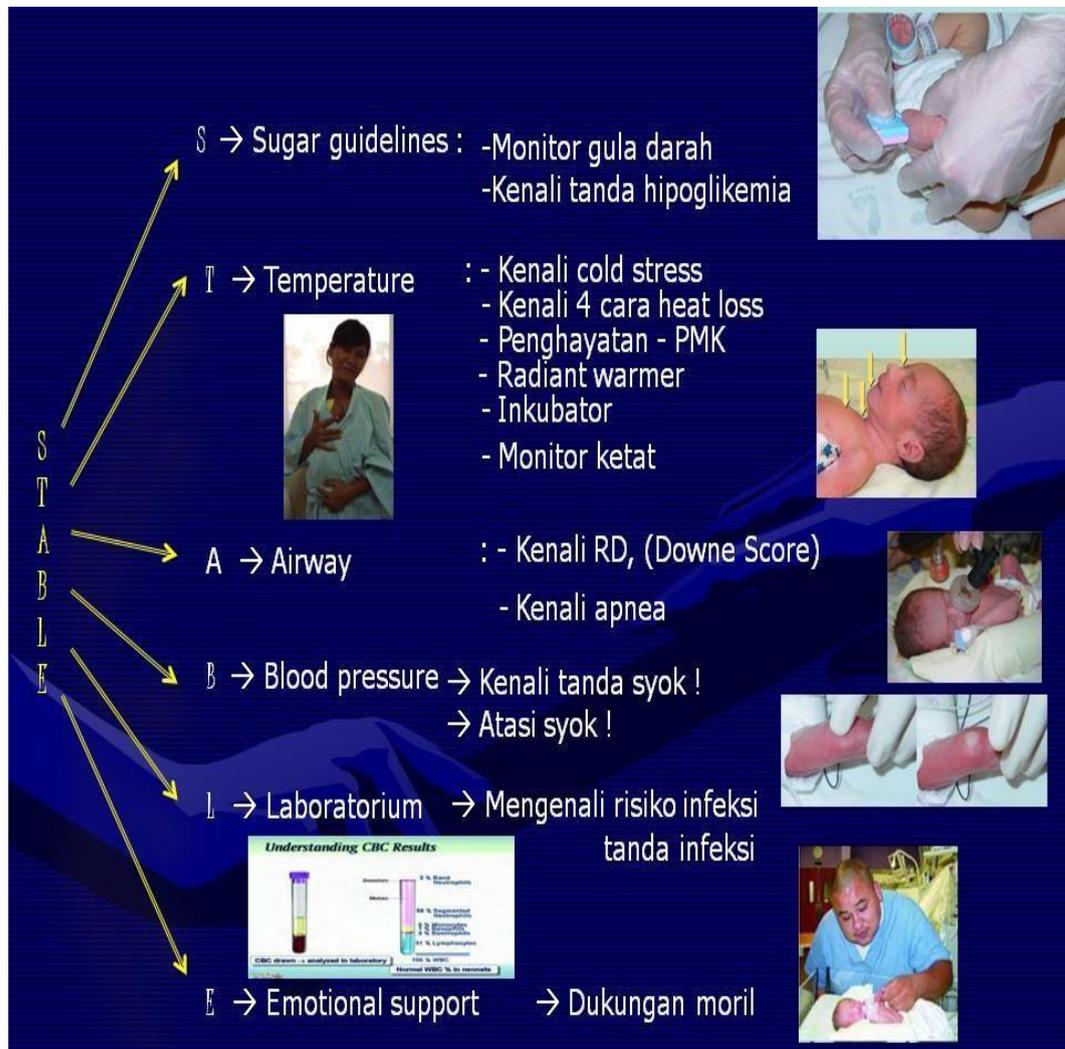


Sumber : Berdasarkan Buku Panduan Manajemen BBLR untuk Bidan Desa,

(2013)

2.1.7 Gambar Penanganan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

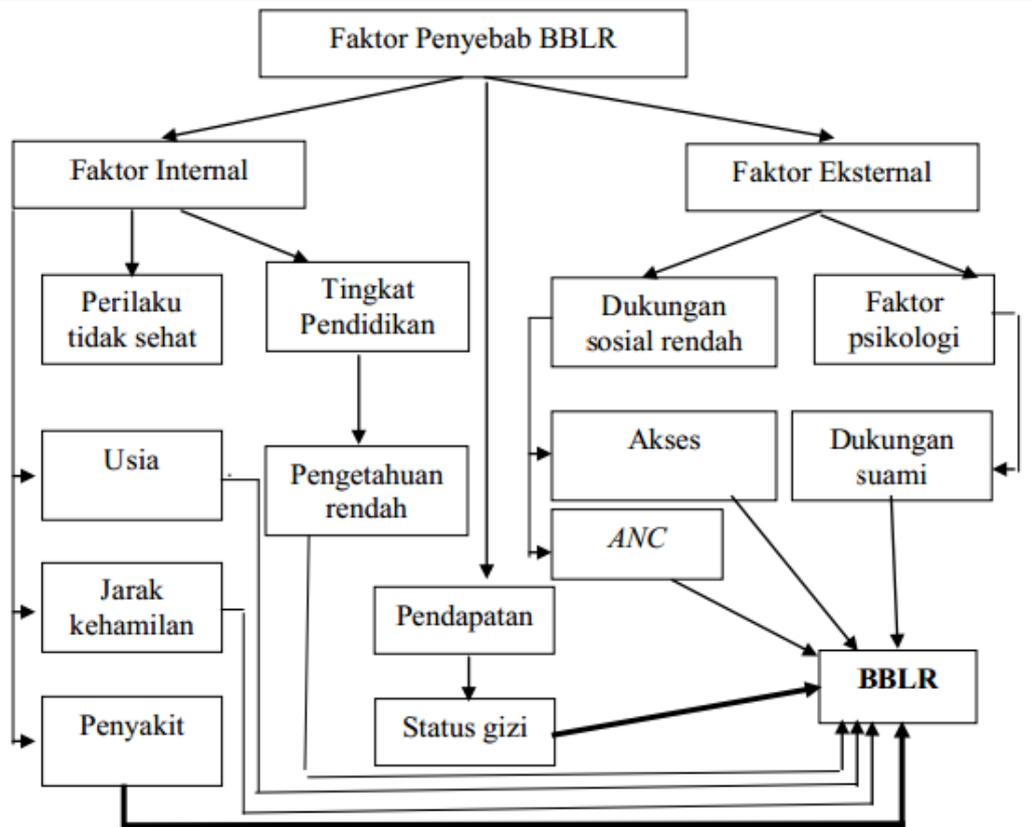
Gambar 2.3 Penanganan BBLR



Sumber : IDAI Jabar (2011)

2.1.8 Skema BBLR

2.4 Gambar Skema BBLR



Sumber : Rini dan Kumala,(2016)

2.2 Asuhan Pada Bayi Berat Lahir Rendah

2.2.1 Penilaian Bayi Untuk Tanda-Tanda Kegawatan

1. Bayi Baru Lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda berikut :
 - a. Sesak nafas
 - b. Frekuensi pernafasan 60x/menit
 - c. Gerakan retraksi dada
 - d. Malas minum
 - e. Panas/suhu badan bayi rendah
 - f. Kurang aktif
 - g. BBLR (Wiknjosastro,2013)
2. Tanda-tanda bahaya pada BBLR
 - a. Pernafasan sulit atau cepat (lebih dari 60 kali/menit)
 - b. Terlalu panas (lebih dari suhu 38C) atau terlalu dingin (kurang dari 36,5C)
 - c. Warna kulit kuning, biru, pucat
 - d. Banyak muntah
 - e. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah.
 - f. Suhu meningkat, merah bengkak, pernafasan suhu.
 - g. Tidak berkemih 24 jam.
 - h. Tinja tidak lembek, sering hijau, berdarah pada tinja.
 - i. Mengigil, tangis tidak biasa, tidak bisa tenang, menangis terus menerus (Wiknjosastro,2013).

3. BBLR akan dinyatakan sakit berat apabila ditemukan tanda-tanda sebagai berikut:

- a. Sulit minum
- b. Sianosis sentral
- c. Perut kembung
- d. Periode apneu
- e. Kejang atau periode kejang-kejang kecil
- f. Perdarahan
- g. Sangat kuning
- h. BBL < 1500 gram (Wiknjosastro, 2013)

2.2.2 Penanganan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di RSUD dr. Slamet

Garut

Tatalaksana BBLR sehat :

1. Bersihkan lendir bila perlu
2. Keringkan dengan kain yang kering dan hangat
3. Lakukan IMD
4. Berikan Vit K1 1mg IM.
5. Berikan salep atau tetes mata antibiotik
6. Lakukan perawatan tali pusat. Perawatan tali pusat selanjutnya jika tali pusat Nampak sangat kotor bersihkan dengan kasa yang berisi alkohol 70% dari pangkal ke ujung. Jika Nampak tidak kotor hanya balut atau bungkus dengan kassa steril yang kering.
7. Pertahankan suhu tubuh normal bayi

8. Segera berikan ASI
9. Berikan vaksinasi hepatitis B bila berat lebih dari 2000 gram setelah 1 jam pemberian Vit K1.

Perawatan BBLR sehat

1. Bila bayi sehat reflek isap dan menelan bagus beri ASI secara on demand.
Volume ASI 60 ml/kg/BB/kali dengan enternal pemberian 1-3 jam.
2. Pertahankan suhu tubuh bayi dengan cara PMK atau perawatan dalam incubator
3. Ukuran vital sign
4. Jangan memandikan bayi atau menyentuh bayi dengan tangan dingin
5. Timbang BB setiap hari dan ukur Panjang badan dan lingkaran kepala setiap satu minggu.

2.2.3 Kriteria bayi keluar/pulang dari RSUD dr. Slamet Garut

1. Secara klinis tanda vital stabil : kesadaran, tensi, nadi, respirasi, temperature dalam batas normal
2. Penyakit dasar sudah teratasi
3. Bayi minum ASI on demand
4. Berat badan bayi naik
5. Ibu siap dan bisa merawat bayi
6. Ada dukungan penuh dari keluarga

2.2.4 Perawatan Metode Kangguru

Perawatan metode kangguru (Kangaroo Mother Care) atau disebut juga kontak kulit dengan kulit (Skin to Skin Contact) merupakan metode asuhan

Khusus bagi bayi berat lahir rendah atau bayi prematur (< 2500 gram) atau kurang bulan (< 37 minggu) dengan melakukan kontak langsung antara kulit ibu dan kulit bayi. Perawatan Metode Kanguru (PMK) merupakan alternatif pengganti inkubator dalam perawatan BBLR, dengan beberapa kelebihan antara lain: merupakan cara yang efektif untuk memenuhi kebutuhan bayi yang paling mendasar yaitu adanya kontak kulit bayi ke kulit ibu, dimana tubuh ibu akan menjadi termoregulator bagi bayinya, sehingga bayi mendapatkan kehangatan (menghindari bayi dari hipotermia), PMK memudahkan pemberian ASI, perlindungan dari infeksi, stimulasi, keselamatan dan kasih sayang. PMK dapat menurunkan kejadian infeksi, penyakit berat, masalah menyusui dan ketidakpuasan ibu serta meningkatnya hubungan antara ibu dan bayi serta meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bayi.

Lingkungan termoral adalah lingkungan agar suhu bayi dapat mempertahankan optimal ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$) dengan mengeluarkan energi/kalori yang minimal, terutama bagi BBLR yang persediaan atau sumber kalorinya sangat terbatas. Pengaliran panas melalui konduksi adalah identik kontak kulit ibu bayi setiap dalam inkubator konduksi panas dari badan inkubator ke kulit bayi. Pengaliran panas melalui radiasi udara hangat di dalam inkubator seperti udara hangat dalam antara selimut/baju kangguru dan bayi. Proses antara panas tersebut berlangsung terus menerus selama dibutuhkan oleh BBLR baik dalam inkubator maupun dalam perawatan metode kangguru, oleh karena itu perawatan metode kangguru hanya dikerjakan selama dibutuhkan oleh neonatus sampai bayi biasa mandiri tanpa harus dirawat dalam inkubator, yaitu sekitar BB mencapai 2500

gram. Sehingga perawatan metode kangguru harus terus menerus dilakukan bergantian oleh keluarga dirumah. (Triana, Ani, dkk, 2015).

PMK idealnya dilakukan bertahap dan minimal 60 menit, kemudian ditingkatkan sampai terus menerus, siang dan malam, disela hanya mengganti popok. Ibu dapat tetap melakukan pekerjaan sehari-hari seperti berdiri, duduk, memasak, jalan-jalan, bahkan bekerja. Waktu tidur pun ibu dapat berbaring atau setengah duduk sambil tetap mempertahankan posisi kangguru. Ketika ibu berhalangan, PMK dapat diteruskan oleh anggota keluarga lain seperti ayah dan nenek. (Depkes RI, 2015)

2.2.5 Perawatan Metode Nesting

Nesting adalah penggunaan alat berbentuk seperti kondisi dalam rahim ibu yang terbuat dari bahan *phlanyl* yang memiliki panjang sekitar 121-132 cm dan dapat disesuaikan dengan panjang tubuh bayi. Alat ini diletakkan sebagai pelindung posisi bayi, menjaga perubahan posisi bayi yang diakibatkan karena gravitasi. *Nesting* merupakan salah satu intervensi keperawatan dalam memberikan posisi yang tepat pada neonatus. *Nesting* dapat memfasilitasi perkembangan bayi prematur berupa kondisi fisiologis dan neurologis (Goldsmith & Karotkin,2012).

Nesting merupakan penyanggah pada posisi tidur bayi sehingga tetap dalam posisi fleksi, hal ini dimaksudkan agar tidak terjadi perubahan posisi yang drastis pada bayi yang dapat mengakibatkan hilangnya banyak energi dari tubuh neonatus. *Nesting* merupakan salah satu tindakan keperawatan yang menerapkan prinsip konsep konsevasi energi yang dikemukakan oleh levine. Levine menyatakan bahwa manusia akan senantiasa melakukan adaptasi terhadap perubahan yang terjadi pada

lingkungan sekitarnya. Kemampuan manusia dalam melakukan adaptasi secara integritas struktur, integritas personal, integritas sosial dan energi akan menghasilkan konsepsi (Tomey & Alligood, 2012). Mengingat konservasi energi ini penting pada bayi prematur, maka konsep ini perlu di aplikasikan di ruang Perinatologi (Bayuningsih, 2011)

2.2.6 Prognosis

Bayi baru lahir dengan BBLR mempunyai resiko kematian yang tinggi. BBLR juga sangat rentan terhadap hipotermi, hipoglikemi, dan infeksi.

2.2.7 Upaya pencegahan

Pada kasus bayi berat lahir rendah (BBLR) pencegahan / preventif adalah langkah-langkah yang penting. Hal-hal yang dapat dilakukan :

1. Meningkatkan pemeriksaan kehamilan secara berkala minimal 4 kali selama kurun kehamilan dan dimulai sejak umur kehamilan muda. Ibu hamil yang diduga beresiko, terutama factor resiko yang mengarah melahirkan bayi BBLR harus cepat dilaporkan, dipantau dan dilaporkan pada institusi pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.
2. Penyuluhan Kesehatan tentang pertumbuhan dan perkembangan janin dalam Rahim, tanda-tanda bahaya selama kehamilan agar mereka dapat menjaga kesehatannya dan janin yang dikandung dengan baik.
3. Hendaknya ibu dapat melaksanakan persalinnya pada kurun umur reproduksi sehat (20-30).
4. Perlu dukungan sektor lain yang terkait untuk turut berperan dalam meningkatkan Pendidikan ibu dan status ekonomi keluarga agar mereka dapat

meningkatkan akses terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal dan status gizi ibu selama hamil. (Juliana, 2017).

2.3 Penelitian Tentang Bayi Berat Lahir Rendah

2.3.1 Faktor Maternal Yang Berhubungan Dengan Bayi Berat Lahir Rendah

Penelitian menurut Daryanti (2015) bahwa faktor-faktor resiko yang mempengaruhi kejadian BBLR, antara lain adalah karakteristik sosial demografi ibu (umur kurang dari 20 tahun dan umur lebih dari 35 tahun, ras kulit hitam, status social ekonomi yang kurang, sttus perkawinan yang tidak sah, tingkat Pendidikan yang rendah). Resiko medis ibu sebelum hamil juga berperan terhadap kejadian BBLR (paritas, berat badan dan tinggi badan, pernah melahirkan BBLR, jarak kelahiran) status kesehatan reproduksi ibu resiko terhadap BBLR (status gizi ibu, infeksi dan penyakit selama kehamilan, Riwayat kehamilan dan komplikasi kehamilan).

2.3.2 Hubungan Preeklampsi Berat Dengan Bayi Berat Lahir Rendah

Penelitian menurut Nurliawati (2014) bahwa masih tingginya angka kematian bayi di Indonesia. Salah satunya penyebab kematian langsung adalah asfiksia, komplikasi pada bayi, infeksi dan bayi berat lahir rendah (BBLR). BBLR dapat disebabkan oleh preeklampsi, tekanan darah yang meningkat menyebabkan perfusi uteroplasenta mengalami penurunan. Hal tersebut dapat menyebabkan sirkulasi darah ke janin akan kekurangan oksigen dan nutrisi. Dan dapat juga menyebabkan pertumbuhan janin terhambat dimana salah satu manisfasinya adalah BBLR.

2.3.3 Pengaruh Perawatan Metode Kangguru Terhadap Perubahan Berat Badan Lahir Rendah

Penelitian menurut Silvia (2015) sebelum mengenal PMK, inkubator merupakan salah satu cara untuk mengatasi bayi dengan BBLR atau prematur, tetapi penggunaan inkubator dinilai menghambat kontak dini ibu dan bayi dan pemberian air susu ibu (ASI). Mengingat terbatasnya fasilitas inkubator pada pelayanan kesehatan, maka PMK dapat digunakan dalam merawat BBLR. Metode ini dilakukan pertama kali tahun 1979 di Kolombia oleh Martinez, yang melakukan terhadap bayi dengan berat kurang 1500gram dan hasilnya memuaskan.

Perawatan metode kangguru adalah perawatan untuk bayi prematur kontak langsung antara kulit ibu dan kulit bayi (skin to skin contact). Metode ini sebagai salah satu alternative bagi perawatan bayi prematur atau BBLR yang telah melewati masa kritis, tetapi masih memerlukan perawatan seperti pemberian makan untuk pertumbuhannya. Bahwa PMK yang dilaksanakan setelah bayi stabil secara signifikan menurunkan angka kematian bayi.

Manfaat PMK dapat mencegah teradinya hipotermi karena tubuh ibu dapat memberikan kehangatan kepada bayinya secara terus menerus dengan cara kontak antara kulit ibu dengan kulit bayi. Selain itu manfaat PMK, dapat meningkatkan ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi, memudahkan bayi dalam memenuhi nutrisi, mencegah infeksi dan memperoleh masa rawat inap sehingga dapat mengurangi biaya perawatan.

Teknik PMK adalah bayi berat lahir rendah atau kurang bulan yang stabil diletakan di dada ibu, dengan hanya memakai popok, topi, dan kaos kaki. Posisi

bayi sejajar dengan dada ibu, di dalam baju ibu dan sangga oleh kain yang melingkari ibu dan bayi. Untuk PMK dalam waktu lama, bayi tetap dalam posisi ini kecuali saat dimandikan, diganti popok atau jika ibu akan ke kamar mandi. Selama waktu ini, ayah dan anggota keluarga yang lain bisa membantu dengan cara menjaga bayi tetap hangat dan menggantikan ibu melakukan kontak kulit ke kulit. Keuntungan menggunakan metode kangguru antara lain meningkatnya hubungan ibu-bayi, stabilisasi suhu tubuh bayi, stabilisasi laju denyut jantung dan pernafasan, pertumbuhan dan peningkatan berat badan yang lebih baik, mengurangi stress baik pada ibu maupun bayi, tidurbayi lebih lama, memperpanjang masa “kewaspadaan” (*alert*) bayi, mengurangi lama menangis, memperbaiki keadaan emosi ibu dan bayi, meningkatkan produksi ASI, menurunkan kejadian infeksi, dan mempersingkat masa rawat di rumah sakit. Metode kangguru mampu memenuhi kebutuhan asasi bayi berat lahir rendah dengan menyediakan situasi dan kondisi yang mirip dengan Rahim sehingga memberi peluang bagi BBLR untuk beradaptasi dengan baik di dunia luar.

Diperlukan upaya yang lebih strategis untuk mempopulerkan metode yang sangat bermanfaat ini.

2.3.4 Metode Nesting

Penelitian Menurut Bayuningsih (2011), Nesting merupakan penyanggah pada posisi tidur pada bayi sehingga tetap dalam posisi fleksi, hal ini dimaksudkan agar tidak terjadi perubahan posisi yang drastis pada bayi yang dapat mengakibatkan hilangnya banyak energi dari tubuh neonatus. Nesting merupakan salah satu Tindakan keperawatan yang menerapkan prinsip konsep konservasi

energy yang dikemukakan oleh Levine. Levine menyatakan bahwa manusia akan senantiasa melakukan adaptasi terhadap perubahan yang terjadi pada lingkungan sekitarnya. Kemampuan manusia melakukan adaptasi baik secara integritas struktur, integritas personal, integritas sosial, dan energy akan menghasilkan konservasi (Tomey & Alligood, 2012). Mengingat konservasi energy ini penting pada bayi prematur, maka konsep ini perlu diaplikasikan di ruang perinatologi (Bayuningsih, 2011).

2.3.5 Nutrisi Bagi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) untuk Mengoptimalkan Tumbuh Kembang

Penelitian menurut Septira (2016) bayi BBLR yang diberi susu formula BBLR akan mengalami kenaikan berat badan dengan rata-rata 171,8 gr/minggu pada satu bulan pertama. Bayi BBLR yang berumur 1-2 bulan mengalami kenaikan berat badan dengan rata-rata 242,4 gr/minggu. Namun pemberian susu formula BBLR terlalu dini pada bayi BBLR dapat meningkatkan kesakitan (mordibitas). Selain ASI dan susu formula BBLR, bila dibutuhkan nutrisi parenteral juga dapat diberikan untuk mengoptimalkan tumbuh kembang bayi. Dikarenakan imaturitas dari tractus gastrointestinal, maka administrasi nutrisi tambahan harus bergantung pada *rute parenteral, trophic feeding* (pemberian nutrisi enteral minimal) juga harus diberikan untuk mengembangkan maturitas tractus intestinal.

Ketika maturitas telah sampai pada poin, dapat dilakukannya asupan enteral secara menyeluruh, nutrisi parenteral dihentikan. Salah satu strategi untuk memenuhi kebutuhan energi adalah mulai memberikan cairan infus glukosa pada saat lahir dengan kecepatan 4 mg/kg/menit dan kecepatan ditingkatkan perhari atau

lebih sering selama glikemia masih terjaga. Asupan dini tinggi protein adalah landasan utama untuk pendekatan nutrisi yang baik. Memberikan lebih dari 2 gr/kg/hari asam amino (AA) sejak hari pertama kelahiran, mencegah katabolisme protein dan keseimbangan negative nitrogen, menginduksi keseimbangan positif nitrogen, mendorong pertumbuhan protein, peningkatan berat badan, dan pertumbuhan.

Hal itu juga meningkatkan sekresi insulin endogen dan gluconeogenesis yang meningkatkan toleransi glukosa dan mencegah terjadinya hiperglikemia. Asupan asam amino harus ditingkatkan sampai 3,5-4 g/kg/hari di akhir minggu pertama. Asupan ini dapat mendukung penambahan berat badan dan pertumbuhan, serta meningkatkan *neurodevelopmental*. Karena sintesis protein adalah proses yang membutuhkan energi, maka asupan dini asam amino tinggi harus dibarengi dengan *emulsi lipid intravena*.

Formula prematur merupakan formula medis khusus dengan energi berkisar 80 kkal/100 ml, protein 2,0-2,4 g/100 ml diperkaya mineral, vitamin, dan *trace lements* untuk mendukung kecukupan nutrisi bayi prematur agar dapat mencapai laju pertumbuhan intrauterin. Formula ini umumnya digunakan untuk bayi berat lahir rendah sebelum dipulangkan dari rumah sakit. Formula prematur diberikan bila ASI yang difortifikasi HMF tidak cukup untuk mencapai kejar tumbuh (berat badan ideal) atau indikator antropometri (berat, panjang, dan lingkar kepala). (Sjarif DR, dkk, 2015).

2.3.6 Hubungan Kurang Energi Kronis (KEK) Dengan Bayi Berat Lahir Rendah

Penelitian menurut Kristiyanasari (2014) KEK menyebabkan terganggunya Kesehatan ibu ataupun janin yang dikandungnya. Ibu hamil KEK akan mengalami keluhan seperti kelelahan terus-menerus, merasa kesemutan, muka pucat. Sementara, janin yang tidak tumbuh maksimal akan menyebabkan bayi yang dilahirkan mengalami berat badan lahir rendah, perkembangan organ janin akan terganggu, kejadian tersebut akan mempengaruhi pada kemampuan belajar, kemampuan kognitif, anak cenderung berisiko mengalami kecacatan, serta dapat berisiko bayi yang dilahirkan mati, hal yang bisa terjadi pada janin yang dikandung oleh ibu yang KEK diantaranya keguguran (Kristiyanasari, 2014)

2.4 Peran Bidan Menurut UU RI NO 4 TAHUN 2019

Bunyi dari pasal 46 ayat (1) Dalam Menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi :

- a) Pelayanan Kesehatan ibu;
- b) Pelayanan Kesehatan anak;
- c) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;
- d) Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, dan/atau
- e) Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

Bunyi dan pasal 50 Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan Kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf b, Bidan berwenang;

- a) Memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah;
- b) Memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat;
- c) Melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan
- d) Memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.

Dan bunyi pasal 59

- (1) Dalam keadaan gawat darurat untuk pemberian pertolongan pertama, Bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sesuai dengan kompetensinya.
- (2) Pertolongan pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menyelamatkan nyawa klien.
- (3) Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keadaan yang mengancam nyawa klien.
- (4) Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bidan sesuai dengan hasil evaluasi berdasarkan keilmuannya.
- (5) Penanganan keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat 141 dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2.5 Pendokumentasian

2.5.1 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan dalam Bentuk SOAP

Menurut Helen Varney, alur berpikir bidan saat menghadapi klien meliputi 7 langkah, agar diketahui orang lain apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berpikir sistematis, maka didokumentasikan dalam bentuk SOAP, yaitu :

S : Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa sebagai Langkah 1 varney

O : Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik, hasil lab, dan test diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai Langkah 1 varney

A : Analisis

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dari data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi :

1. Diagnosa masalah
2. Antisipasi diagnose masalah potensial
3. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/kolaborasi, atau rujukan sebagai langkah 2,3, dan 4 varney

P : Penatalaksanaan

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan, Tindakan implementasi 1 dan evaluasi berdasarkan Assesmen sebagai langkah 5,6 dan 7 varney

BAB III
TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Pada Bayi

Tanggal Pengkajian : 20 April 2024

Tempat Pengkajian : R. Perinatologi

Waktu Pengkajian : 13.10 WIB

Pengkaji : Euis Tjajah
DATA SUBJEKTIF

1. Identitas Bayi dan Orang Tua

1) Identitas Bayi

No peneng : 1326

Nama : By. A

Tanggal Lahir : 18-03-2022

Jenis Kelamin : Laki-laki

2) Identitas Orang tua

Nama Ibu : Ny. A

Nama Ayah : Tn. B

Umur : 38 Tahun

Umur : 51 Tahun

Suku : Sunda

Suku : Sunda

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Buruh

Alamat : Kp. Cimunding 01/08, Sukamaju, Cilawu

2. Alasan Datang

Bayi dirujuk dari puskesmas setempat atas indikasi BBLR. Bayi datang dengan keadaan aktivitas lemah, nangis jarang, males nete sejak menyusui hari yang lalu.

3. Riwayat Ibu

a) Faktor Genetik

1. Riwayat Kesehatan ibu

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit menahun maupun menular, dan ibu tidak sedang dalam pengobatan apapun.

b) Faktor Sosial

Ibu dan keluarga merasa senang dengan kelahiran bayinya

c) Faktor Ibu dan Perinatal

1). Riwayat Kehamilan

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang ketiga dan belum pernah keguguran. HPHT 18 Agustus 2021. Kenaikan berat badan ibu selama hamil yaitu 8 kg dengan BB awal 41 kg dan BB akhir 49 kg TB 150 cm IMT ibu 18,2 dan LILA 23,3 cm. Ibu mengatakan frekuensi makan saat hamil 1-2 kali perhari dengan porsi kecil dengan lauk pauk hanya tahu, tempe dan telur, ibu merasa bau terhadap daging dan ikan. Dan ibu merasa tidak nafsu makan. Selama kehamilan ibu jarang memeriksakan kehamilannya di bidan sebanyak 2 kali. Pemeriksaan terakhir di bidan ibu mengalami kenaikan tekanan darah berkisar antara 150/100 sampai dengan 160/110 mmHg, ibu mengalami bengkak pada

kaki. Pada saat pertama kali tekanan darah ibu tinggi, ibu tidak khawatir dan tidak dirawat.

2), Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang Lalu

Ini merupakan anak ketiga ibu, anak pertama lahir di paraji secara spontan pada tahun 2000 jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 2500 gram. Anak kedua lahir di paraji secara spontan pada tahun 2003 jenis kelamin perempuan dengan berat badan 2500 gram.

3). Riwayat Persalinan

Ibu mengatakan usia kehamilannya 30-31 minggu datang ke paraji dengan keluhan mulesnya sudah tidak kuat seperti ingin mengedan. Bayi lahir spontan di paraji pada tanggal 18-03-2022 jenis persalinan spontan pervaginam, keadaan air ketuban selama persalinan jernih. Dilakukan rujukan oleh paraji ke puskesmas, setelah dilakukan rujukan kemudian bidan melakukan pemeriksaan antropometri dan didapatkan hasil pemeriksaan antropometri BB : 1,365 gram , PB : 37cm , LD : 24cm , LK : 27 cm

d) Faktor Neonatal

Kelainan Kongenital	: Tidak ada
Trauma Persalinan	: Tidak ada
Nutrisi	: PASI khusus BBLR sebayak 30c/2jam
Eliminasi	: BAB terakhir pukul 13.10 WIB BAK terakhir pukul 10.45 WIB
Rawat Gabung	: Tidak dilakukan

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Usaha Nafas : Baik
- c. Tonus Otot : Baik
- d. Warna Kulit : Kemerahan

e. Tanda-tanda vital

Suhu : 37°C

Respirasi : 45x/menit

Denyut Jantung :

148x/menit

f. Antropometri

BB : 1,502 gram

PB : 40 cm

Lingkar Kepala : 30 cm

Lingkar Dada : 30cm

LILA : 6 cm

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tidak terdapat caput succedaneum, tidak ada penonjolan atau cekungan, tidak ada molase

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera an ikterik

Hidung : Bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung

Telinga : Simetris, tidak ada pengeluaran cairan, lipatan di daun telinga belum terlalu terbentuk, bentuk daun telinga simetris dan tipis

Mulut : Bibir merah muda, tidak ada labiopalatokizis, reflek rooting (+), sucking (+) , swallowing (+)

Leher : Tidak ada pembesaran pada kelenjar limfe dan throid

Dada : Simetris, puting susu sejajar, tidak ada retraksi dinding dada

Abdomen : Tidak nampak perdarahan tali pusat

Ekstremitas atas : Simetris, jumlah jari lengkap, gerakan aktif,refleks morro (+)

Ekstremitas bawah : Simetris, jumlah jari lengkap, Gerakan aktif

Genetalia : Testis berada di scrotum, penis berlubang

Anus : Terdapat lubang anus

Punggung : Tidak ada cekungan atau tonjolan, tidak ada spina bifida

Kulit : Kemerahan, tipis, kering, tidak ada tanda lahir.

3. Pemeriksaan Penunjang :

Tanggal : 05-03-2022

HB : 13,8 g/dl

Bilirubin total : 9,74 mg%

C. ANALISA

Bayi Kurang Bulan Sesuai Masa Kehamilan usia 1 bulan dengan Berat Badan Lahir Rendah

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan, bahwa bayi dalam keadaan stabil tetapi berat badan rendah yaitu 1,502 gram dan tetap harus dilakukan pemantauan
Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti
2. Mengobservasi BAB dan BAK
Evaluasi : BAK 3-4x, BAB 2x per hari/ dalam 6 jam
3. Memberi PASI khusus BBLR sebanyak 30cc / 2 jam dan
ASI Evaluasi : pasi habis sebanyak 30 cc per sonde
4. Konseling kepada ibu dan keluarga tentang *Kangaroo Mother Care* (KMC) bisa dipraktikan jika bayi sudah pulang ke rumah
Evaluasi : Ibu mengerti
5. Menjaga kehangatan bayi
Evaluasi : Bayi di dalam inkubator dengan suhu 38°C

6. Memberikan penkes pada keluarga tentang perawatan bayi dengan BBLR di rumah

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti

7. Konseling Tanda-tanda bahaya pada bayi

Evaluasi : Ibu mengerti

8. Konseling pemenuhan nutrisi dengan memberikan ASI

eksklusif Evaluasi : Ibu mengerti

Matriks Tinjauan Teori dan Kasus

No	Kasus	Pengertian	Penyebab	Tanda/ gejala	Planning/intervensi		Evidence based
					Teori	Praktek	
1.	Bayi Berat Lahir Rendah	Bayi baru lahir yang berat badannya kurang dari 2500 gram	Faktor ibu : Riwayat Preeklamp sia berat dan KEK, tekanan darah yang	a. Berat badan kurang dari 2500 gram b. Pernafasan sulit atau cepat c. Terlalu panas (lebih dari 38)	Mencegah infeksi Pengaturan suhu lingkungan, bayi diletakan di	Mencegah infeksi dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi.	Pemantauan suhu lingkungan, bayi diletakan di inkubator atau melakukan Metode Kangguru.

		<p>tanpa memandangi masa gestasi (Juliana,2017)</p>	<p>meningkat menyebabkan perfusi uteroplasenta mengalami penurunan, sirkulasi darah ke janin akan kekurangan oksigen, nutrisi, dan pertumbuhan</p>	<p>d. Warna kulit kuning, biru, pucat</p> <p>e. Banyak muntah</p> <p>f. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah</p> <p>g. Suhu meningkat, merah bengkak, berdarah pada tinja. Menggigil, tangis tidak biasa, tidak bisa tenang,</p>	<p>inkubator atau dilakukan metode kangguru</p> <p>Pemberian makanan, bayi diberikan ASI sesering mungkin.</p> <p>Pemantauan kenaikan</p>	<p>Menempatkan bayi di dalam inkubator</p> <p>Melakukan pemantauan tanda-tanda vital</p> <p>Memberikan PASI kepada bayi</p> <p>Dianjurkan kepada ibu untuk</p>	<p>Pemberian makanan, bayi diberikan ASI sesering mungkin</p>
--	--	---	--	---	---	--	---

			an janin terhambat	menangis terus menerus. (Wiknjosastro, 2013)	berat badan bayi.	melakukan metode kangguru Mengajarkan kepada ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin minimal 2 jam sekali	
--	--	--	--------------------	---	-------------------	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Dibawah ini merupakan pembahasan berdasarkan hasil pemeriksaan dan asuhan yang dilakukan oleh penulis pada bayi A dilaksanakan pada tanggal 20 di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut, penulis menemukan kesamaan dan kesenjangan antara konsep teori dan praktek lapangan. Adapun hal-hal yang ditemukan selama melakukan asuhan kebidanan bayi pada bayi A usia 1 bulan dengan bayi berat lahir rendah.

4.1 Data Subjektif

Berdasarkan hasil pengkajian subjektif ditemukan pada bayi A, didapatkan Riwayat kehamilan ketika persalinan yaitu usia kehamilan 30-31 minggu dengan HPHT 18 Agustus 2021, datang ke RS rujukan dari puskesmas dengan keluhan BBLR. Ibu mengalami kenaikan tekanan darah pada usia kehamilan 30 minggu dengan TD : 150/100 mmHg dan protein urine (+2) atas indikasi Preeklamsi Berat. Menurut Nurliawati (2015) bahwa pada kasus preeklampsia, tekanan darah meningkat menyebabkan perfusi uteroplasenta mengalami penurunan. Hal tersebut dapat menyebabkan sirkulasi darah ke janin akan kekurangan oksigen dan nutrisi. Dan dapat juga menyebabkan janin terhambat.

Hasil pengukuran LILA ibu pada saat kehamilan yaitu 23,3 cm. Menurut Adriani (2016) penambahan berat badan selama kehamilan serta ukuran LILA dapat mempengaruhi resiko bayi tumbuh terhambat pada ibu hamil, batas ambang LILA dengan resiko KEK adalah 23,5 cm, hal ini berarti ibu hamil dengan resiko

KEK diperkirakan akan melahirkan bayi kecil. Maka ini dapat disimpulkan bahwa keadaan tersebut sesuai dengan teori.

4.2 Data Objektif

Berdasarkan pengkajian data objektif diperoleh keadaan umum bayi baik, berat badan 1,502 gram, panjang badan 37 cm, lingkar kepala 27 cm, lingkar dada 24 cm, dan LILA 3 cm. pada pemeriksaan fisik bayi tidak terdapat caput succedaneum dikepala, tidak ada kelainan, mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada nafas cuping hidung, bentuk daun telinga simetris dan tipis, lipatan di daun telinga belum terlalu terbentuk, bibir merah muda, tidak ada labio palatoskizis, refleks rooting (+), refleks sucking (+), refleks swallowing (+), tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening pada leher bayi, tidak ada retraksi dinding dada, tali pusat bersih, jumlah jari lengkap, Gerakan aktif, refleks moro (+), testis berada di scrotum, lubang anus (+), tidak ada spina bifida pada punggung bayi, warna kulit kemerahan, dan tidak ada tanda lahir.

Bahwa menurut Manuaba (2012), karakteristik gambaran klinis Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) itu adalah berat badan lahir kurang dari 2500 gram, Panjang badan kurang dari 45 cm, lingkar dada kurang dari 30 cm, lingkar kepala kurang dari 33 cm, dan genitalia pada laki-laki testis berada di scrotum.

Berdasarkan data yang diperoleh menunjukkan adanya persamaan antara teori dan praktik dalam gambaran Klinis Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

4.3 Analisa

Berdasarkan pengkajian data subjektif ditemukan pada bayi A, didapatkan Riwayat kehamilan ketika persalinan yaitu usia kehamilan 30-31 minggu dan data objektif diperoleh keadaan umum bayi baik, berat badan 1,502 gram, Panjang badan 37 cm, linkar kepala 27 cm, lingkar dada 24 cm, dan LILA 3 cm. Analisa yang ditegakan pada bayi A adalah Bayi Kurang Bulan Berat Sesuai Masa Kehamilan usia 1 bulan dengan Bayi Berat Lahir Badan Rendah (BBLR). Menurut Juliana (2017) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) merupakan bayi dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram, PB kurang dari 45 cm, LK kurang dari 33 cm, LD kurang dari 30 cm, usia kehamilan kurang dari 37 minggu, kepala relative besar, kepala tidak mampu tegak, kulit tipis, transparan, rambut lanugo banyak, lemak kulit kurang, otot hipotenik lemah, pernafasan tidak teratur dapat terjadi gagal nafas, pernafasan sekitar 40-50 kali per menit, frekuensi nadi 100-120 kali per menit.

Penyebab dari BBLR tersebut yaitu ibu dengan Riwayat PEB dan KEK. Hal ini dapat sesuai dengan penelitian Nurliawati (2015) bahwa PEB menyebabkan perfusi uteroplasenta mengalami penurunan. Hal tersebut dapat menyebabkan sirkulasi darah ke janin akan kekurangan oksigen dan nutrisi. Dan dapat juga menyebabkan pertumbuhan jannin terhambat. Dan menurut teori Adriani (2016) penambahan berat badan selama kehamilan serta ukuran LILA dapat mempengaruhi resiko bayi tumbuh terhambat pada ibu hamil di indonesia, batas ambang LILA dengan resiko KEK adalah 23,5 cm, hal ini berarti ibu hamil dengan resiko KEK diperkirakan akan melahirkan bayi kecil. Bila bayi lahir dengan Bayi

Berat Lahir Rendah (BBLR) akan mempengaruhi resiko kematian, gizi kurang, gangguan perumbuhan, dan gangguan perkembangan anak.

4.4 Penatalaksanaan

Berdasarkan pengkajian data subjektif, objektif dan juga telah menentukan analisa , maka rencana asuhan yang akan diberikan pada bayi BBLR yaitu menjaga dan mempertahankan suhu tubuhnya agar tidak terjadi hipotermi dengan meletakan bayi di dalam inkubator. Menurut sarifuddin (2013) bayi dengan BBLR mudah mengalami hipotermi, oleh sebab itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan kuat.

Kemudian pencegahan infeksi pada bayi BBLR kriteria bayi dengan BBLR sangat rentan terhadap infeksi dengan mempertahankan prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi. Maka berdasarkan teori diatas terdapat persamaan antara teori dan praktik yaitu perawatan BBLR dalam inkubator untuk mencegah terjadinya hipotermi dan pencegahan infeksi dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi. Tetap mengatur suhu bayi di dalam inkubator

Pada pemeriksaan bayi didapatkan hasil refleks *sucking* yang lemah. Bayi diberikan nutrisi ASI dan PASI. Hal ini tidak sesuai dengan teori Anik (2013) dan Protap RSUD dr. Slamet Garut karena minuman utama dan pertama adalah ASI yang sudah tidak diragukan lagi keuntungan dan kelebihanannya, disarankan bayi menyusu ASI Eksklusif, karena di dalamnya terkandung kalori dan protein yang sangat tinggi. Sedangkan menurut penelitian Septira (2016) hal terpenting dari

perawatan dini BBLR yaitu dengan pemberian nutrisi yang adekuat sehingga terjadi peningkatan berat badan pada bayi BBLR. Besarnya energi tambahan yang dibutuhkan untuk mengejar pertumbuhan adalah 90-100 kkal/kg/hari. Sehingga terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek dilapangan. (Septira, 2016)

Sedangkan menurut Sjarif dkk (2015) Formula prematur merupakan formula medis khusus dengan energi berkisar 80 kkal/100 ml, protein 2,0-2,4 g/100 ml dan diperkaya mineral, vitamin, dan trace elements untuk mendukung kecukupan nutrisi bayi prematur agar dapat mencapai laju pertumbuhan intrauterin. Bayi tidak dilakukan rawat gabung karena bayi mengalami BBLR jadi harus memerlukan perawatan intensif yaitu di dalam inkubator, agar tidak terjadi hipotermi. Hal ini jadi kesesuaian bahwa bayi diletakan di dalam inkubator dan nesting dilakukan untuk menjaga kehangatan dan posisi bayi. Menurut penelitian Arasta (2013) dengan rawat gabung maka antara ibu dan bayi akan segera terjalin proses lekat (early infant-mother bonding) akibat sentuhan badan antara ibu dan bayinya. Hal ini mempunyai pengaruh yang besar terhadap perkembangan psikologi bayi selanjutnya, karena kehangatan tubuh ibu merupakan stimulasi mental yang mutlak dibutuhkan oleh bayi. (Arasta, 2013).

Kemudian menjelaskan tanda-tanda bahaya pada bayi seperti tidak mau menyusui dan rewel, suhu tubuh dingin, bayi terjadi henti nafas. Jika ibu menemukan hal tersebut, segera melapor petugas Kesehatan. Dalam masa itu BBLR harus tetap diperhatikan dalam perubahan system pernafasan, perubahan sistem pengaturan tubuh (mekanisme kehilangan panas) maka harus mempertahankan suhu tubuh agar tidak terjadi hipotermi, mencegah infeksi,

pengawasan dalam nutrisi/ASI, dan perubahan sistem kekebalan tubuh. Klasifikasi dari BBLR tersebut berarti bayi mengalami telat dari pertumbuhan intrauterin dan merupakan bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK). (Anik, 2011)

4.5 Pendokumentasian

Setelah melakukan asuhan kebidanan bayi pada bayi A. didokumentasikan dalam bentuk SOAP sesuai manajemen Varney (2010) bahwa dokumentasi kebidanan adalah suatu sistem pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan Kesehatan pasien dan khusus kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan.

Data subjektif didapatkan dari klien. Dalam Riwayat persalinan ibu melahirkan secara spontan pervaginam atas indikasi Preeklampsia Berat dan KEK. Data objektif didapatkan dari hasil Antropometri, berat badan 1,502 gram, Panjang badan 37 cm, lingkar kepala 27 cm, lingkar dada 24 cm, LILA 3 cm.

Analisa data dalam bentuk diagnosa yang dapat diambil berdasarkan data subjektif dan data objektif yang diperoleh, maka didapatkan bayi A adalah Bayi Kurang Bulan Sesuai Masa Kehamilan usia 1 bulan dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

Penatalaksanaan yaitu mencakup perencanaan tindakan yang akan dilakukan, pelaksanaan dari perencanaan, dan hasil evaluasi yaitu dengan menjaga kehangatan bayi, pencegahan infeksi, pengawasan tanda-tanda vital, pengawasan intake pemberian nutrisi, penerapan perawatan metode kangguru.

Berdasarkan teori diatas terdapat persamaan antara menurut (Mufdilah, 2012) yaitu dalam bentuk SOAP, yang dilakukan dengan tahap pengkajian data subjektif, yang didapatkan dari hasil anamnesa terhadap pasien, pengkajian data objektif yang didapatkan dari pengkajian fisik dan pemeriksaan penunjang, kemudian data-data tersebut di interpretasi untuk menentukan analisa. Selanjutnya dilakukan penatalaksanaan. Maka dengan praktik tidak terdapat kesenjangan dalam melakukan pendokumentasian.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan asuhan kebidanan pada bayi A usia 1 bulan dengan BBLR di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

- 1) Hasil pengkajian data subjektif, didapatkan dari data klien melalui anamnesa bahwa ibu hamil 8 bulan dengan Bayi Berat Lahir < 2500 gram.
- 2) Hasil pengkajian data objektif, didapatkan dari hasil Antropometri bayi A. bahwa bayi dengan tonus otot lemah, warna kulit pucat/tipis, BB : 1.365 gram, PB : 37 cm, dengan usia gestasi 30-31 minggu
- 3) Berdasarkan data subjektif dan data objektif analisa yang ditegakan pada Bayi A. yaitu Bayi Kurang Bulan Sesuai Masa Kehamilan.
- 4) Penatalaksanaan yang dilakukan pada Bayi A. yaitu perawatan BBLR dalam inkubator dengan menggunakan *nesting* dan pemberian nutrisi ASI dan PASI, terdapat kesenjangan antara teori dan praktik dilapangan.
- 5) Asuhan kebidanan pada bayi A, dilakukan dalam bentuk SOAP.

5.2 Saran

1. Bagi Lahan Praktik

Diharapkan bagi lahan praktik dalam pelaksanaan pada bayi sesuai dengan protap dan meningkatkan pelayanan asuhan sayang bayi serta senantiasa petugas

Kesehatan untuk meyakinkan kepada pihak keluarga dalam pentingnya pemberian ASI untuk bayi khususnya bayi dengan BBLR agar dapat memberikan pelayanan yang maksimal.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan kesempatan untuk memperluas area lahan praktik dilapangan sehingga diharapkan mahasiswa dapat mahir dan mengenal banyak kasus terutama BBLR di lapangan yang tidak terangkum dalam bacaan, referensi, atau literatur yang ada, termasuk yang diberikan dalam kelas

3. Bagi Penulis

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan yang lebih dan keterampilan dengan perkembangan zaman yang semakin maju serta meningkatkan kualitas dalam memberikan pelayanan asuhan kebidanan, khususnya pada asuhan Bayi Berat Lahir Rendah

DAFTAR PUSTAKA

- AnikMaryuni, 2011. *Buku Saku Asuhan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)*
- Anwar, Mochamad, 2013. *Ilmu Kandungan*. Jakarta : P.T Bina Pustaka Sarwono
Prawirohardjo
- Andriani, Merryana. 2016. *Peranan Gizi Dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta
- Daryanti, Eneng, 2015. *Faktor Maternal Yang Berhubungan Dengan Bayi Berat Lahir Rendah*. Sumber ; Jurnal Kesehatan Indonesia. Vol, 11, No 2
- Depkes RI. 2015. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*. Jakarta.
- Depkes RI. 2018. *Profil Kesehatan Indonesia*
- Dinkes Jawa Barat (2016). *Profil Kesehatan Jawa Barat 2016*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
- Dinkes Kabupaten Garut. 2020. *Profil Kesehatan Kabupaten Garut 2018*.
- Juliana, 2017. *Buku Ajar Neonatus, Bayi, Balita, Anak PraSekolah*. Yogyakarta.
- Rahmayanti, Siti Dewi, 2011. *Pengaruh Perawatan Metode Kangguru Terhadap Pertumbuhan Bayi*.
- Kemenkes RI. 2015. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*. Jakarta : Kementerian Kesehatan dan JICA
- Kemenkes RI. 2015. *Pedoman Gizi Ibu Hamil dan Pengembangan Makanan Tambahan Ibu Hamil Berbasis Pangan Lokal*. Direktorat. Direktorat Jenderal Bima Kesehatan Masyarakat Direktorat Bima Gizi Masyarakat, Jakarta Kementerian Kesehatan RI
- Manuaba, Ida Gde Bagus. 2012. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta ; EGC
- Marni, dkk. 2015. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak PraSekolah*. Yogyakarta.
- Mufdilah, dkk. 2012. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Nurliawati, Enok. 2014. *Hubungan Preeklamsi Berat dengan Bayi Berat Lahir Rendah*. Sumber : Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada. Vol. 12. No.1.

- Rahmayanti, Siti Dewi. 2011. *Pengaruh Perawatan Meode Kangguru Terhadap Pertumbuhan Bayi*.
- Kristiyanasi, 2014. *Hubungan Kurang Energi Kronis (KEK) dengan Bayi Berat Lahir Rendah*. Sumber : Perpustakaan. Uns.ac.id.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2013. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo
- Septira, Salsabila. 2016. *Nutrisi Bagi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Untuk Mengoptimalkan Tumbuh Kembang*. Sumber : Majority. Vol.5 No.3.
- Sholiha, Hidayatush. 2015. *Analisis Risiko Kejadian BBLR*. Sumber : Media Gizi Indonesia. Vol. 10. No.1.
- Sjarif, dkk. 2015. *Panduan berbasis bukti asuhan nutrisi untuk bayi prematur*.
- Sondakh. 2017. *Buku Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Berat Lahir*
- Triana, Ani, dkk, 2015. *Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Yogyakarta
- Varney, 2010. *Dokumentasi Asuhan Kebidanan*. Jakarta
- Wiknjosastro, Hanifa, dk. 2013. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka SarwonoPrawihardjo.
- WHO. 2018. *Prevalensi AKI-AKB di Negara Berkembang Jakarta*.

LEMBAR BIMBINGAN
KIA (KARYA ILMIAH AKHIR)

NAMA : EUIS TAJAH

NIM : KHGHB19045

PROGRAM STUDI : PROFESI BIDAN

PEMBIMBING : Ira Nufus Khaerani, S.Tr. Keb., Bdn., M.Keb

No	Tanggal	Keterangan	Paraf
1.	10 Juni 2024	ACC Judul	
2.	14 Juni 2024	Konsul Bab 1	
3.	19 Juni 2024	Konsul Bab II	
4.	26 Juni 2024	Konsul Bab III	

5.	1 Juli 2024	Perbaikan Bab I, II,III	
6.	5 Juli 2024	Konsul Bab IV	
7.	11 Juli 2024	Bab I, II, III ACC Konsul BabV, Daftar Pustaka	
8.	22 Juli 2024	ACC, Bab I-V	