

STUDI KASUS MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BERAT LAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SAMRATULANGI TONDANO

Friskilia Wongkar¹, Atik Purwandari¹, Jenny Mandang¹

¹Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Manado

ABSTRAK

Latar Belakang : Menurut data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 Angka Kematian Bayi 34 per 1000 kelahiran hidup. Penyebab kematian bayi di Indonesia salah satunya bayi berat lahir rendah yaitu sebesar 29% yang merupakan penyebab pertama kematian bayi baru lahir. Di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano pada tahun 2012 kejadian BBLR 119 bayi (11,5%) dari 1029 kelahiran bayi dan pada bulan Januari sampai dengan 22 Februari tahun 2013 kejadian BBLR 15 bayi (12,7 %) dari 118 kelahiran bayi.

Tujuan : untuk mendapatkan gambaran secara umum bagaimana pelaksanaan manajemen asuhan kebidanan pada bayi berat lahir rendah di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano.

Metode : adalah pendekatan studi kasus manajemen asuhan kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah Varney yaitu : pengumpulan data, interpretasi data dasar, diagnosa potensial, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Hasil penelitian : manajemen asuhan kebidanan menunjukkan bahwa bayi K.M lahir prematur dengan bayi berat lahir rendah, potensial mengalami hipotermi karena kulitnya yang tipis, tubuhnya yang kecil dan dirawat dalam inkubator tidak hidup atau dalam keadaan rusak, selain itu reflek menghisap masih lemah potensial terjadi dehidrasi, sehingga dilakukan tindakan sesuai dengan keadaan pasien dan penyusunan rencana asuhan serta pelaksanaan asuhan menyeluruh, dalam pengevaluasian keadaan pasien menjadi lebih baik.

Kata Kunci : Studi Kasus, Bayi Berat Lahir Rendah

PENDAHULUAN

Salah satu indikator untuk mengetahui derajat kesehatan masyarakat adalah Angka Kematian Bayi (AKB). Menurut data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 Angka Kematian Bayi 34 per 1000 kelahiran hidup. Angka kmatian bayi ini sebanyak 47% meninggal pada masa *neonatal*, setiap lima menit terdapat satu *neonatus* yang meninggal. Penyebab kematian bayi

di Indonesia salah satunya bayi berat lahir rendah yaitu sebesar 29% yang merupakan penyebab pertama kematian bayi baru lahir.⁽¹⁾

Prevalensi bayi berat lahir rendah (BBLR) diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran didunia dengan batasan 3,3%-38%, dan lebih sering terjadi di negara-negara berkembang atau sosio-ekonomi rendah. Secara statistik menunjukkan 90% kejadian BBLR didapatkan di Negara



berkembang dan angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibanding pada bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram. BBLR termasuk faktor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas dan disabilitas *neonatus*. Secara nasional berdasarkan analisa lanjut SDKI, angka BBLR sekitar 7,5 %. Angka ini lebih besar dari target BBLR yang ditetapkan pada sasaran program perbaikan gizi menuju Indonesia sehat 2010 yakni maksimal 7%.⁽²⁾

Di Provinsi Sulawesi Utara Angka Kematian Bayi tahun 2010 sebanyak 242/1000 kelahiran hidup dan pada tahun 2011 mengalami peningkatan menjadi 257/1000 kelahiran hidup, penyebab kematian bayi di Provinsi Sulawesi Utara antara lain BBLR (32,6%), *Asfiksia* (29,3%), *Tetanus* (0,38%), *Sepsis* (6,2%), *Kelainan Kongenital* (4,7%), *Ikterus* (0,38%), dan lain-lain (26,4%).⁽³⁾

Survei awal yang diperoleh dari buku register ibu bersalin di ruang bersalin Rumah Sakit Umum Daerah DR. Sam Ratulangi Tondano, pada tahun 2012 kejadian BBLR 119 bayi (11,5%) dari 1029 kelahiran bayi dan pada bulan Januari sampai dengan 22 Februari tahun 2013 kejadian BBLR 15 bayi (12,7 %) dari 118 kelahiran bayi.

Di Rumah Sakit Umum Daerah DR. Sam Ratulangi Tondano jumlah bidan di Rumah Sakit tersebut 13 bidan, 9 bidan dengan latar belakang pendidikan D III kebidanan dan 4 bidan dengan latar belakang pendidikan D IV kebidanan. Hasil wawancara pada bidan dalam pemberian asuhan kebidanan belum

diterapkan dengan baik penggunaan manajemen 7 langkah Varney, namun hanya menggunakan catatan perkembangan SOAP.

Bayi berat lahir rendah merupakan penyebab pertama kematian *neonatus* dan dalam pemberian asuhan kebidanan baik di Puskesmas maupun Rumah Sakit belum diterapkan dengan baik penggunaan manajemen 7 langkah Varney.

Metode penulisan dengan pendekatan studi kasus manajemen asuhan kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah Varney yaitu : pengumpulan data, interpretasi data dasar, diagnosa potensial, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.⁽⁴⁾

KASUS

Tanggal 15 Mei 2013 Jam 17.00 Wita

Nomor register : 023574

Nama Bayi By. K.M, umur = 3 Hari
Tgl/jam lahir = 12 Mei 2013 / pukul : 23.52 wita. Jenis Kelamin = Perempuan.
Berat Badan 2050 gram. Panjang Badan 41 cm. Nama Ibu Ny. G.M Umur 27 tahun , suku/ Bangsa Minahasa Agama Kr. Protestan Pendidika SMU Pekerjaan IRT Alamat Suluan, Jaga I Nama Ayah Tn. R.K Umur 31 Tahun; suku/ Bangsa Minahasa Agama Kr. Protestan Pendidikan SMU Pekerjaan Swasta Alamat Suluan, Jaga I.

Anamnesa dilakukan tanggal 15 Mei 2013 Pukul 17.00 Wita.

Tanggal 12 Mei 2013 dilakukan operasi Sectio Caesarea atas indikasi Pre Eklamsi berat. Ibu masuk Rumah Sakit tanggal 11 Mei 2013, dari buku KIA ibu didapatkan hari pertama haid terakhir tanggal 6 September 2012 dengan umur



kehamilan 34-35 minggu, ibu mendapatkan perawatan dari dokter tetapi keadaan ibu tidak ada perubahan sehingga dokter memutuskan untuk melakukan operasi section caesarea. Pukul 23.52 wita lahir bayi perempuan dengan asfiksia sedang, dengan nilai apgar 5-7 dan dilakukan resusitasi segera setelah lahir. Setelah bayi dikeringkan sesuai instruksi dokter diberikan suntikan vitamin K secara intramuskular di paha bayi dan diberikan juga salep mata Cloramfenicol. Bayi dirawat di Infant Warmer, karena bayi lahir Prematur dan reflek menghisapnya masih lemah sehingga bayi dipasangkan NGT (Nasal Gastric Tube) untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi, kemudian dilakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi dan PASI pada bayi. Bayi mendapat terapi obat Fixacep 2 x 0,5 ml/hari dan San B plex 1 x 0,3 ml/hari juga diberi PASI prenan 12 x 10 cc atau 10 cc setiap 2 jam. Tanggal 13 Mei pukul 07.30 wita bayi mengalami RDS ringan (Respirasi Distress Syndrom) sehingga bidan melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemasangan oksigen pada bayi. Tanggal 14 Mei Oksigen sudah tidak terpasang lagi keadaan umum bayi sudah membaik. Tanggal 15 Mei 2013 pukul 13.00 wita bayi di pindahkan di inkubator yang tidak hidup atau dalam keadaan rusak. Setelah lahir bayi dirawat di ruang bersalin sementara ibu beberapa jam setelah operasi di rawat di ICU (Intensif Care Unit) dan kemudian dipindahkan ke ruangan nifas. Ditolong oleh Dokter, Komplikasi persalinan Ibu

Infeksi luka bekas operasi Bayi Asfiksia sedang

Keadaan bayi baru lahir. Nilai apgar Menit ke I: 5 Menit ke 5: 7, dilakukan Resusitasi Pengisapan lendir. Keadaan Umum Baik, Tanda-tanda Vital Nadi 130 x/menit, teratur Pernapasan 40 x/menit, teratur Suhu tubuh 36,5 °C. Pemeriksaan fisik secara sistematis Kulit Inspeksi Warna Putih, tipis dan transparan Iritasi kulit. Tidak ada,lanugo banyak, terutama pada daerah dahi, telinga dan lengan Palpasi Hangat, Nyeri tekan Tidak ada, Wajah Inspeksi Warna Putih, Tidak pucat, Palpasi Tidak odema Nyeri tekan Tidak ada Mata Inspeksi Bentuk Simetris, Conjungtiva Tidak pucat Sclera Tidak kuning, Palpasi Kelopak mata Tidak odema, Nyeri Tekan Tidak ada Ekstremitas Atas Inspeksi Bentuk Simetris kiri/kanan, Jumlah jari Lengkap Palpasi Tidak ada odema, Nyeri tekan Tidak ada, Ekstremitas Bawah Inspeksi Bentuk Simetris kiri/kanan, Jumlah jari lengkap, Palpasi Odema Tidak ada, Nyeri tekan Tidak ada, Genetalia Inspeksi Labia mayor Ada, tapi belum menutupi labia minor, Labia minor Ada, Klitoris Ada dan Menonjol, Anus, Inspeksi Kelainan (atresia ani) Tidak ada. Refleks moro Ada, masih lemah, Refleks rooting Ada, masih lemah, Refleks plantar Ada, masih lemah, Refleks sucking Ada, masih lemah, Antropometri Berat badan 2050 gram, Panjang badan 41 cm, Lingkar kepala 30 cm lingkar dada 29 cm, Lingkar lengan atas 7,5 cm.



Diagnosa By K.M, umur 3 hari lahir Prematur dengan BBLR

Dasar Umur kehamilan 34-35 minggu, Bayi lahir tanggal 12 mei 2013 pukul 23.52 wita, Berat badan 2050 gram, Panjang badan 41 cm, Lingkar kepala 30 cm, Lingkar dada 29 cm, Reflek sucking (menghisap) ada, tapi masih lemah, Reflek moro ada, tapi masih lemah, Reflek plantar ada, tapi masih lemah, Reflek rooting ada, tapi masih lemah dan Tali pusat masih basah.

Masalah BBLR, Refleks menghisap masih lemah, Tali pusat masih basah

Kebutuhan : Pemberian nutrisi secara adekuat, Perawatan tali pusat

Diagnosa dan Masalah potensial

Potensial terjadi dehidrasi, hipotermi infeksi

Dasar : Reflek menghisap masih lemah Inkubator tidak hidup atau dalam keadaan rusak. Kulit bayi yang tipis dan tubuhnya yang kecil

Tindakan Segera

Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian PASI dan terapi obat

Intervensi / Perencanaan

Kaji tanda-tanda vital bayi, Rawat tali pusat bayi, Ganti popok dan pakaian bayi

- Bungkus bayi dengan kain yang bersih dan hangat
- Lanjutkan advis dokter untuk pemberian PASI melalui NGT 15 cc/ 2 jam
- Lanjutkan advis dokter untuk pemberian terapi obat

Implementasi / Pelaksanaan

Tanggal 15 Mei 2013

Jam 17.10 wita

Mengkaji tanda-tanda vital bayi yaitu keadaan umum baik, nadi 130 x/menit, pernapasan 40 x/menit, dan suhu badan 36,5°C

Jam 17.15 wita

Merawat tali pusat bayi dengan membersihkan tali pusat bayi dari pangkal sampai ujung tali pusat dengan menggunakan kapas yang dibasahi Alkohol 70%, kemudian membungkusnya dengan Alkafil.

Jam 17.20 wita

Mengganti popok dan pakaian bayi dengan popok dan pakaian yang bersih dan kering

Jam 17.25 wita

Membungkus bayi dengan kain bersih dan kering dan memasangkan sarung tangan, sarung kaki dan topi di kepala bayi

Jam 17.30 wita

Melanjutkan advis dokter untuk memberikan PASI melalui NGT (Nasa Gastric Tube) 15 cc setiap 2 jam

Jam 19.00 wita

Melanjutkan advis dokter untuk memberikan obat Fixacep 2 x 0,5 ml/ hari

Jam 19.30 wita

Melanjutkan advis dokter untuk memberikan PASI melalui NGT 15 cc setiap 2 jam.

Jam 21.30 wita



Melanjutkan advis dokter untuk memberikan PASI melalui NGT 15 cc setiap 2 jam

Jam 23.30 wita

Melanjutkan advis dokter untuk memberikan PASI melalui NGT 15 cc setiap 2 jam

Evaluasi

Tanggal : 15 Mei 2013 pukul : 23.50 wita

- Keadaan umum bayi baik
- Tali pusat sudah di rawat, bersih dan masih basah
- Popok dan pakaian sudah diganti
- Bayi sudah dibungkus agar tetap hangat
- Bayi sudah diberi PASI 15 CC melalui NGT
- Bayi sudah diberi obat Fixacep 0,5 ml

CATATAN PERKEMBANGAN

Dilakukan mulai tanggal 16 s/d 20 Mei 2013. Dilakukan 5 kali Catatan perkembangan

Hari Pertama

Tanggal : 16 Mei 2013

Pukul : 08. 00 wita

Keadaan Umum bayi baik sampai hari ke lima. Bayi sudah dirawat bersama dengan ibunya (Rawat gabung)

Dilakukan perawatan bayi sehari-hari meliputi :

- Menimbang berat badan bayi, BB : 2050 gram
- Membersihkan badan bayi dengan kain bersih yang dibasahi air hangat, dan segera mengeringkan tubuh bayi

dengan handuk yang kering dan bersih.

- Melakukan perawatan tali pusat dengan membersihkan tali pusat dari pangkal sampai ujung tali pusat menggunakan kapas yang dibasahi Alkohol 70 % kemudian membungkus tali pusat dengan Alkafil(Alkohol Kasa Hidrofil), tali pusat bersih dan masih basah.
- Mengenakan pakaian pada bayi, sarung tangan, sarung kaki dan membungkus dengan kain bersih dan kering.
- Melanjutkan advis dokter memberikan obat Fixacep 2 x 0,5 ml/hari dan San B plex 1 x 0,3 ml/hari dalam bentuk cair menggunakan pipet melalui oral.
- Melanjutkan advis dokter untuk memberikan PASI 20 cc setiap 2 jam melalui NGT.
- Melanjutkan advis dokter untuk memberikan PASI 20 cc melalui NGT
- Keadaan umum bayi baik, tanda-tanda vital normal, tali pusat terawat, bersih dan sudah mulai mengering, obat dan vitamin sudah diberikan, PASI sudah diberikan 20 cc

Hari Kedua

Tanggal : 17 Mei 2013

Pukul : 08. 00 wita

Ibu pasien datang melihat bayi dan meminta untuk menggendong bayi.

- Memberitahu ibu bahwa bayi akan diberikan pada ibu untuk digendong dan disusui.



- Membantu ibu membersihkan puting dan areola ibu dengan air hangat.
- Merapikan kembali kain pembungkus bayi dan mengangkat bayi dari Infant Warmer kemudian diberikan pada ibunya sambil membantu ibu memposisikan bayinya pada saat menyusui, yaitu bayi dipegang dengan satu lengan, payudara dipegang dengan ibu jari pada bagian atas dan jari-jari yang lain menopang bagian bawah.
- Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut dengan menyentuh sisi mulut bayi. Setelah bayi membuka mulut dengan cepat kepala bayi didekatkan kepayudara ibu dan memasukan puting dan areola ke mulut bayi. Setelah bayi mulai menghisap payudara tidak dipegang lagi.
- Meletakkan kembali bayi di Infant Warmer dan merapikan kembali kain pembungkus bayi.

Hari Ke Tiga

Tanggal : 18 Mei 2013

Pukul : 17.00 wita

Keadaan umum baik, tanda-tanda vital normal, tali pusat bersih dan sudah mulai mengering, obat sudah diberikan, PASI sudah diberikan 25 cc.

Hari Keempat

Tanggal : 19 Mei 2013

Pukul : 16.35 wita

- Keadaan Umum bayi baik,
- Tanda-tanda vital Nadi 136 x/menit, teratur, Pernapasan 42 x/menit, teratur Suhu badan 36,7°C,
- Berat badan 2250 gram,

- Refleks menghisap sudah mulai baik walaupun masih pelan,
- Tali pusat sudah semakin mengering.

Hari Ke Lima

Tanggal : 20 Mei 2013

Pukul : 17.10 wita

- Keadaan Umum bayi baik.
- Tanda-tanda vital Nadi 137 x/menit, teratur, Pernapasan 36 x/menit, teratur Suhu badan 36,7°C,
- Berat badan 2350 gram,
- Reflek menghisap baik tapi masih pelan, Tali pusat sudah kering

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis membandingkan kesenjangan yang terdapat antara tindakan kasus dan teori melalui tahapan - tahapan penerapan manajemen asuhan kebidanan menurut varney sejak tanggal 15 Mei 2013 sampai dengan tanggal 20 Mei 2013 di ruang bersalin RSUD Sam Ratulangi Tondano, maka pembahasan studi kasus manajemen asuhan kebidanan pada bayi K.M dengan BBLR di ruang bersalin RSUD Sam Ratulangi Tondano adalah sebagai berikut:

Pengumpulan Data

Pada langkah pertama ini semua informasi yang lengkap dan akurat dikumpulkan dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Menurut Kristyanasari salah satu faktor dominan yang mempengaruhi kejadian BBLR yaitu riwayat penyakit seperti Pre eklamsi.⁽⁵⁾ Teori ini sesuai dengan apa yang penulis dapatkan di tempat penelitian. Berdasarkan data dari status bayi, bayi



lahir tanggal 12 Mei 2013 pukul 23.52 wita dengan berat lahir 2050 gram, pada usia kehamilan 34-35 minggu. Dari buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) ibu ternyata ibu mengalami Pre eklamsi berat sehingga diberi rujukan dari Puskesmas pembantu Suluan ke Rumah Sakit untuk mendapatkan penanganan yang lebih baik. Berdasarkan data dari status ibu, ibu masuk Rumah Sakit tanggal 11 Mei 2013 dan mendapatkan perawatan, namun tidak ada perubahan dengan keadaan ibu sehingga dokter memutuskan untuk melakukan operasi walaupun usia kehamilan ibu belum cukup bulan atau Prematur.

Interpretasi Data Dasar

Data yang diperoleh dari status ibu bahwa bayi lahir dengan usia kehamilan 34-35 minggu dan dari hasil pemeriksaan didapatkan berat badan bayi kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang dari 45 cm, lingkar kepala kurang dari 33 cm dan lingkar dada kurang dari 30 cm, kulit bayi tipis dan transparan, lanugo banyak terutama pada dahi, telinga dan lengan, rambut tipis dan halus, genitalia belum sempurna, pergerakan kurang dan lemah, reflek menghisap lemah. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Myles tentang bayi BBLR dan teori yang dikemukakan oleh Pudiastuti dan Arif tentang bayi Prematur. ⁽⁶⁻⁸⁾ Berdasarkan data yang diperoleh maka penulis merumuskan diagnosa yaitu sebagai berikut : Bayi K.M umur 3 hari lahir Prematur dengan BBLR.

Berdasarkan data yang ada, maka penulis merumuskan permasalahan yang muncul

pada bayi K.M yaitu reflek menghisap yang masih lemah, dan dari permasalahan ini maka kebutuhan yang harus dipenuhi oleh bayi yaitu pemberian nutrisi secara adekuat, sesuai dengan advis dokter dalam status bayi di Rumah Sakit bayi diberi PASI Prenan melalui NGT 12x10 cc untuk hari pertama dan hari ke tiga dinaikan menjadi 15 cc setiap dua jam, namun apa yang penulis dapatkan ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Pudiastuti, bahwa komplikasi yang mungkin terjadi pada bayi berat lahir rendah yaitu masalah pemberian ASI karena tubuh bayi yang kecil, kurang energi, lemah, dan tidak dapat menghisap dengan baik sehingga kebutuhan yang harus dipenuhi oleh bayi yaitu pemberian ASI dalam jumlah yang lebih sedikit tetapi sering,⁽⁸⁾ sedangkan yang penulis dapatkan di tempat penelitian berbanding terbalik dengan teori yang dikemukakan oleh Pudiastuti kenyataannya Rumah Sakit lebih mengutamakan pemberian PASI Prenan dari pada pemberian ASI.

Diagnosa dan Masalah Potensial

Menurut Pudiastuti komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi pada BBLR yaitu asfiksia, gangguan napas, hipotermi, hipoglikemi, masalah pemberian ASI, dan infeksi.⁽⁸⁾ Teori dari Pudiastuti ini sesuai dengan apa yang penulis dapatkan di Rumah Sakit, dari data yang penulis peroleh dalam status bayi segera setelah bayi lahir yaitu tanggal 12 Mei 2013 bayi sempat mengalami asfiksia sedang, beberapa jam kemudian bayi mengalami RDS (Respirasi Distres syndrome), sedangkan masalah potensial



yang penulis angkat pada saat penulis melakukan pengkajian tanggal 15 Mei 2013 yaitu hipotermi, dehidrasi dan infeksi. Penulis mengangkat masalah potensial Hipotermi dikarenakan bayi dirawat dalam inkubator yang tidak dihidupkan, sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Sudarti dan Fauziah bahwa BBLR sering mempunyai masalah pada minggu-minggu pertama kehidupannya seperti hipotermi, ini dikarenakan proses adaptasi kehidupan diluar rahim, selain itu kulit dan tubuh bayi BBLR yang kecil membuatnya rentan terkena hipotermi. Asuhan pada BBLR sehat salah satunya yaitu pemancar panas atau inkubator.⁽⁹⁾ sementara itu penulis juga mengangkat diagnosa potensial dehidrasi karena keadaan bayi yang belum bisa menetek dengan baik sehingga masih menggunakan NGT untuk pemenuhan nutrisinya dan jika nutrisi bayi tidak diberikan sesuai advis dokter yaitu setiap 2 jam maka kemungkinan bayi akan mengalami dehidrasi. Penulis juga mengangkat diagnosa potensial infeksi karena tali pusat masih basah, kulit bayi yang tipis dan tubunya yang keci rentan untuk terkena infeksi jika tidak melakukan perawatan secara steril seperti merawat tali pusat, mencuci tangan dan memakai sarung tangan sebelum menyentuh bayi sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Sudarti dan Fauzia bahwa BBLR rentan dengan infeksi, sehingga membutuhkan perawatan seperti menjaga kebersihan bayi dan lingkungan, cuci tangan, gunakan sarung tangan selama

melakukan kontak dengan bayi, dan merawat tali pusat bayi.⁽⁹⁾

Setelah penulis melakukan pengkajian dan asuhan selama enam hari yaitu pada tanggal 15 Mei sampai tanggal 20 Mei tidak ditemukan masalah seperti yang disebutkan diatas.

Tindakan Segera

Berdasarkan masalah yang ditemukan ialah reflek menghisap bayi yang masih lemah dan perawatan bayi di dalam inkubator yang tidak dihidupkan sehingga potensial terjadi dehidrasi dan hipotermi pada bayi, maka tindakan segera yang lakukan yaitu melakukan kolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya, sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Prawirohardjo bahwa tindakan segera yang dilakukan pada Bayi dengan dehidrasi dan hipotermi yaitu melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi pada bayi.⁽¹⁰⁾

Perencanaan

Pada kasus By. K.M lahir prematur dengan BBLR rencana asuhan yang dilakukan di Rumah Sakit yaitu :

Kaji tanda-tanda vital bayi

Rawat tali pusat

- Ganti popok dan pakaian bayi karena BAK
- Bungkus bayi dengan kain bersih dan hangat
- Lanjutkan advis dokter untuk pemberian PASI 15 cc setiap dua jam melalui NGT

Rencana asuhan yang penulis dapatkan di Rumah Sakit ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Pantiawati⁽¹¹⁾,



terdapat beberapa rancangan asuhan yang berbanding terbalik dengan teori ini.

Menurut Pantiawati ⁽¹¹⁾ rencana asuhan yang diberikan pada BBLR yaitu

- a. Pemberian Vitamin K : injeksi 1 mg melalui intramuscular sekali pemberian atau per oral 2 mg sekali pemberian atau 1 mg 3 kali pemberian yaitu saat lahir, umur 3 sampai 10 hari, dan umur 4 sampai 6 minggu, sedangkan berdasarkan rencana asuhan yang dibuat, penulis tidak melakukan pemberian Vitamin K sebab pada waktu pengkajian bayi sudah berumur 3 hari, namun dari data dalam status bayi didapatkan bahwa segera setelah lahir bayi sudah diberi injeksi Vitamin K 0,5 cc secara intramuscular, sehingga tampak adanya kesenjangan dalam pemberian Vitamin K ini, sebab menurut teori pemberian Vitamin K diberikan 1 mg injeksi secara intramuscular atau 1 mg 3 kali pemberian yaitu saat lahir, pada usia 3 sampai 10 hari, dan 4 sampai 6 minggu. Tetapi kenyataannya pemberian injeksi Vitamin K di Rumah Sakit yaitu 0,5 cc hanya dalam sekali pemberian.
- b. Pemberian nutrisi yang adekuat yaitu apabila daya isap belum baik, bayi dicoba untuk menetek sedikit demi sedikit, apabila bayi belum bisa meneteki pemberian ASI diberikan melalui sendok atau pipet, dan apabila bayi belum ada reflek menghisap dan menelan harus dipasang sonde feeding. Teori ini tidak sesuai dengan apa yang penulis dapatkan di Rumah Sakit, sesuai advis dokter dalam status bayi,

bayi hanya diberi PASI Prenan melalui NGT dengan jumlah 12x10 cc untuk hari pertama dan pada hari ketiga yaitu pada saat penulis melakukan pengkajian jumlah PASI sudah dinaikan menjadi 15 cc setiap dua jam, sehingga dari rencana asuhan nampak adanya kesenjangan pemberian nutrisi baik jenis nutrisinya maupun jumlahnya antara praktek dan teori.

- c. Pertahankan suhu tubuh bayi yaitu dengan merawat tali pusat, bungkus bayi dengan kain hangat, kaji kesehatan bayi, menidurkan bayi dalam inkubator, jaga suhu lingkungan, badan bayi harus dalam keadaan kering, tidak dimandikan sebelum 6 jam setelah lahir, dan anjurkan ibu untuk tetap bersama bayi bila tidak memungkinkan biarkan ibu berkunjung setiap saat. Pada teori rencana asuhan yang ke tiga ini nampak adanya beberapa asuhan yang mengalami kesenjangan tetapi ada juga yang tidak. Adapun beberapa rencana asuhan yang tidak mengalami kesenjangan yaitu rawat tali pusat, bungkus bayi dengan kain, kaji kesehatan bayi, tidak memandikan bayi sebelum 6 jam setelah lahir, setelah lahir sampai usianya 3 hari bayi belum pernah dimandikan hanya di bersihkan menggunakan kain yang dibasahi air hangat, badan bayi harus dalam keadaan kering misalnya seperti salah satu rencana asuhan penulis yaitu mengganti popok dan pakaian karena BAK, anjurkan ibu untuk tetap bersama bayi bila tidak memungkinkan biarkan ibu berkunjung setiap saat, teori ini



sesuai dengan yang didapatkan di Rumah Sakit ibu dirawat di ruang nifas sementara bayi dalam inkubator di ruang bersalin karena bayi masih perlu perawatan dan pemantauan yang ketat, tetapi ibu tetap dibiarkan untuk berkunjung setiap saat seperti apa yang dijelaskan dalam teori. Adapun yang mengalami kesenjangan yaitu menurut teori bayi dibungkus dan ditidurkan dalam inkubator, namun kenyataan yang penulis temukan di Rumah Sakit yaitu bayi dirawat dalam inkubator, tetapi inkubator yang digunakan tidak hidup atau dalam keadaan rusak.

- d. Pemantauan saat dirawat yaitu pemberian terapi bila diperlukan terapi untuk penyulit, preparat besi sebagai suplemen yang diberikan pada usia dua minggu, pemantauan tumbuh kembang melalui timbang berat badan rutin setiap hari. Rencana asuhan ini sesuai dengan apa yang penulis dapatkan di Rumah Sakit yaitu sesuai advis dokter bayi mendapatkan terapi obat Fixacep 2x0,5 ml setiap hari dan San B Plex 1x0,3 ml setiap hari, adapun untuk preparat besi tidak diberikan karena sesuai dengan apa yang dijelaskan dalam teori bahwa preparat besi tidak diberikan sebelum bayi berusia dua minggu, sedangkan untuk berat badan penulis tidak membuat rencana asuhannya karena penulis melakukan pengkajian pada sore hari, dari status dan register bayi didapatkan bahwa bayi selalu ditimbang diwaktu pagi sebelum dimandikan.

Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan yang penulis lakukan di Rumah Sakit sesuai dengan apa yang telah di rencanakan pada langkah lima maupun yang dilakukan oleh bidan pada saat bayi lahir, tidak sesuai dengan apa yang di kemukakan oleh Pantiawati ⁽¹¹⁾. Di Rumah Sakit berdasarkan data yang diperoleh dari status bayi, sesuai instruksi dokter bayi hanya mendapat injeksi Vitamin K 0,5 cc untuk satu kali pemberian yaitu segera setelah bayi lahir.

Menurut Pantiawati ⁽¹¹⁾ bayi harus di bungkus dengan kain yang bersih dan hangat kemudian di tidurkan dalam Inkubator demikian juga dengan teori yang dikemukakan oleh Sudarti dan Fauziah yaitu untuk mencegah terjadinya hipotermi bayi harus diberi penghangatan seperti Pemancar panas atau Inkubator, ⁽¹¹⁻¹²⁾ tetapi yang penulis dapatkan di tempat penelitian tidak sesuai dengan teori yang ada. Bayi memang mendapatkan perawatan dalam Inkubator, tetapi Inkubator tersebut tidak hidup atau dalam keadaan rusak.

Untuk pemberian nutrisi, sesuai dengan advis dokter dalam status bayi, bayi diberikan PASI Prenan 12x10 cc pada hari pertama, setelah hari ketiga dinaikan menjadi 15 cc sehingga penulis memberikan PASI Prenan 15 cc pada bayi K.M setiap 2 jam melalui NGT, sesuai dengan teori Sudarti dan Fauziah jika bayi tidak dapat menghisap pasang NGT dan menambahkan ASI peras lewat NGT, ⁽⁹⁾ sedangkan menurut Pantiawati apabila



daya isap belum baik, bayi dicoba untuk menetek sedikit demi sedikit, apabila bayi belum bisa meneteki pemberian ASI diberikan melalui sendok atau pipet, dan apabila bayi belum ada reflek menghisap dan menelan harus dipasang sonde feeding. Untuk pemasangan NGT pada bayi ⁽²⁾ teori Sudarti dan Fauziah ⁽⁹⁾ lebih sesuai dengan apa yang penulis dapatkan di Rumah Sakit dibandingkan dengan teori Pantiawati ⁽²⁾, untuk pemberian nutrisi bayi kedua teori ini lebih mengutamakan pemberian ASI dari pada PASI, sementara pada kasus bayi K.M ini sesuai advis dokter dalam status bayi diberi PASI Prenan bukan ASI padahal ibu dirawat di Rumah Sakit dan keadaannya baik serta memungkinkan untuk memberikan ASI pada bayinya.

Berdasarkan teori dan pelaksanaan asuhan yang penulis dapatkan di Rumah Sakit, maka didapatkan adanya kesenjangan pada langkah ini yaitu pada pemberian injeksi Vitamin K sekali pemberian dengan jumlah pemberian 0,5 cc, perawatan bayi berat lahir rendah dalam inkubator yang tidak hidup, pemberian nutrisi PASI prenan pada bayi, sedangkan pelaksanaan asuhan di Rumah Sakit yang tidak mengalami kesenjangan dengan teori yang ada yaitu perawatan tali pusat, mengkaji kesehatan bayi, membungkus bayi dengan kain bersih dan hangat, tidak memandikan bayi sebelum enam jam setelah lahir, dan menjaga badan bayi agar tetap dalam keadaan kering.

Evaluasi

Menurut Pantiawati diperlukan pemantauan setelah pulang untuk mengetahui perkembangan bayi dan mencegah kemungkinan terjadinya komplikasi setelah pulang, yaitu dilakukan setelah pulang pada hari ke dua, ke sepuluh, ke dua puluh, ke tiga puluh, dilanjutkan setiap bulan untuk memantau pertumbuhan, berat badan, panjang badan, dan lingkar kepala, selain itu melakukan test perkembangan melalui denver development screening test, mengawasi adanya kelainan bawaan, mengajarkan ibu cara mempertahankan suhu tubuh, mencegah terjadinya infeksi, perawatan bayi sehari-hari, pemberian ASI, makanan bergizi bagi ibu, mengikuti program KB segera mungkin dan mengobservasi keadaan umum bayi selama tiga hari, apabila tidak ada perubahan atau keadaan umum semakin menurun bayi harus dirujuk ke Rumah Sakit.⁽²⁾

Dalam hal ini penulis hanya melakukan penelitian selama 6 hari yaitu hari pertama pemberian pengkajian awal dan pemberian asuhan dengan tujuh langkah varney dan 5 hari untuk catatan perkembangan sehingga penulis tidak melakukan pemantauan setelah pulang.

Setelah melaksanakan Studi Kasus Manajemen Asuhan Kebidanan dengan tujuh langkah Varney maka pada kasus ini tampak adanya kesenjangan antara teori dan praktek dalam penerapannya seperti yang terjadi pada langkah ke dua interpretasi data, langkah ke tiga yaitu



diagnosa dan masalah potensial, langkah ke lima perencanaan, langkah ke enam pelaksanaan dan langkah ke tujuh evaluasi.

Catatan perkembangan yang penulis lakukan di Rumah Sakit selama lima hari sejak tanggal 16 Mei 2013 sampai tanggal 20 Mei 2013 yaitu sebagai berikut :

Pada tanggal 16 Mei 2013 di ruang bersalin RSUD Sam Ratulangi Tondano, melakukan observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital bayi, menimbang berat badan bayi, membersihkan bayi dengan kain yang dibasahi air hangat, mengeringkan bayi dengan handuk bersih dan kering, merawat tali pusat dengan menggunakan alkafil, memakaikan popok dan pakaian pada bayi, membungkus bayi dengan kain yang bersih dan hangat, meletakkan bayi dalam incubator, melanjutkan advis dokter untuk memberikan obat fixacep 2 x 0,5 ml/hari dan san B plex 1 x 0,3 ml/hari dalam bentuk cair menggunakan pipet melalui oral dan memberikan PASI setiap 2 jam 20 CC melalui NGT. Pada tanggal 17 Mei 2013 diruang bersalin RSUD Sam Ratulangi Tondano, melakukan observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital, merapikan pakaian bayi, melanjutkan advis dokter untuk memberikan PASI 10 CC melalui oral dan 10 CC melalui NGT, dua jam kemudian ibu datang melihat dan ingin menggendong bayinya sehingga penulis mencoba untuk meneteki bayi pada ibunya dengan membantu ibu membersihkan puting susu dan areola

ibu, mengangkat bayi dari infant warmer kemudian diberikan pada ibu untuk disusui dan membantu ibu mengatur posisi bayi, setelah selesai bayi disusui meletakkan kembali bayi di infant warmer dan merapikan pakaian bayi dan membungkus bayi.

Pada tanggal 18 Mei 2013 di ruang bersalin RSUD Sam Ratulangi Tondano, melakukan observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital, merawat tali pusat bayi dengan menggunakan alkafil, mengganti popok dan pakaian bayi dengan pakaian yang bersih dan kering kemudian membungkusnya dengan kain yang bersih dan hangat, melanjutkan advis dokter untuk memberikan PASI 10 CC melalui oral dan 15 CC melalui NGT dan memberikan obat fixacep 2 x 0,5 ml/hari dalam bentuk cair dengan menggunakan pipet melalui oral.

Pada tanggal 19 Mei 2013 diruang bersalin RSUD Sam Ratulangi Tondano, melakukan observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital, merawat tali pusat bayi dengan menggunakan alkafil, mengganti popok dan pakaian bayi dengan yang bersih dan kering, membungkus bayi dengan kain bersih dan kering, melanjutkan advis dokter untuk memberikan PASI 15 CC melalui oral dan 15 CC lagi melalui NGT, melanjutkan advis dokter untuk memberikan obat Fixacep 2 x 0,5 ml/hari dalam bentuk cair dengan menggunakan pipet melalui oral.

Pada tanggal 20 Mei 2013 diruang bersalin RSUD Sam Ratulangi Tondano, melakukan observasi keadaan umum



dan tanda-tanda vital bayi, merawat tali pusat, mengganti popok dan pakaian, melanjutkan advis dokter untuk memberikan PASI 15 CC melalui oral dan 15 CC melalui NGT.

Berdasarkan hasil evaluasi dari semua tindakan yang sudah dilaksanakan pada tanggal 15 Mei 2013 sampai tanggal 20 Mei 2013, pada Pengkajian awal dan catatan perkembangan hari pertama berat badan bayi masih tetap 2050 gram, reflek menghisap bayi masi lemah, bayi mengalami kemajuan pada catatan perkembangan hari ke dua yaitu berat badan bayi naik 100 gram menjadi 2100 gram, pada catatan perkembangan hari ke empat menjadi 2250 gram dan pada catatan perkembangan hari ke lima menjadi 2350 gram. Sedangkan reflek menghisap bayi awalnya pada catatan perkembangan hari ke dua masih lemah, pelan dan sering melepaskan mulutnya dari payudara ibu ketika dicoba untuk disusui oleh ibunya, pada catatan perkembangan hari ke empat dan ke lima sudah lebih baik dari hari-hari sebelumnya.

SIMPULAN

Setelah penulis melaksanakan Asuhan Kebidanan pada Bayi K.M lahir Prematur dengan Bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Sam Ratulangi Tondano maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengumpulan data dasar didapatkan bayi K.M lahir prematur sesuai masa kehamilan melalui sectio caesarea dengan bayi berat lahir

rendah dikarenakan ibu mengalami Pre-eklampsi berat sesuai dengan teori bahwa salah satu faktor dominan yang mempengaruhi kejadian BBLR yaitu riwayat penyakit Pre eklampsi.

2. Interpretasi data dasar dirumuskan diagnosa kebidanan bayi K.M lahir prematur dengan BBLR, sedangkan kebutuhan yang penulis dapatkan untuk bayi BBLR di Rumah Sakit tidak sesuai dengan apa yang ada dalam teori, kesenjangan terdapat pada pemberian nutrisi. Teori lebih mengutamakan pemberian ASI sedikit tapi sering, sedangkan di Rumah Sakit sesuai advis dokter dalam status lebih mengutamakan pemberian PASI Prenan.
3. Diagnosa potensial yaitu Hipotermi dan dehidrasi

Berdasarkan teori diagnosa potensial pada BBLR diantaranya yaitu hipotermi dan infeksi, pada kasus ini penulis mengangkat diagnosa potensial dehidrasi, hipotermi dan infeksi. Penulis mengangkat masalah potensial dehidrasi sebab dalam pemenuhan nutrisi bayi hanya menggunakan NGT. Jika nutrisi tidak diberikan sesuai advis dokter maka kemungkinan untuk bayi mengalami dehidrasi dapat terjadi, sedangkan penulis mengangkat diagnosa potensial hipotermi karena bayi dirawat dalam inkubator yang tidak hidup atau dalam keadaan rusak, penulis mengangkat diagnose potensial infeksi karena kulit bayi yang tipis, tali pusat yang masih



basah, tubuhnya yang kecil membuatnya rentan terkena infeksi jika tenaga kesehatan maupun peralatan untuk merawat bayi tidak dalam keadaan steril.

4. Tindakan segera yaitu kolaborasi dengan dokter untuk tindakan selanjutnya sesuai dengan masalah potensial yang penulis dapatkan. Pelaksanaan asuhan pada langkah ini sesuai dengan teori karena penulis melakukan kolaborasi dengan dokter, sehingga penulis menyimpulkan bahwa pada langkah ini tidak nampak adanya kesenjangan antara teori dan praktek.
5. Dalam perencanaan ini nampak adanya kesenjangan antara teori dan perencanaan yang penulis lakukan di Rumah Sakit, adapun kesenjangan yaitu pada pemberian injeksi Vitamin K sekali pemberian dalam jumlah 0,5 cc, sedangkan menurut teori 1 mg sekali pemberian, perawatan bayi dalam inkubator yang tidak hidup atau dalam keadaan rusak, pemberian nutrisi bayi yang lebih mengutamakan pemberian PASI Prenan sesuai advis dokter dari pada pemberian ASI seperti yang dijelaskan dalam teori.
6. Melakukan asuhan kebidanan sesuai dengan perencanaan dan ternyata

dalam pelaksanaan ini, adanya kesenjangan antara teori dan yang penulis dapatkan di tempat penelitian yaitu pada pemberian injeksi Vitamin K sekali pemberian dalam jumlah 0,5 cc, sedangkan menurut teori 1 mg sekali pemberian, perawatan bayi dalam inkubator yang tidak hidup, pemberian nutrisi bayi yang lebih mengutamakan pemberian PASI Prenan sesuai advis dokter dari pada pemberian ASI seperti yang dijelaskan dalam teori.

7. Evaluasi pada bayi K.M lahir prematur dengan BBLR yaitu keadaan umum baik, tanda-tanda vital normal, tali pusat sudah kering namun belum lepas, bayi mengalami kenaikan berat badan dari berat lahirnya 2050 gram menjadi 2350 gram, selain itu reflek menghisap bayi sudah lebih baik dibandingkan hari pada hari pertama pengkajian.

Adapun kesenjangan dalam kasus ini terdapat pada langkah dua yaitu interpretasi data, langkah tiga diagnosa potensial, langkah empat tindakan segera, langkah lima perencanaan, langkah ke enam pelaksanaan dan langkah ke tujuh evaluasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Depkes; (2009).
2. Pantiawati I. *Bayi dengan Bayi berat lahir rendah (BBLR)*, Yog. Yogyakarta: Nuha Medika; (2010).
3. Dinas Kesehatan Sulut. *Balai Data, Surveilans dan Sistem Informasi Kesehatan*(2010).
4. Janah N. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Ar-Ruzz; (2011).



5. Kristiyanasari W. *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika; (2011).
6. Myles. *Buku Ajar Bidan Cetakan 1*. Jakarta: EGC; (2009).
7. Arief Z, and Kristiyanasari W. *Neonatus dan Asuhan Keperawatan Anak*. Jogjakarta: Nuha Medika; (2009).
8. Pudiastuti RD. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Nuha Medika; (2011).
9. Sudarti, and Fauziah A. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika; (2012).
10. Prawirohardjo S. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; (2008).
11. Pantiawati I. *Bayi dengan BBLR*. Yogyakarta: Nuha Medika; (2010).
12. Fauziah Siti, and Sutejo. *Keperawatan Maternitas Kehamilan*. Jakarta: Prenada Media Group; (2012).