



20/9/22



ACC
Bagian Praktik
 PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN SEMARANG

STAGE ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL	
NAMA MAHASISWA	: TRI SUKSESI HANDAYANI
NIM	: P1337424821091
RUANG	: RSUD TUGUREJO PROV.JAWA TENGAH
TANGGAL PRAKTIK	: 31 JANUARI – 25 FEBRUARI 2022
PEMBIMBING	: Triana Sri Hardjanti, M.Mid Yuni Widayati, S.S.T Eko Kusumowati, S.Tr.Keb
BERKAS YANG DIKUMPULKAN	: - Laporan Pendahuluan (2) - Laporan Kasus (2) - Loogbook - Daftar Presensi - Lembar Bimbingan - Laporan Kegiatan Harian - Penilaian Lahan
HARI TANGGAL PENYERAHAN	:
PENERIMA	:

LAPORAN PENDAHULUAN
PRAKTEK KEGAWATDARURATAN MATERNAL
PREEKLAMPSIA DI RUANG OBSTETRI
RSUD Dr. ADHYATMA, MPH TUGUREJO SEMARANG

Disusun Untuk Memenuhi Tugas Praktik Kebidanan
Stage Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal



Tugas ini diampu oleh
Triana Sri Hardjanti, M.Mid

disusun oleh :
TRI SUKSESI HANDAYANI
NIM : P1337424821091

PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN SEMARANG
TAHUN 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Pendahuluan Praktek Kebidanan Stage Kegawatdaruratan Maternal di RSUD Dr. Adhyatma, MPH. Tugurejo Semarang telah disahkan oleh pembimbing pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 21-7-2022

Dalam Rangka Praktik Klinik Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal yang telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing klinik dan pembimbing institusi Prodi Profesi Kebidanan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Semarang Tahun 2022.

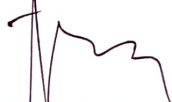
Pembimbing Klinik



Yuni Widayati, SST

NIP. 19730612199332002

Mahasiswa

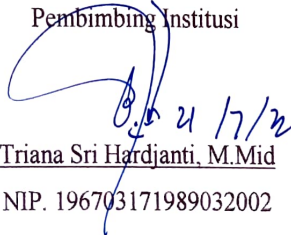


Tri Suksesi Handayani

NIM. P1337424821091

Mengetahui,

Pembimbing Institusi



Triana Sri Hardjanti, M.Mid

NIP. 196703171989032002

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Teori Medis

1. Definisi

Kegawatdaruratan adalah kejadian yang tidak diduga atau terjadi secara tiba-tiba, seringkali merupakan kejadian yang berbahaya. Kegawatdaruratan dapat juga didefinisikan sebagai situasi serius dan kadang kala berbahaya yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga dan membutuhkan tindakan segera guna menyelamatkan jiwa/nyawa (Setyarini, 2016).

Kegawatdaruratan obstetri adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. Terdapat sekian banyak penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayinya. Kasus gawat darurat obstetri adalah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian Ibu janin dan bayi baru lahir. Masalah kedaruratan selama kehamilan dapat disebabkan oleh komplikasi kehamilan spesifik atau penyakit medis atau bedah yang timbul secara bersamaan (Setyarini, 2016).

Penderita atau pasien gawat darurat adalah pasien yang perlu pertolongan tepat, cermat dan cepat untuk mencegah kematian/kecacatan. Ukuran keberhasilan dari pertolongan ini adalah waktu tanggap (respon time) dari penolong. Pengertian lain dari penderita gawat darurat adalah penderita yang bila tidak ditolong segera akan meninggal atau menjadi cacat, sehingga diperlukan tindakan diagnosis dan penanggulangan segera. Karena waktu yang terbatas tersebut, tindakan pertolongan harus dilakukan secara sistematis dengan menempatkan prioritas pada fungsi vital sesuai dengan urutan ABC yaitu :

A (Air Way) : membersihkan jalan nafas dan menjamin nafas bebas hambatan

B (Breathing) : menjamin ventilasi lancar

C (Circulation) : melakukan pemantauan peredaran darah

2. Pengkajian awal kasus kegawatdaruratan kebidanan secara cepat

a. Jalan nafas dan pernafasan

Perhatikan adanya cyanosis, gawat nafas, lakukan pemeriksaan pada kulit: adakah pucat, suara paru: adakah weezhing, sirkulasi tanda-tanda syok, kaji kulit (dingin), nadi (cepat >110 kali/menit dan lemah), tekanan darah (rendah, sistolik < 90 mmHg)

b. Perdarahan pervaginam

Bila ada perdarahan pervaginam, tanyakan:

Apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, riwayat persalinan sebelumnya dan sekarang, bagaimana proses kelahiran placenta, kaji kondisi vulva (jumlah darah yang keluar, placenta tertahan), uterus (adakah atonia uteri), dan kandung kemih (apakah penuh).

c. Klien tidak sadar/kejang

Tanyakan pada keluarga, apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, periksa: tekanan darah (tinggi, diastolik > 90 mmHg), temperatur (lebih dari 38°C)

d. Demam yang berbahaya

Tanyakan apakah ibu lemah, lethargie, sering nyeri saat berkemih. Periksa temperatur (lebih dari 39°C), tingkat kesadaran, kaku kuduk, paru-paru (pernafasan dangkal), abdomen (tegang), vulva (keluar cairan purulen), payudara bengkak.

e. Nyeri abdomen

Tanyakan apakah ibu sedang hamil dan usia kehamilan. Periksa tekanan darah (rendah, systolic < 90 mmHg), nadi (cepat, lebih dari 110 kali/menit), temperatur (lebih dari 38°C), uterus (status kehamilan).

f. Perhatikan tanda-tanda berikut:

Keluar darah, adanya kontraksi uterus, pucat, lemah, pusing, sakit kepala, pandangan kabur, pecah ketuban, demam dan gawat nafas.

3. Peran bidan pada kegawatdaruratan kebidanan

Bidan mempunyai peranan penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu melalui kemampuannya untuk melakukan pengawasan, pertolongan pada ibu, pengawasan bayi baru lahir (neonatus) dan pada persalinan, ibu post partum serta mampu mengidentifikasi penyimpangan dari kehamilan dan persalinan normal dan melakukan penanganan yang tepat termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan yang tepat.

Pengenalan dan penanganan kasus-kasus yang gawat seharusnya mendapatkan prioritas utama dalam usaha menurunkan angka kesakitan terlebih angka kematian ibu, walaupun tentu saja pencegahan lebih baik dari pada pengobatan.

Dalam kegawatdaruratan, peran anda sebagai bidan antara lain:

- a. Melakukan pengenalan segera kondisi gawat darurat
- b. Stabilisasi klien (ibu), dengan oksigen, terapi cairan, dan medikamentosa dengan:
 - 1) Menjamin kelancaran jalan nafas, memperbaiki fungsi system respirasi dan sirkulasi
 - 2) Menghentikan perdarahan
 - 3) Mengganti cairan tubuh yang hilang
 - 4) Mengatasi nyeri dan kegelisahan
- c. Ditempat kerja, menyiapkan sarana dan prasarana di kamar bersalin, yaitu:
 - 1) Menyiapkan radiant warmer/lampu pemanas untuk mencegah kehilangan panas pada bayi
 - 2) Menyiapkan alat resusitasi kit untuk ibu dan bayi
 - 3) Menyiapkan alat pelindung diri
 - 4) Menyiapkan obat-obatan emergensi
- d. Memiliki ketrampilan klinik, yaitu:
 - 1) Mampu melakukan resusitasi pada ibu dan bayi dengan peralatan yang berkesinambungan. Peran organisasi sangat penting didalam pengembangan sumber daya manusia (SDM) untuk meningkatkan keahlian
 - 2) Memahami dan mampu melakukan metode efektif dalam pelayanan ibu dan bayi baru lahir, yang meliputi *making pregnancy safer, safe motherhood, bonding attachment*, inisiasi menyusui dini dan lain-lainnya (Setyarini, 2016).

B. Konsep Dasar Preeklamsia

1. Definisi

Hipertensi merupakan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolik ≥ 90 mmHg dalam 2 kali pemeriksaan dalam kurun waktu 4 jam (Angsar,2011).

Preeklamsia merupakan suatu penyulit pada kehamilan yang ditandai dengan adanya disfungsi plasenta dan respon maternal terhadap adanya inflamasi sitemik dengan aktivasi endotel dan koagulasi. Diagnosis preeklamsia ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi dan proteinuria pada usia kehamilan diatas 20 minggu (JNPK-KR,2012).

Preeklamsia dapat mengakibatkan terjadinya penurunan perfusi organ dan pengaktifan endotel yang menimbulkan terjadinya hipertensi, edema nondependen, dan dijumpai proteinuria 300mg per 24 jam atau 30mg/dl (+1 pada dipstick) dengan nilai sangat fluktuatif saat pengambilan urin sewaktu (Brooks MD, 2011)

Eklamsia menurut Varney (2010) merupakan suatu kondisi preeklamsia yang memburuk menjadi kejang atau koma, dimana sebelumnya sudah menunjukkan gejala-gejala preeklamsia (hipertensi, oedema, proteinuria).

2. Klasifikasi

Klasifikasi berdasarkan *Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy*, ialah:

a. Hipertensi gestasional

Hipertensi yang timbul pada saat kehamilan tanpa disertai proteinuria, dan hipertensi dapat menghilang setelah 3 bulan pasca persalinan. Hipertensi gestasional dapat disebut juga dengan kehamilan disertai tanda-tanda preeklamsia namun tanpa proteinuria.

b. Hipertensi Kronik

Hipertensi yang timbul pada usia kehamilan sebelum 20 minggu atau hipertensi yang didiagnosis pada usia kehamilan 20 minggu dan menetap hingga 12 minggu pasca persalinan.

c. Preeklamsia/eklamsia

Hipertensi yang timbul pada usia kehamilan diatas 20 minggu dan disertai proteinuria, sedangkan eklamsia merupakan preeklamsia yang disertai dengan kejang dan atau koma.

d. Hipertensi *superimposed* preeklamsia

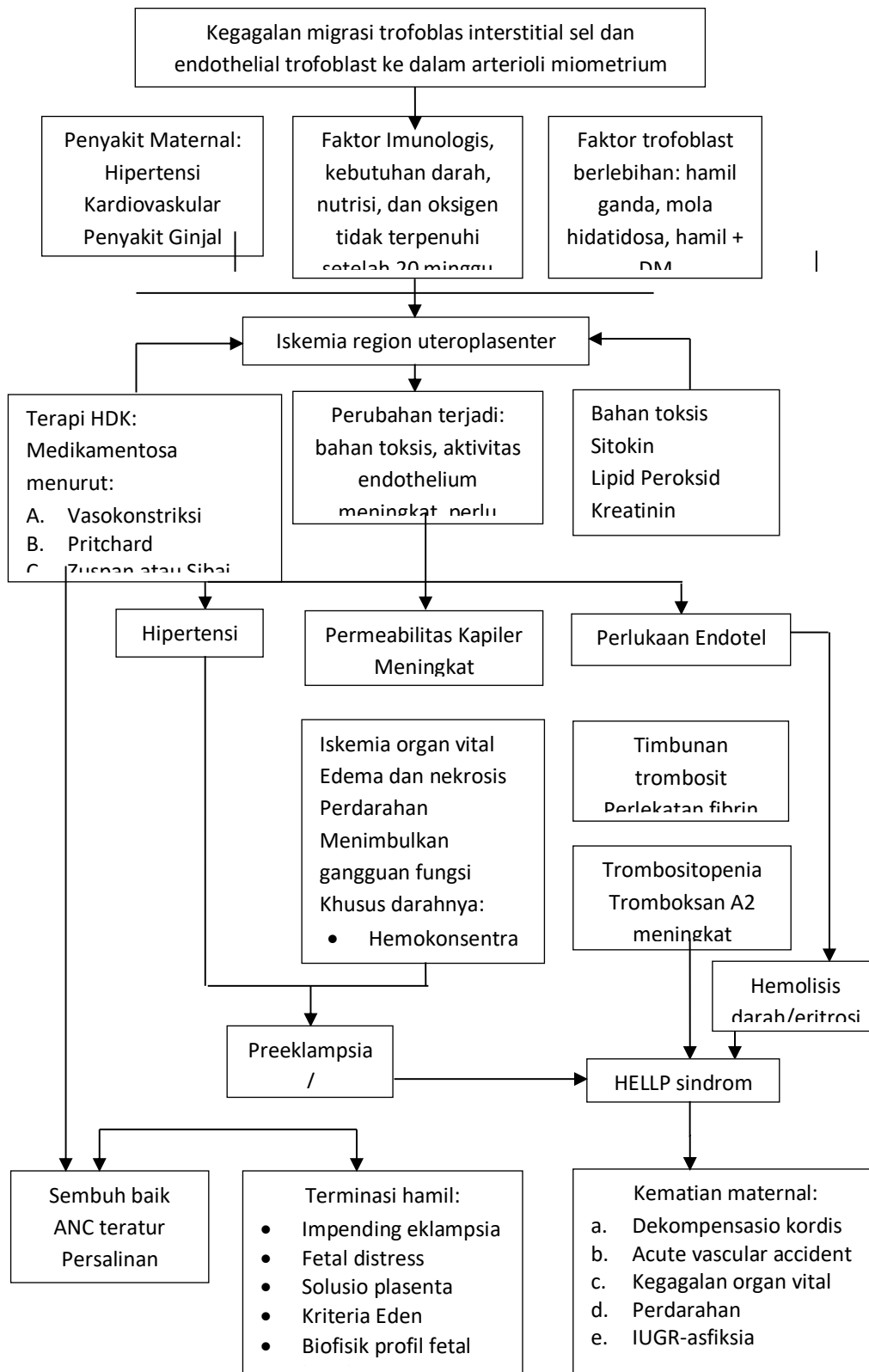
Hipertensi yang ditemukan pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu yang disertai tanda-tanda preeklamsia (proteinuria).

Tabel 2.1. Klasifikasi Pre eklamsi

Diagnosis	Tekanan Darah	Tanda-tanda lain
Hipertensi dalam kehamilan		
1. Hipertensi	Tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg atau kenaikan 15 mmHg dalam pengukuran berjarak 1 jam.	Proteinuria (-) Kehamilan >20 minggu
2. Preeklamsia ringan	Hipertensi	Proteinuria +1
3. Preeklamsia berat	Tekanan darah diastolic >110mmHg	Proteinuria +2 Oliguria Hiperrefleksia Gangguan pengelihatan Nyeri epigastrium
4. Eklamsia	Preeklamsia	Kejang/koma
Hipertensi Kronik		
1. Hipertensi kronik	Hipertensi	Kehamilan <20 minggu
2. Hipertensi superimposed preeklamsia	Hipertensi kronik	Proteinuria dan tanda lain preeklamsia

Sumber: *Buku Acuan Pelayanan obstetric dan Neonatal Emergensi Dasar, 2012*

3. Patofisiologi



Patofisiologi dan penatalaksanaan preeklamsia (Manuaba, 2010)

Patofisiologi terjadinya hipertensi pada kehamilan dijelaskan dalam beberapa teori, walaupun pada dasarnya penyebab terjadinya hipertensi dalam kehamilan belum diketahui dengan jelas. Beberapa teori tersebut antara lain:

a. Teori Kelainan Vaskularisasi Plasenta

Pada kehamilan normal, aliran darah uteroplasenta dipasok oleh arteri ovarika dan arteri uterina, arteri tersebut bercabang hingga mencapai endometrium menjadi arteri spiralis. Idealnya, arteri spiralis mengalami dilatasi saat terjadi invasi trofoblas, sehingga terjadi peningkatan aliran darah uteroplasenta untuk menjamin pertumbuhan janin dengan baik. Kejadian distensi dan vasodilatasi arteri spiralis ini sering disebut dengan *remodeling arteri spiralis*. Namun, pada ibu hamil dengan hipertensi, terjadi kegagalan invasi trofoblas yang belum diketahui sebabnya, sehingga arteri spiralis tidak berdilatasi dan tetap kaku, akibatnya aliran darah uteroplasenta terhambat, tekanan darah menjadi tinggi.

b. Teori Iskemi Plasenta

Aliran darah uteroplasenta yang terhambat akibat kegagalan *remodeling arteri spiralis* mengakibatkan terjadinya iskemi plasenta. Plasenta yang mengalami iskemi dan hipoksia menghasilkan oksidan atau radikal bebas. Salah satu oksidan yang dihasilkan dan sifatnya sangat toksik adalah radikal hidroksil. Radikal hidroksil dapat merusak membran sel yang mengandung asam lemak tidak jenuh dan diubah menjadi peroksida lemak. Peningkatan peroksida lemak berimbas pada penurunan antioksidan seperti vitamin E, sehingga dominasi peroksida lemak dapat merusak membran sel endotel dan fungsinya pun ikut terganggu. Keadaan ini disebut sebagai *endothelial dysfunction* (disfungsi endotel), akibatnya sebagai berikut:

- 1) Penurunan produksi prostaglandin atau prostasiklin (PGE₂) yang berfungsi sebagai vasodilatator.
- 2) Peningkatan tromboxan yang berfungsi sebagai vasokonstriktor akibat dari agregasi sel trombosit pada endotel yang rusak.
- 3) Glomerular endotheolisis.
- 4) Peningkatan endotelin yang juga berfungsi sebagai vasokonstriktor.
- 5) Peningkatan faktor koagulasi.

c. Teori Intoleransi Immunologik

Pada kehamilan normal respon imun ibu tidak menolak terhadap hasil konsepsi karena adanya *human leukocyte antigen protein G* (HLA-G), yang dapat melindungi trofoblas janin dari lisis oleh *natural killer* sel ibu dan dapat membantu invasi trofoblas ke dalam jaringan desidua.

Pada kehamilan dengan hipertensi terjadi penurunan HLA-G yang berefek pada hambatan invasi trofoblas yang sangat penting untuk melunakkan jaringan desidua untuk *remodeling arteri spiralis*. Pada preeklamsia kemungkinan terjadi *immune-maladaptation*.

d. Teori Adaptasi Kardiovaskuler

Pada hamil normal pembuluh darah refrakter terhadap bahan-bahan vasopresor. Refrakter, berarti pembuluh darah tidak peka terhadap rangsangan bahan vasopresor atau dibutuhkan kadar vasopresor yang lebih tinggi untuk menimbulkan respons vasokonstriksi. Pada kehamilan normal terjadinya refrakter pembuluh darah terhadap bahan vasopresor adalah akibat adanya sintesis prostaglandin pada sel endotel pembuluh darah. Hal ini dibuktikan bahwa daya refrakter terhadap bahan vasopresor akan hilang bila diberi prostaglandin sintesis inhibitor (bahan yang menghambat produksi prostaglandin). Prostaglandin ini dikemudian hari ternyata adalah prostasiklin.

e. Teori Genetik

Genotipe ibu lebih menentukan terjadinya hipertensi kehamilan, pada penelitian disebutkan bahwa pada ibu dengan preeklamsia 26 % anak perempuannya beresiko mengalami preeklamsia juga.

f. Teori Defisiensi Gizi

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa kekurangan gizi berperan dalam terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Penelitian terakhir membuktikan bahwa konsumsi minyak ikan dapat mengurangi preeklamsia.

Beberapa juga menganggap bahwa defisiensi kalsium pada diet perempuan hamil mengakibatkan resiko terjadinya preeklamsia/eklamsia. Dari penelitian diketahui bahwa ibu hamil yang diberi suplemen kalsium cukup, kasus yang mengalami preeklamsia adalah 14% sedang yang diberi glukosa 17%.

g. Teori Stimulus Inflamasi

Teori ini berdasarkan fakta bahwa lepasnya debris trofoblas di dalam sirkulasi darah merupakan rangsangan utama terjadinya proses inflamasi. Pada kehamilan normal plasenta juga melepaskan debris trofoblas, sebagai sisa-sisa proses apoptosis dan nekrotik trofoblas, akibat reaksi stress oksidatif bahan-bahan ini sebagai bahan asing yang kemudian merangsang timbulnya proses inflamasi.

Pada kehamilan normal, jumlah debris trofoblas masih dalam batas wajar, sehingga reaksi inflamasi juga masih dalam batas normal. Berbeda dengan proses apoptosis pada preeklampsia, dimana pada PE terjadi peningkatan stress oksidatif sehingga produksi debris apoptosis dan nekrotik trofoblas juga meningkat. Semakin banyak sel trofoblas plasenta, misalnya pada plasenta besar, kehamilan ganda, maka reaksi stress oksidatif akan sangat meningkat sehingga beban reaksi inflamasi pada ibu juga meningkat

4. Faktor Risiko

Faktor resiko terjadinya hipertensi kehamilan yang dapat dideteksi pada kunjungan antenatal pertama, dapat dikelompokkan sebagai berikut:

Anamnesis:

- a. Umur >40 tahun
- b. Nulipara
- c. Multipara dengan riwayat preeklamsia sebelumnya
- d. Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru
- e. Multipara dengan jarak kehamilan sebelumnya 10 tahun atau lebih
- f. Riwayat preeklamsia pada ibu atau saudara perempuan
- g. Kehamilan multiple
- h. IDDM (insulin dependent diabetes mellitus)
- i. Hipertensi kronik
- j. Penyakit ginjal
- k. Sindrom Antifosfolipid (APS)
- l. Donor oosit, sperma, embrio.
- m. Obesitas sebelum hamil

Pemeriksaan fisik:

- a. Indeks massa tubuh ≥ 35
- b. Tekanan darah diastolic ≥ 80 mmHg

- c. Proteinuria (dipstick $\geq +1$ pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau kuantitatif 300mg/24 jam)

Pengelompokkan faktor resiko tinggi untuk preeklamsia:

- a. Preeklamsia pada kehamilan sebelumnya
- b. Kehamilan multiple
- c. Penyakit yang menyertai kehamilan:
 - 1) Hipertensi kronik
 - 2) Diabetes mellitus
 - 3) Penyakit ginjal kronik
 - 4) Sindroma antifosfolipid

5. Penegakkan Diagnosis

- a. Penegakkan Diagnosis Hipertensi

Derajat hipertensi berdasarkan tekanan darah diastolic pada saat datang dibagi menjadi ringan (90-99 mmHg), sedang (100-109 mmHg) dan berat (≥ 110 mmHg). Hipertensi berat apabila tekanan darah sistolik sekurang-kurangnya 160 mmHg dan diastolic 110 mmHg).

- b. Penentuan Proteinuria.

Proteinuria ditetapkan apabila dalam 24 jam ekskresi urin melebihi 300 mg atau tes urin dipstick \geq positif 1, dalam 2 kali pemeriksaan berjarak 4-6 jam. Proteinuria berat apabila dalam urin ditemukan ≥ 5 gram/ 24 jam.

- c. Penegakkan Diagnosis Preeklamsia.

1) Preeklamsia Ringan

Diagnosis preeklamsia ringan ditegakkan atas dasar timbulnya hipertensi yang disertai proteinuria dan/atau oedema setelah kehamilan 20 minggu.

- a) Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg
- b) Proteinuria ≥ 300 mg/24 jam atau \geq positif 1 dipstik
- c) Oedema pada lengan, muka, perut, generalisata.

2) Preeklamsia Berat

Preeklamsia berat dibagi menjadi dua yaitu tanpa *impending eclamsia* dan dengan *impending eclamsia*. Disebut *impending eclamsia* bila preeklamsia berat disertai dengan gejala subjektif seperti nyeri kepala hebat, gangguan penglihatan, muntah-muntah, nyeri epigastrium, dan kenaikan progresif tekanan darah.

Diagnosis ditegakkan sebagaimana tercantum dibawah ini:

Kriteria Diagnosis Preeklamsia
Kriteria Minimal
1) Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah kehamilan 20 minggu. 2) Ekskresi protein urin ≥ 300 mg/24 jam atau \geq positif 1 dipstik, rasio protein kreatini ≥ 30 mg/mmol.
Kriteria Preeklamsia Berat (dengan minimal satu gejala dibawah ini)
1) Tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg 2) Proteinuria ≥ 5 g/24 jam atau \geq positif 2 dipstik. 3) Ada keterlibatan organ lain: a) Hematologi : trombositopenia (100.000/ul),hemolisis mikroangiopati b) Hepar: peningkatan SGOT/SGPT, nyeri epigastrik c) Neurologis: sakit kepala persisten, skotoma penglihatan d) Janin: oligohidamnion, pertumbuhan janin terhambat. e) Paru: edema paru dan/atau gagal jantung kongestif. f) Ginjal: oliguria (≤ 500 ml/25 jam),kreatinin $\geq 1,2$ mg/dl

Sumber: *Buku Acuan Pelayanan Obstetric dan Neonatal Emergensi Dasar, 2012*

6. Sindroma HELLP

Sindroma HELLP (*Hemolysis Elevated Liver Enzyme Low Platelets Count*) merupakan preeklamsia/eklamsia disertai dengan hemolisis, peningkatan enzim hepar, disfungsi hepar, trombositopenia (Angsar, 2011).

Diagnosis ditandai dengan malaise, lemah, nyeri kepala, mual, muntah. Terdapat tanda-tanda hemolisis intravascular khususnya kenaikan LDH, AST, bilirubin indirek. Trombositopenia juga menyertai dengan kadar trombosit ≤ 150.000 ml.

Pengobatan sindroma HELLP harus memperhatikan perawatan dan pengobatan pada preeklamsia. Pemberian cairan intravena harus hati-hati karena telah terjadi vasospasme. Kehamilan dengan sindroma ini harus segera diakhiri.

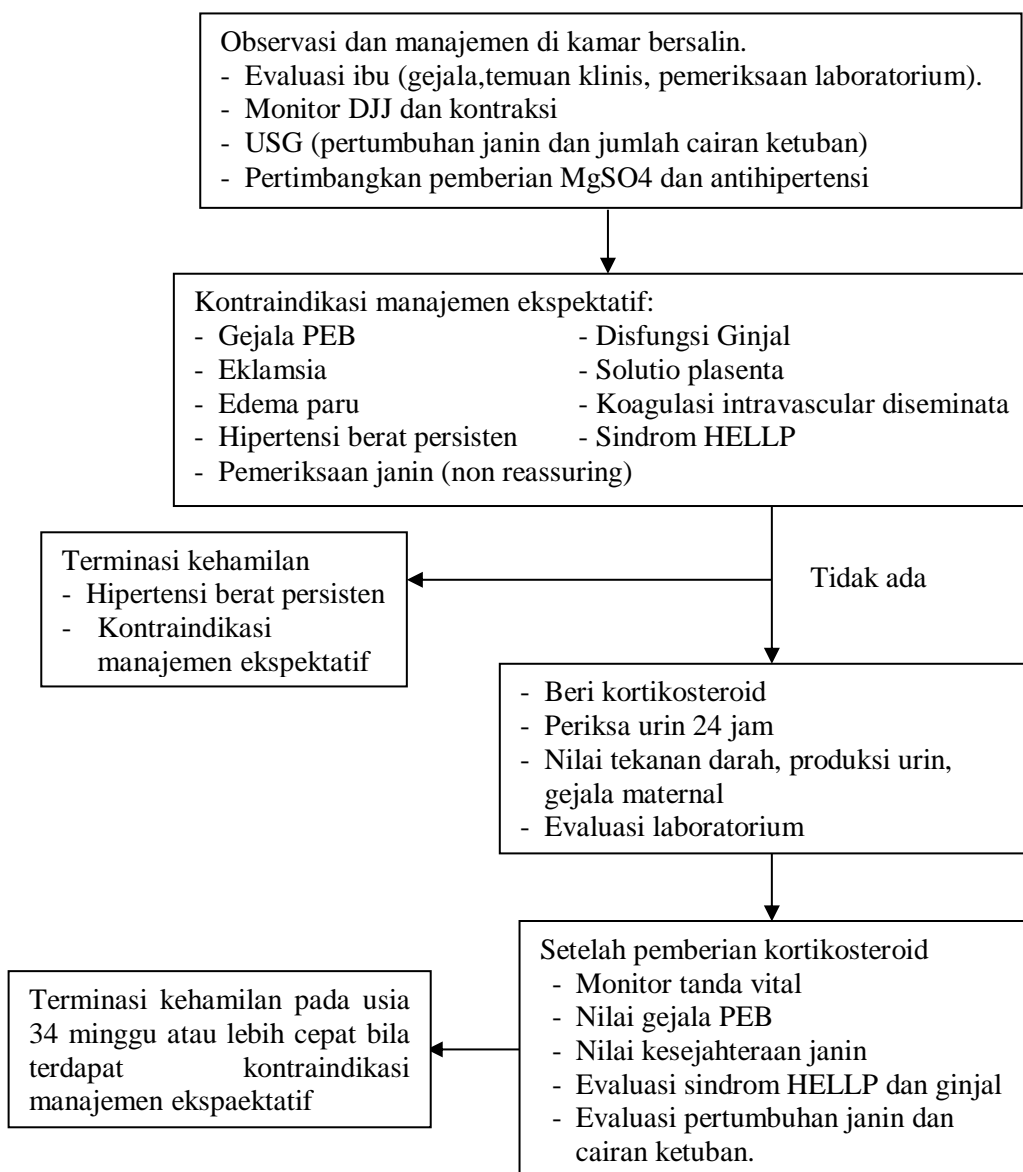
7. Pengelolaan dalam Kehamilan dan Persalinan

a. Manajemen ekspektatif

Tujuan utama dari manajemen ekspektatif adalah untuk memperbaiki luaran perinatal dengan mengurangi morbiditas neonatal serta memperpanjang usia kehamilan tanpa membahayakan ibu.

Manajemen ekspektatif tidak meningkatkan kejadian morbiditas maternal seperti gagal ginjal, sindrom HELLP, angka sectio caesarea atau solution plasenta. Manajemen ekspektatif dapat dipertimbangkan pada kasus preeklamsia pada usia kehamilan 26-34 minggu.

Bagan Manajemen Ekspektatif



Sumber: *Buku Acuan Pelayanan Obstetric dan Neonatal Emergensi Dasar, 2012*

b. Pemberian MgSO4

Magnesium sulfat (MgSO₄) diberikan pada preeklamsia dengan tujuan untuk mencegah dan mengurangi angka kejadian eklamsia serta mengurangi morbiditas dan mortalitas maternal dan perinatal (Angsar, 2011).

Mekanisme kerja MgSO₄ yaitu menyebabkan vasodilatasi melalui relaksasi otot polos, termasuk pembuluh darah perifer dan uterus. Selain sebagai antikonvulsan, MgSO₄ juga berguna sebagai antihipertensi dan

tokolitik. MgSO₄ dapat menghambat reseptor NMDA di otak, yang apabila teraktivasi dapat mengakibatkan kejang dan kerusakan sel (Angsar,2011).

Magnesium sulfat merupakan drug of choice untuk mengobati kejang (dibandingkan dengan diazepam dan fenitoin). Antikonvulsan yang efektif dan membantu mencegah kejang kambuh dan mempertahankan aliran darah ke uterus dan aliran darah ke fetus.

Magnesium sulfat menghambat atau menurunkan kadar asetilkolin pada rangsangan serat saraf dengan menghambat transmisi neuromuscular yang membutuhkan kalsium. Kadar kalsium yang tinggi dalam darah dapat menghambat kerja magnesium sulfat (Angsar,2011).

Cara pemberian magnesium sulfat:

- 1) Pemberian dosis awal: 4 gram larutan MgSO₄ (10 ml larutan MgSO₄ 40% atau 20 ml MgSO₄ 20%) dan larutkan dengan 10 ml aquades. Berikan secara IV selama 20 menit. Apabila akses IV sulit, berikan masing-masing 5 gram MgSO₄ (12,5 ml larutan MgSO₄ 40% atau 25 ml MgSO₄ 20%) secara IM di bokong kanan dan kiri.
- 2) Pemberian dosis rumatan: 6 gram MgSO₄ (15 ml larutan MgSO₄ 40% atau 30 ml MgSO₄ 20%) dan dilarutkan dalam ringer laktat, lalu berikan secara IV dengan kecepatan 28 tetes per menit selama 6 jam dan diulang hingga 24 jam setelah persalinan atau kejang berakhir.

Syarat pemberian magnesium sulfat:

- 1) Harus tersedia antidotum MgSO₄ yaitu CaGlukonas. Jika terjadi depresi napas berikan CaGlukonas 1 gram (10 ml larutan 10%) secara IV selama 10 menit.
 - 2) Terdapat refleks patella.
 - 3) Frekuensi pernapasan >16x/menit.
 - 4) Jumlah urin minimal 0,5 ml/kg BB/jam.
- c. Pemberian Antihipertensi

Antihipertensi diberikan sedini mungkin pada batas tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolic ≥ 90 mmHg (JNPK-KR,2010).

Pemberian antihipertensi untuk menurunkan tekanan darah memberikan efek negative terhadap perfusi uteroplasenta, karena adanya penurunan pada tekanan arteri. Oleh karena itu, indikasi utama

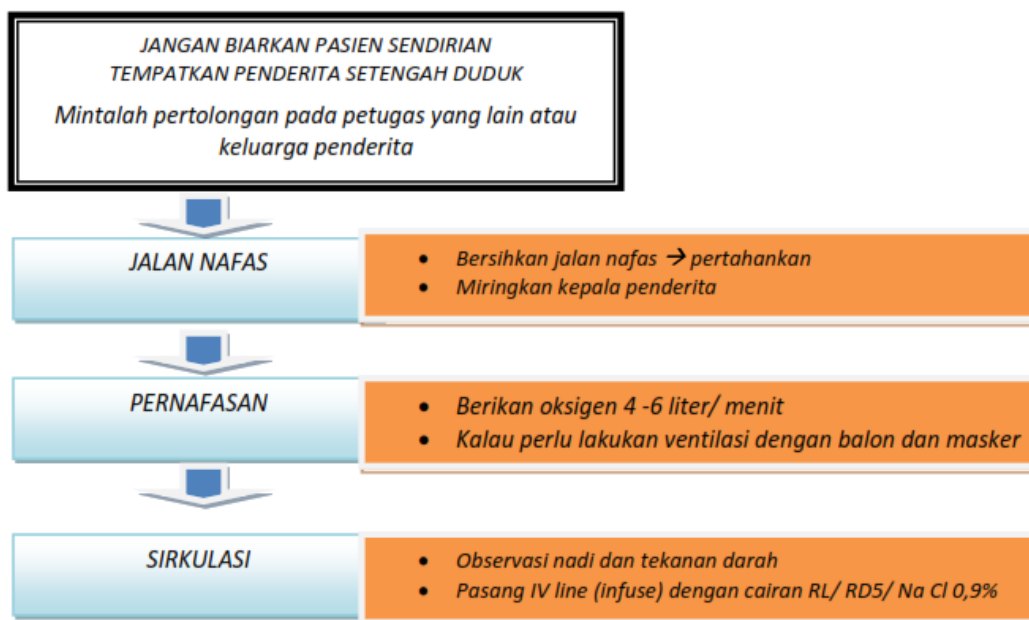
pemberian antihipertensi pada kehamilan adalah untuk keselamatan ibu dalam mencegah penyakit serebrovaskular.

Nama Obat	Dosis	Keterangan
Nifedipin	4x10-30 mg per oral (short acting) 1x20-30 mg per oral (long acting/Adalat OROS ®)	Dapat menyebabkan hipoperfusi bila diberikan sublingual
Nikardipin	5 mg/jam, dapat dititrasi 2,5 mg/jam tiap 5 menit hingga maksimum 10 mg/jam	
Metildopa	2x 250-500 mg per oral	Dosis maksimum 2000mg/hari

Sumber: *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan, 2013*

Antihipertensi golongan ACE inhibitos (kaptopril), ARB (valsartan), dan klorotiazid dikontraindikasikan pada ibu hamil, karena berefek teratogenik. Pada ibu hamil yang telah mendapatkan terapi antihipertensi di masa antenatal dianjurkan untuk melanjutkan terapi hingga persalinan.

ALUR PENGELOLAAN PENDERITA PREEKLAMPSIA BERAT/EKLAMPSIA





Sumber : Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal, 2016

C. Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Definisi

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dan rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu yang berfokus pada klien. (Varney, 1997).

2. Tujuan

Tujuan asuhan kebidanan adalah menjamin kepuasan dan keselamatan ibu dan bayinya sepanjang siklus reproduksi, mewujudkan keluarga bahagia dan berkualitas melalui pemberdayaan perempuan dan keluarganya dengan menumbuhkan rasa percaya diri. (Suryani, 2007).

3. Prinsip

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh American College Of Nurse Midwife terdiri dari :

- Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.

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

4. Manajemen Berdasarkan Kasus

- a. Langkah I (Pengkajian)
 - 1) Data Subyektif
 - a) Biodata atau identitas klien dan suami. Yang perlu dikaji adalah nama, umur, agama, suku, pendidikan, pekerjaan dan alamat. Gunanya adalah untuk membedakan antara pasien yang satu dengan pasien yang lainnya.
 - b) Keluhan utama. Melahirkan dengan cara SC, pada ibu post operasi keluhan yang biasa muncul yaitu rasa gangguan rasa nyaman karena nyeri akut yang berhubungan dengan trauma pembedahan (Jitowiyono, 2010).
 - c) Riwayat perkawinan. Yang ditanyakan status perkawinan, umur waktu menikah, berapa lama menikah.
 - d) Riwayat menstruasi. Yang ditanyakan adalah kapan pertama kali haid, berapa lama dan apakah merasakan nyeri saat haid.
 - e) Riwayat obstetric. Yang ditanyakan adalah kehamilan lalu untuk mengetahui ibu pernah hamil berapa kali, apakah ibu pernah merasakan mual-muntah, perdarahan, dll. Persalinan

yang lalu untuk mengetahui apakah klien pernah mengalami persalinan spontan atau dengan tindakan, persalinan preterm. Nifas yang lalu, kemungkinan adanya involusi uterus, lochea dan laktasi berjalan dengan normal atau disertai komplikasi.

- f) Riwayat kesehatan. Riwayat kesehatan yang lalu: kemungkinan klien pernah mengalami diabetes mellitus, lupus, infeksi, hipertensi, preeklamsia, hemoglobinopati, penyakit resus, rupture uteri, antifosfolipid sindrom, hipotensi. Riwayat kesehatan sekarang: kemungkinan klien pernah mengalami diabetes mellitus, lupus, infeksi, hipertensi, preeklamsia, hemoglobinopati, penyakit resus, rupture uteri, antifosfolipid sindrom, hipotensi akut. Riwayat penyakit keluarga : diabetes mellitus, hipertensi, hemoglobinopati, penyakit resus, dll.
- g) Riwayat kontrasepsi. Klien pernah menggunakan kontrasepsi atau tidak.
- h) Riwayat seksualitas. Aktivitas seksual klien normal atau tidak.
- i) Riwayat social ekonomi dan budaya. Mengetahui hubungan klien dengan suami, keluarga dan masyarakat, adanya kemungkinan kebudayaan yang mempengaruhi kesehatan klien.
- j) Riwayat psikologi. Klien cemas dan gelisah dengan kelahiran bayinya apakah senang atau tidak.

b. Data Obyektif

Data obyektif menggambarkan dokumentasi hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium dan pemeriksaan diagnostic lain yang dilakukan sesuai dengan beratnya masalah.

1) Langkah I (Pemeriksaan Fisik)

a) Pemeriksaan umum. Yang menjadi data fokus pada kasus ini adalah proses involusi uterus karena setelah pembedahan dapat terjadi resiko terjadi perdarahan.

b) Pemeriksaan khusus.

(1) Secara inspeksi, yaitu pemeriksaan pandang yang dimulai dari kepala sampai kaki yang menjadi data focus pada kasus ini adalah proses pengeluaran pervaginam, kuantitas darah, warna dan bau.

(2) Secara palpasi. Dengan menggunakan cara Leopold, yang menjadi data focus pada kasus ini adalah apakah uterus berkontraksi dengan baik, tfu setelah proses pembedahan.

c) Pemeriksaan Penunjang

(1) Pemeriksaan Hemoglobin

(2) Pemeriksaan Protein Urine

(3) Trippel eliminasi (HIV, Sifilis, HbsAg)

(4) Pemeriksaan Lakmus

(5) Pemeriksaan Antigen Covid19

2) Langkah II (Interpretasi Data)

a) Dasar. Ny...., umur.....,G..P...A... usia kehamilan ...

b) Dasar. Ibu mengatakan namanya..., ibu mengatakan ini persalinannya yang ke... persalinan secara... atas indikasi....

c) Masalah. Masalah yang akan timbul adalah gangguan rasa nyaman.

d) Kebutuhan. Berikan motivasi untuk mobilisasi.

3) Langkah III (Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial)

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis/ masalah potensial ini benar-benar terjadi. Dalam kasus ini identifikasi masalah potensial yang mungkin terjadi adalah gangguan rasa nyaman, abdomen tegang sehubungan dengan adanya rasa nyeri di abdomen, potensi terjadinya infeksi sehubungan dengan adanya sayatan atau luka operasi (Jitowiyono dkk, 2010).

4) Langkah IV (Identifikasi kebutuhan yang membutuhkan penanganan segera)

Antisipasi tindakan segera dibuat berdasarkan hasil identifikasi pada diagnosa potensial. Langkah ini digunakan untuk mengidentifikasi dan menetapkan penanganan segera untuk mengantisipasi dan siap-siap terhadap kemungkinan

yang terjadi atau mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau dikonsultasikan atau ditangan bersama anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien.

5) Langkah V (Perencanaan)

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnose yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan social ekonomi-kultural atau masalah psikologis (Dwana, dkk, 2008).

6) Langkah VI (Pelaksanaan)

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggotatim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Dwana, dkk, 2008).

7) Langkah VII (Evaluasi)

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnose dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum

efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu keglangitan yang berkesinambungan maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian terhadap rencana asuhan tersebut. Langkah-langkah proses manajemen pada umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis. Karena proses manajemen tersebut berlangsung dalam situasi dan dua langkah yang terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan saja (Dwana, dkk, 2008)

DAFTAR PUSTAKA

- Adzlan, T. (2011) *Pendewasaan Usia Perkawinan*. Available at: http://lampung.bkkbn.go.id/_layouts/mobile/dispform.aspx?List=8c526a76-8b88-44fe-8f81-2085df5b7dc7&View=69dc083c-a8aa-496a-9eb7-b54836a53e40&ID=21afili
- Affandi, B. *et al.* (2014) *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. 3rd edn. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Akip, S. D., Wiyati, P. S. and Wijayahadi, N. (2015) 'Luaran Maternal dan Perinatal Pada Ibu Hamil dengan Preeklampsia Berat', *Universitas Diponegoro*. Semarang: Faculty of Medicine.
- Alatas, H. (2019) *Hipertensi pada Kehamilan, Prodi D3 Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang-Purwokerto*. Available at: <http://kebidanan.poltekkes-smg.ac.id/wp-content/uploads/2019/03/Materi-2-DR.dr.-Haidar.pdf>.
- Angsar, M. Dikman, 2011, "Hipertensi dalam Kehamilan" dalam *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo* editor Abdul Bari Saifuddin, Jakarta: YBPSP.
- Astrina, N. (2015) 'Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia/Eklampsia Di Rsud Panembahan Senopati Bantul', *Stikes Aisyiyah Yogyakarta*.
- Cho, J. J. *et al.* (2015) 'Prior cesarean section is associated with increased preeclampsia risk in a subsequent pregnancy', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), pp. 1–6. doi: 10.1186/s12884-015-0447-x.
- Clark, P., Thomson, A. J. and Greer, I. A. (2012) 'Haematological Problems in Pregnancy', *Dewhurst's Textbook of Obstetrics & Gynaecology: Eighth Edition*, pp. 151–172. doi: 10.1002/9781119979449.ch15.
- Cunningham, F. G. *et al.* (2012) *Williams Obstetrics*. 23rd edn, *Williams Obstetrics*. 23rd edn. New York: McGraw-Hill Education.
- Eiland, E., Nzerue, C. and Faulkner, M. (2012) 'Preeclampsia 2012', *Journal of Pregnancy*, 2012. doi: 10.1155/2012/586578.
- Elind, A.-H. (2016) 'Trace Elements as Potential Biomarkers of Preeclampsia', *Annual Research & Review in Biology*, 9(1), pp. 1–10. doi: 10.9734/ARRB/2016/20342.
- Gant, N. F. and Cunningham, F. G. (2010) *Dasar-dasar Ginekologi & Ostetri*. Jakarta: EGC.
- Handayani, T., Ansar, J. and Sidik, D. (2014) 'Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia

- Pada Ibu Hamil Di RSKDIA Siti Fatimah', *Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin*.
- Helina, S. and Sulastri, D. (2014) 'Artikel Penelitian Korelasi Kadar Hemoglobin dengan Kadar Nitric Oxide pada Preeklamsia dan Kehamilan Normal', 4(3), pp. 808–814.
- JNPK-KR, 2010, Paket Pelatihan: *Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergency Dasar (PONED)*
- Keman, K. (2014) *Patomekanisme Preeklamsia Terkini: Mengungkapkan Teori-teori Terbaru tentang Patomekanisme Preeklamsia Dilengkapi dengan Deskripsi Diomokuler*. Malang: Universitas Brawijaya Press (UB Press). Available at: <https://books.google.co.id/books?id=EqJQDwAAQBAJ>.
- Kementerian Kesehatan RI (2018) *Kesehatan Reproduksi dan Seksual Bagi Calon Pengantin*. Edited by S. D. K. U. Reproduksi. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI, 2013, Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Lamminpää, R. *et al.* (2012) 'Preeclampsia complicated by advanced maternal age: a registry-based study on primiparous women in Finland 1997-2008', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(47), pp. 1–5. doi: 10.1186/1471-2393-12-47.
- Lindheimer, M. D. and Romero, R. (2007) 'Emerging roles of antiangiogenic and angiogenic proteins in pathogenesis and prediction of preeclampsia', *Hypertension*, 50(1), pp. 35–36. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.107.089045.
- Macdonald, S. and Magill-Cuerden, J. (2011) *Mayer's Midwifery*. 14th edn. London: Elsevier. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Marfell, J. A. (2014) *Prenatal and Postnatal Care: A Women Centered Approach*. UK: Library of Congress Cataloging in Publication Data.
- Marlianti, S. (2016) 'Hubungan Usia Ibu Dan Umur Kehamilan Dengan Kejadian Preeklamsia', *Universitas Islam Sultan Agung*, 956, pp. 0–1.
- Mikat, B. *et al.* (2012) 'Early Detection of Maternal Risk for Preeclampsia', *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 2012, pp. 1–7. doi: 10.5402/2012/172808.
- Mockova, A. *et al.* (2014) 'Extremely hypotrophic newborn of mother with systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome', *Lupus*, 23(3), pp. 313–318. doi: 10.1177/0961203313517406.
- Nina, D. (2018) *Fisiologi Manusia Siklus Reproduksi Wanita*. Jakarta: Penerbar Plus.

- Novianti, H. (2016) 'Pengaruh Usia Dan Paritas Terhadap Kejadian Pre Eklampsia Di RSUD Sidoarjo', *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9(1), pp. 25–31. Available at: <http://journal.unusa.ac.id/index.php/JHS/article/view/356>.
- Ogawa, K. *et al.* (2017) 'Association between very advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A cross sectional Japanese study', *BMC Pregnancy and Childbirth*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s12884-017-1540-0.
- Prawirohardjo, S. (2014) *Ilmu Kebidanan*. 4th edn. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2011. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rizki, M. E. (2014) 'Hubungan Usia dengan Kejadian Preeklampsia pada Ibu Bersalin di RSUD Wonosari Tahun 2013', *Stikes Aisyiyah Yogyakarta*.
- Saifuddin, A. B. (2012) *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. 5th edn. Edited by G. Adriaansz, G. H. Wiknjosastro, and D. Waspodo. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin, A. B. (2014) *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. 3rd edn. Edited by B. Affandi *et al.* Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin, A. B., Rachimhadhi, T. and Wiknjosastro, G. H. (2010) *Ilmu Kebidanan*. 4th edn. Edited by G. H. W. Abdul Bari Saifuddin, Trijatmo Rachimhadhi. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saraswati, N. and Mardiana (2016) 'Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklampsia pada Ibu Hamil (Studi kasus di RSUD Kabupaten Brebes tahun 2014)', *Unnes Journal of Public Health*, 5(2), pp. 90–99. doi: 10.15294/ujph.v5i2.10106.
- Setyarini, Didien Ika, Suprapti. 2016. *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Setyawati, A., Widiasih, R. and Ermiami (2018) 'Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklampsia di Indonesia', *Jurnal Perawat Indonesia*, 2(1), pp. 32–40. Available at: <https://journal.ppnijateng.org/index.php/jpi/article/view/38>.
- Shan, D. *et al.* (2018) 'Pregnancy Outcomes in Women of Advanced Maternal Age: a Retrospective Cohort Study from China', *Scientific Reports*, 8(1), pp. 1–9. doi: 10.1038/s41598-018-29889-3.

- Sibai, BM, 2005, *Magnesium Sulfate Profilaxis in Preeclampsia: Evidence from Randomized Trials*, Clinical Obstetrics and Gynecology
- Sufiyati, F. S., Mardjan and Saleh, I. (2017) 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi Tubektomi Pada Pasangan Usia Subur', *Jurnal Mahasiswa dan Peneliti Kesehatan*, 1(1).
- Sulistiyono, A. (2016) *Preeklampsia*, Tim PENAKIB Surabaya. Available at: http://fik.um-surabaya.ac.id/sites/default/files/dr_Agus.pdf (Accessed: 22 September 2018).
- Suprihatin, E., Norontoko, D. A. and Miadi (2015) *Prediction of Preeclampsia by a Combination of Body Mass Index (BMI), Mean Arterial Pressure (MAP), and Roll Over Test (ROT)*, Polytechnic of Health Ministry of Health Surabaya Indonesia. Universitas Airlangga. Available at: <http://eprints.ners.unair.ac.id/321/>.
- Surachmindari and Yulifah (2013) *Konsep Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tessema, G. A., Tekeste, A. and Ayele, T. A. (2015) 'Preeclampsia and Associated Factors Among Pregnant Women Attending Antenatal Care in Dessie Referral Hospital, Northeast Ethiopia: A Hospital-Based Study', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(73), pp. 1–7. doi: 10.1186/s12884-015-0502-7.
- Tranquilli, A. L. *et al.* (2013) 'The definition of severe and early-onset preeclampsia. Statements from the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP)', *Pregnancy Hypertension*. International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy, 3(1), pp. 44–47. doi: 10.1016/j.preghy.2012.11.001.
- Tranquilli, A. L. *et al.* (2014) 'The classification, diagnosis and management of the hypertensive disorders of pregnancy: A revised statement from the ISSHP', *Pregnancy Hypertension*, 4(2), pp. 97–104. doi: 10.1016/j.preghy.2014.02.001.
- Varney, Helen, Jan M. Kriebs, Carolyn L. Gegor, 2010, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*, alih bahasa Ana Lusiyana, Jakarta: EGC.
- Varney, Helen, Kriebs, J. M. and Gegor, C. L. (2010) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. ed. 4 vol. Jakarta: EGC.
- Wahyuni, E. D. (2018) *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Wantania, J. J. E. (2015) *Hipertensi dalam Kehamilan*, FK UNSRAT Manado. Available at:

<http://repo.unsrat.ac.id/1590/1/18. Hipertensi Dalam Kehamilan.pdf>

Waryana (2010) *Gizi Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.

WHO (2012) *Daily Iron and Folic Acid Supplementation in Pregnant Women, 2012*, WHO. Available at: Daily Iron and Folic Acid Supplementation in Pregnant Women, 2012

WHO,2013,Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan.

Winkjosastro, H. (2010) *Ilmu Bedah Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Zhan, J. Y. (2016) 'The Effect of Preeclampsia on Renal Function: Cross-Sectional Studies of Postpartum Preeclamptics and Women Who Were Destined to Develop Preeclampsia', *Queen's University (Canada)*, p. 112.

**LAPORAN PENDAHULUAN
KEGAWATDARURATAN NEONATAL
PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN BBLR
DI RSUD Dr ADHYATMA, MPH TUGUREJO SEMARANG**

Disusun Untuk Memenuhi Tugas Praktik Kebidanan
Stage Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal



Tugas ini diampu oleh
Triana Sri Hardjanti, M.Mid

disusun oleh :
TRI SUKSESI HANDAYANI
NIM : P1337424821091

**PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN SEMARANG
TAHUN 2022**

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Pendahuluan Praktek Kebidanan Stage Kegawatdaruratan Maternal di RSUD Dr. Adhyatma, MPH. Tugurejo Semarang telah disahkan oleh pembimbing pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 21-7-2022

Dalam Rangka Praktik Klinik Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal yang telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing klinik dan pembimbing institusi Prodi Profesi Kebidanan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Semarang Tahun 2022.

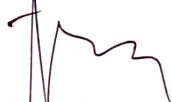
Pembimbing Klinik



Yuni Widayati, SST

NIP. 19730612199332002

Mahasiswa

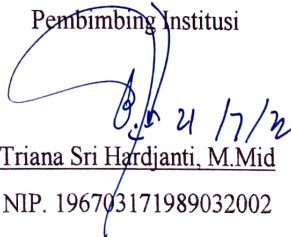


Tri Suksesi Handayani

NIM. P1337424821091

Mengetahui,

Pembimbing Institusi



Triana Sri Hardjanti, M.Mid

NIP. 196703171989032002

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Teori Medis Bayi Baru Lahir (BBL)

1. Pengertian bayi baru lahir normal

Seorang bayi adalah makhluk hidup yang belum lama lahir sampai umur 1 tahun, namun tidak ada batasan pasti. Pada masa ini manusia sangat lucu dan menggemaskan tetapi juga rentan terhadap kematian (Jaya,2016). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37-42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram (Vidia, 2016).

Berdasarkan teori di atas dapat di simpulkan bahwa bayi baru lahir merupakan bayi yang lahir dengan usia kehamilan aterm, dengan berat badan 2500-4000 gram,dan apgar skor > 7 tanpa cacat bawaan.

2. Karakteristik bayi normal

Pada bayi baru lahir normal memiliki beberapa ciri-ciri yaitu berat badan sekitar 2500-4000 gram, panjang badan sekitar 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm. lingkar kepala 33-35 cm, memiliki frekuensi jantung normal sekitar 120-160 x/menit, pernapasan $\pm 40 - 60$ x/menit, dan kulitnya kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutannya cukup, rambut lanugo, tidak terlihat, kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, dan genetalia pada perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, Sedangkan genetalia pada laki-laki testisnya sudah turun, skrotumnya sudah ada, reflex pada bayi baru lahir sudah ada seperti reflex hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik, reflex moro sudah baik, bila bayi dikagetkan akan memperlihatkan gerakan seperti memeluk, 9 10 reflex grapsnya sudah baik, dan pola eliminasi baik, urin dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, dimana mekonium biasanya berwarna hitam kecoklatan (Marmidan, R, 2012: 8-9)

3. Penanganan Bayi Baru lahir

Kebutuhan dan tindakan perawatan bayi baru lahir :

- a. Membersihkan jalan nafas
- b. Memotong dan merawat tali pusat
- c. Mempertahankan suhu tubu bayi

- d. Identifikasi
- e. Pencegahan infeksi
- f. Menilai apgar skor (Prawiroharjo, 2014)

Tabel 2.1 Penilaian Apgar score

Skor	0	1	2
Appearance color (warna kulit)	Pucat	Badan merah, Ekstremitas biru	Seluruh tubuh Kemerah – merahan
Pulse (heart rate) atau frekuensi jantung	Tidak ada	< 100 x/menit	>100 x/menit
Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Menangis, batuk / bersin
Activity (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas Dalam fleksi sedikit	Gerakan aktif
Respiration (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Manangis kuat

(Sumber : Saleha, 2013: 3)

4. Pencegahan kehilangan panas

a. Mekanisme kehilangan panas.

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara-cara berikut :

1) Konduksi

Konduksi adalah pemindahan panas dari suatu objek ke objek lain melalui kontak langsung. Melalui proses ini, panas dari tubuh bayi berpindah ke objek lain yang lebih dingin yang bersentuhan langsung dengan kulit bayi. Meja, tempat tidur, atau timbangan yang suhunya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi di letakkan di atas benda - benda tersebut.

2) Konveksi

Hilangnya panas melalui konveksi terjadi ketika panas dari tubuh bayi berpindah ke udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang di lahirkan atau di tempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas.

3) Radiasi

Radiasi adalah perpindahan panas antara dua objek dengan suhu berbeda tanpa saling bersentuhan. Kehilangan panas melalui radiasi terjadi karena bayi di tempatkan di dekat benda - benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari pada suhu tubuh bayi.

4) Evaporasi

Evaporasi adalah proses perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap. Evaporasi merupakan jalan utama kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri, karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan. (Purwoastuti, 2015).

b. Mencegah kehilangan panas

1) Keringkan bayi segera setelah bayi lahir untuk mencegah terjadinya evaporasi dengan menggunakan handuk atau kain (menyeka tubuh bayi juga termasuk rangsangan taktil untuk membantu memulai pernapasan).

2) Selimuti tubuh bayi dengan kain bersih dan hangat segera setelah mengeringkan tubuh bayi dan memotong tali pusat. Sebelumnya ganti handuk atau kain yang telah di gunakan untuk mengeringkan tubuh bayi. Kain basah di dekat bayi dapat menyerap panas tubuh bayi melalui radiasi.

3) Selimuti bagian kepala karena kepala merupakan permukaan tubuh yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika tidak di tutupi.

4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya. Sebaiknya pemberian ASI harus dalam waktu 1 jam pertama kelahiran.

- 5) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat, yang paling ideal adalah bersama dengan ibunya agar menjaga kehangatan tubuh bayi, dan mencegah paparan infeksi pada bayi.
- 6) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir. Sebelum melakukan penimbangan, terlebih dahulu selimuti bayi dengan kain yang kering dan bersih. Berat badan bayi dapat di nilai dari selisih berat bayi di kurangi dengan kain selimut bayi yang di gunakan. Bayi sebaiknya di mandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir. Sebelum di mandikan periksa bahwa suhu tubuh bayi stabil (suhu aksila antara $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$), jika suhu tubuh bayi masih dibawah batas normal maka selimuti tubuh bayi dengan longgar, tutupi bagian 13 kepala, tempatkan bersama dengan ibunya (skin to skin), tunda memandikan bayi sampai suhu tubuhnya stabil dalam waktu 1 jam (Rukiah, dkk, 2013: 10- 11).

B. Tinjauan umum tentang Bayi Berat lahir rendah (BBLR)

1. Pengertian bayi berat lahir rendah

Bayi berat lahir rendah (BBLR) ialah kurang dari 2500 gram yaitu usia kehamilan kurang dari 37 minggu, berat badan lebih rendah dari semestinya, sekalipun cukup bulan, atau karena kombinasi keduanya (Manuaba, 2013: 436).

- Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi kurang dari 2500 gram (Fauziah,A, 2013: 3).
- Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi Baru lahir yang berat badanya saat lahir kurang dari 2500 gram sampai dengan 2.499 gram (Rukiyah, 2013: 242).
- Berdasarkan teori diatas dapat disimpulkan bahwa BBLR merupakan bayi yang berat badannya kurang dari 2500 gram dan umur kehamilannya kurang dari 37 minggu atau aterm,

2. Klasifikasi berat badan lahir rendah

Bayi yang lahir dengan berat 2500 gram atau lebih di anggap cukup matang. Pertumbuhan rata-rata bayi didalam rahim dipengaruhi oleh berbagai faktor (keturunan, penyakit ibu, nutrisi dan sebagainya). Oleh

karena itu di lakukan penggolongan dengan menggabungkan berat badan lahir dan umur kehamilan sebagai berikut :

- a. Bayi yang berat lahirnya kurang dari 2500 gram, disebut bayi berat badan lahir rendah (BBLR).
- b. Bayi berat lahir sangat rendah, kurang dari 1500 gram, diistilakan sebagai bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR)
- c. Bayi berat lahir sangat rendah sekali, kurang dari 1000 gram, diberikan istilah bayi berat lahir amat sangat rendah (BBLASR) (Maryunani, A, 2013: 30-31).

Menurut beratnya dapat di bedakan menjadi : Berat badan lahir rendah (BBLR): 1500 – 2499 gram , Berat badan sangat rendah (BBLSR): < 1500 gram, Berat badan lahir ekstrem rendah (BBLER):< 1000 gram (Fauziah,A, 2013:)

Berdasarkan umur kehamilan atau masa gestasi di bedakan menjadi:

- a. Preterm infant atau bayi prematur adalah bayi yang lahir pada umur kehamilan tidak mencapai 37 minggu.
- b. Term infant atau bayi cukup bulan (mature atau aterm) adalah bayi yang lahir pada umur kehamilan 37-42 minggu.
- c. Postterm infant atau bayi lebih bulan adalah bayi yang lahir pada umur kehamilan sesudah 42 minggu (Amiruddin,2014:148).

Berdasarkan pengelompokkan tersebut bayi berat lahir rendah (BBLR) dapat di kelompokkan menjadi prematuritas murni dan dismaturitas :

- a. Prematuritas murni adalah bayi dengan kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai untuk masa kehamilan itu atau biasa di sebut dengan neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan (NKB – SMK)
- b. Dismaturitas adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk kahamilan itu atau biasa di sebut neonatus kurang bulan sesuai untuk masa kehamilan (NKB -SMK). Berarti bayi mengalami gangguan intra uteri dan merupakan bayi yang kecil masa kehamilan (KMK) (Amiruddin,2014:138).

3. Etiologi Bayi Berat lahir Rendah

a. Faktor Ibu

- 1) Toksemia gravidarum (pre-eklamsia dan eklamsia).
- 2) Riwayat kelahiran prematur sebelumnya, perdarahan antepartum dan malnutrisi, Anemia sel sabit
- 3) Kelainan bentuk uterus misalnya: uterus bukirnis, inkompeten serviks
- 4) Tumor misalnya: mioma uteri dan eistoma
- 5) Ibu yang menderita penyakit misalnya: akut dengan gejala panas tinggi (tifus abdominalis, dan malaria), kronis yaitu TBC, penyakit jantung, Hipertensi dan penyakit ginjal
- 6) Trauma pada masa kehamilan antara lain jantung
- 7) Kebiasaan ibu (ketergantungan obat narkotika, rokok dan alkohol)
- 8) Usia ibu pada waktu hamil kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun .
- 9) Bekerja yang terlalu berat
- 10) Perdarahan antepartum Hasil penelitian pada 131 wanita dengan yang melahirkan bayi kurang dari 2500 gram, 57,1% berusia kurang dari 20 tahun, dan 92,9% peningkatan berat badan yaitu < 6,5 kg, dan 64,9 % Hemoglobin>9,5%. (Jasashree, 2015)

b. Faktor janin

- 1) Kehamilan ganda
- 2) Ketuban pecah dini
- 3) Cacat bawaan
- 4) Kelainan kromosom
- 5) Infeksi (misal: rubella, sifilis, toksoplamosis)
- 6) Insufensi plasenta Inkompatibilitas darah ibu dari janin (faktor rhesus, golongan darah A,B dan O)
- 7) Infeksi dalam rahim

c. Faktor lain

- 1) Faktor plasenta : plasenta previa, solusio plasenta, plasenta kecil.
- 2) Faktor lingkungan : radiasi atau zat – zat beracun
- 3) Keadaan sosial ekonomi yang rendah

- 4) Kebiasaan : pekerjaan yang melelahkan dan merokok (Rukiah, dkk,2013: 244).

4. Patofisiologi

Salah satu patofisiologi dari BBLR yaitu asupan gizi yang kurang pada ibu,ibu hamil yang kemudian secara otomatis juga menyebabkan berat badan lahir rendah.apabila dilihat dari faktor kehamilan,salah satu etiologinya yaitu hamil ganda yang mana pada dasarnya janin berkembang dan tumbuh lebih dari satu,maka nutrisi atau gizi yang mereka peroleh dalam rahim tidak sama dengan janin tunggal,yang mana pada hamil ganda gizi dan nutrisi yang didapat dari ibu harus terbagi sehingga kadang salah satu dari janin pada hamil ganda juga mengalami BBLR.

Kemudian jika dikaji dari faktor janin,salah satu etiologinya yaitu infeksi dalam rahim yang mana dapat mengganggu atau menghambat pertumbuhan janin dalam rahim yang bisa mengakibatkan BBLR pada bayi.(Manggiasih dan Jaya.2016).

a. Anemia terhadap Kejadian Berat badan lahir rendah

Anemia lebih sering ditemukan dalam kehamilan karena keperluan akan zat-zat makanan makin bertambah dan terjadi pula perubahan-perubahan dalam darah dan sum-sum tulang. Volume darah bertambah banyak dalam kehamilan, yang lazim disebut hidremia atau hypervolemia. Akan tetapi, bertambahnya sel-sel darah kurang dibandingkan dengan plasma, sehingga terjadi pengeceran darah.pertambahan tersebut berbanding sebagai berikut yaitu, plasma 30% sel darah 18% dan hemoglobin 19%.

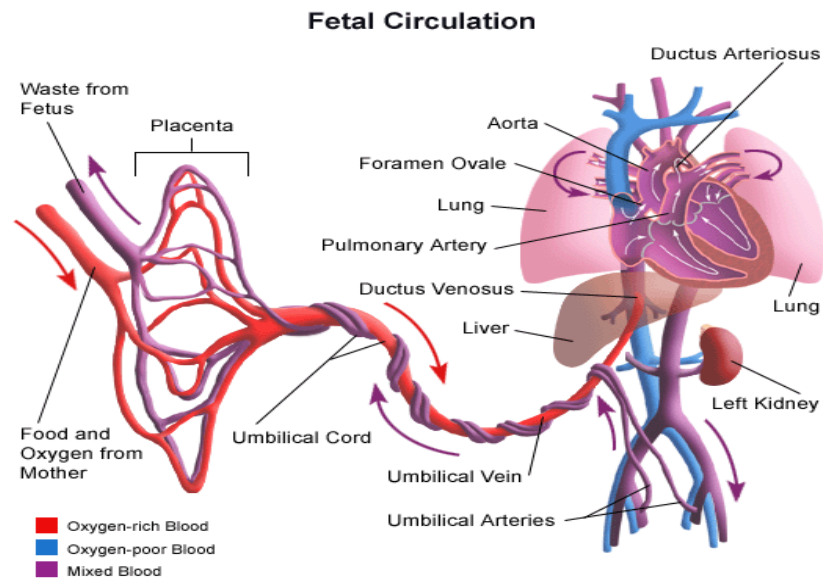
Hemodilusi dianggap sebagai penyesuain diri secara fisiologi dalam kehamilan dan bermanfaat bagi ibu yaitu dapat meringankan beban kerja jantung yang harus bekerja lebih berat dalam masa hamil, yang disebabkan oleh peningkatan cardiac output akibat hipervolemia. kerja jantung lebih ringan apabila viskositas darah rendah. resistensi perifer berkurang pula, sehingga tekanan darah tidak naik. kedua, pada perdarahan waktu persalinan, banyaknya unsure besi yang hilang lebih sedikit dibandingkan dengan apabila darah itu tetap kental. Bertambahnya darah dalam kehamilan sudahmulai sejak kehamilan

umur 10 minggu dan mencapai puncaknya dalam kehamilan antara 32 dan 36 minggu (Tarwoto,2013).

b. Hipertensi terhadap kejadian Berat Badan Lahir Rendah

Pada kehamilan normal, rahim dan plasenta mendapat aliran darah dari cabang-cabang arteri uterine dan arteria ovarika. Kedua pembuluh darah tersebut menembus miometrium berupa arteri arkuata dan arteri akuarta memberi cabang arteri radialis. Arteri radialis menembus endometrium menjadi arteri basalis dan arteri basalis memberi cabang arteri spiralis. Pada hamil normal, dengan sebab yang belum jelas, terjadi invasi trofoblas ke dalam lapisan otot arteri spiralis, yang menimbulkan degenerasi lapisan otot tersebut sehingga terjadi dilatasi arteri spiralis. Invasi trofoblas juga memasuki jaringan sekitar arteri spiralis, sehingga jaringan matriks menjadi gembur dan memudahkan lumen arteri spiralis mengalami distensi dan dilatasi. Distensi dan vasodilatasi lumen arteri spiralis ini memberi dampak penurunan tekanan darah, penurunan resistensi vaskular, dan peningkatan aliran darah pada daerah uteroplamenta. Akibatnya, aliran darah ke janin cukup banyak dan perfusi jaringan juga meningkat, sehingga dapat menjamin pertumbuhan janin dengan baik.

Pada hipertensi dalam kehamilan tidak terjadi invasi sel-sel trofoblas pada lapisan otot arteri spiralis dan jaringan matriks sekitarnya. Lapisan otot arteri spiralis menjadi tetap kaku, dan keras, sehingga lumen arteri spiralis tidak memungkinkan mengalami distensi dan vasodilatasi. Akibatnya, arteri spiralis relatif mengalami vasokonstriksi, dan terjadi kegagalan "remodeling arteri spiralis", sehingga aliran darah uteroplamenta menurun, dan terjadilah hipoksia dan iskemia plasenta. Dampak iskemia plasenta akan menimbulkan perubahan-perubahan yang dapat menjelaskan patogenesis HDK selanjutnya (Sarwono, 2014: 533)



Gambar 2,1 Sirkulasi Placenta

5. Gambaran klinik Bayi Berat lahir Rendah

a. Sebelum lahir

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

b. Setelah lahir

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

Tabel 2.2
Ciri Kematangan Fisik Menurut Ballard

No		0	1	2	3	4	5
1.	Kulit	Merah agak transparan	Merah mudah licin/halus Tampak vena	Permukaan mengelupas Dengan/tampak vena menipis	Daerah puncak retak – retak, vena jarang	Seperti kertas kulit, retak lebih dalam tidak ada vena	Pecah-pecah kasar keriput
2.	Lanugo	Tidak ada	Banyak	Menipis	Menghilang	Umunya tidak ada	
3.	Lipatan plantar	Tidak ada	Tanda merah sangat sedikit	Hanya lipatan anterior yang melintang	Lipatan 2/3 anterior	Lipatan di seluruh telapak	
4.	Pudara	Hampir tidak ada	Areolla datar, tidak ada benjolan 1-2 mm	Areolla seperti titik, tonjolan 1-2 mm	Areolla lebih jelas, tonjolan 3-4 mm	Areolla penuh, tonjolan 5-10 mm	
5.	Daun telinga	Datar tetap terlipat	Sedikit melengkung, lunak, lambat membaik	Bentuk lebih baik, luka, mudah membaik	Bentuk sempurna membaik seketika	Tulang rawan tebal, telinga kaku	
6.	Kelamin laki – laki	Skrotum kosong, tidak ada ruga		Testis turun sedikit ruga	Testis di bawah ruganya bagus	Testis tergantung, ruganya dalam	
7.	Kelamin perempuan	Klitoris dan labia minora menonjol		Labia minora dan mayora sama – sama menonjol	Labia mayora besar, labia minora kecil	Klitoris dan labia minora di tutupi labia mayora	

Ciri Kematangan Fisik

	-1	0	1	2	3	4	5
Postur							
Jendela pergelangan tangan	>90°	90°	60°	45°	30°	0°	
Gerakan lengan membalik		180°	140°-160°	110°-140°	90°-110°	<90°	
Sudut poplitea	180°	160°	140°	120°	100°	90°	<90°
Tanda sengkang							
Lutut ke telinga							

Gambar 2.2 Kematangan Neuromuskular Maturitas Menurut Ballard

Tabel 2.3 Kematangan Masa Gestasi

MATURITY RATING

TOTAL SCORE (NEUROMUSCULAR + PHYSICAL)	WEEKS
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

Hasil Pemeriksaan

Jumlah skor pemeriksaan maturitas neuromuskuler dan maturitas fisik digabungkan, kemudian dengan menggunakan tabel nilai kematangan masa gestasinya.

6. Penyakit Yang Berhubungan Dengan Berat Badan Lahir Rendah

Berat Badan Lahir Rendah mungkin prematur (kurang bulan) atau dismaturitas (cukup bulan). Beberapa penyakit yang berhubungan dengan BBLR: Penyakit yang berhubungan dengan prematuritas :

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

Penyakit yang berhubungan dengan dismaturitas

- 1) Sindrom aspirasi mekonium
- 2) Hipoglikemia, karena cadangan glukosa rendah
- 3) Hiperbilirubinemia
- 4) Hipotermi (Maryunani A,2013:46-47).

7. Penatalaksanaan Bayi Berat Badan Lahir Rendah

a. Mempertahankan Suhu Tubuh Dengan Ketat

Karena bayi BBLR mudah mengalami hipotermi, maka itu suhu tubuhnya harus di pertahankan dengan ketat. Cara mempertahankan suhu tubuh bayi BBLR dan penangannya jika lahir di puskesmas atau petugas kesehatan yaitu :

- 1) Keringkan badan bayi BBLR dengan handuk hangat, Kering dan Bersih. Kain yang basah secepatnya di ganti dengan yang kering dan hangat dan pertahankan tubuhnya dengan tetap.
- 2) Berikan lingkungan hangat dengan cara kontak kulit ke kulit dan bungkus bayi BBLR dengan kain hangat
- 3) Beri lampu 60 watt dengan jarak minimal 60 cm dari bayi
- 4) Beri oksigen
- 5) Tali pusat dalam keadaan bersih

b. Mencegah infeksi dengan ketat

- 1) Bayi BBLR sangat rentan akan infeksi, maka prinsip – prinsip pencegahan infeksi termasuk cuci tangan sebelum memegang bayi.

c. Pengawasan Nutrisi

- 1) Refleks menelan bayi BBLR belum sempurna dan sangat lemah, sehingga pemberian nutrisi harus di lakukan dengan cermat. Sebagai langkah awal jika bayi BBLR bisa menelan adalah tetesi ASI dan jika bayi BBLR belum bisa menelan segera rujuk (rujuk ke rumah sakit jika bayi BBLRnya di tangani di puskesmas).

Tabel 2.3 Jumlah Cairan IV dan ASI Bayi 1750-2500 gram

Pemberian	Umur (hari)						
	1	2	3	4	5	6	7
Kecepatan cairan IV (ml/jam atau tetes mikro/menit)	5	4	3	2	0	0	0
Jumlah ASI tiap 3 jam (ml/kali)	0	6	14	22	30	35	38

2) 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 adalah 120-150 ml/kg/hari atau 100-120cal/kg/hari. Pemberian dilakukan secara bertahap sesuai dengan kemampuan bayi untuk segera mungkin mencukupi kebutuhan cairan/kalori.

Selain itu kapasitas lambung bayi BBLR sangat kecil sehingga minum harus sering di berikan tiap jam. Perhatikan apakah selama pemberian minum bayi menjadi cepat lelah, menjadi biru atau perut membesar / kembung (Rukiah, dkk, 2013: 245-246).

Pada BBLR terdapat pula perawatan Menggunakan Perawatan Bayi Lekat ((Kangaroo Mother Care), perawatan bayi lekat ini merupakan cara yang murah, aman dan mudah diterapkan yaitu dengan cara mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara kontak ke kulit seawal mungkin, mendukung ibu untuk memberikan Asi, Manfaat KMC ini yaitu dapat menjaga ikatan emosi ibu dan bayi, dapat melatih ibu cara menyusui yang baik dan benar, melatih bayi

untuk menghisap dan menelan secara teratur dan terkoordinasi. Ada beberapa langkah-langkah perawatan bayi lekat yaitu : Selain itu kapasitas lambung bayi BBLR sangat kecil sehingga minum harus sering di berikan tiap jam. Perhatikan apakah selama pemberian minum bayi menjadi cepat lelah, menjadi biru atau perut membesar / kembung (Rukiah, dkk, 2013: 245-246).

Pada BBLR terdapat pula perawatan Menggunakan Perawatan Bayi Lekat ((Kangaroo Mother Care), perawatan bayi lekat ini merupakan cara yang murah, aman dan mudah diterapkan yaitu dengan cara mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara kontak ke kulit seawal mungkin, mendukung ibu untuk memberikan Asi, Manfaat KMC ini yaitu dapat menjaga ikatan emosi ibu dan bayi, dapat melatih ibu cara menyusui yang baik dan benar, melatih bayi untuk menghisap dan menelan secara teratur dan terkoordinasi. Ada beberapa langkah-langkah dalam perawatan bayi lekat yaitu:

- a) Letakkan Bayi diantara payudara ibu dengan kaki bayi di bawah payudara ibu dan tangan bayi di atasnya.
- b) Kulit bayi harus melekat pada dada ibu (kontak kulit-kulit) dengan kepala bayi menoleh pada satu sisi (kiri/kanan).
- c) Gunakan baju kanguru/selendang/kain panjang untuk membungkus bayi dan ibu dengan nyaman, caranya yaitu, letakkan bagian tengah kain menutupi bayi di dada ibu, bungkus dengan kedua ujung kain mengelilingi ibu di bawah lengannya ke punggung ibu, silangkan ujung kain di belakang ibu, bawa kembali ujung kain ke depan, ikat ujung kain untuk mengunci di bawah bayi, topang kepala bayi dengan menarik pembungkus ke atas hanya sampai telinga bayi.



Gambar 2.3 Metode Kanguru

C. Tinjauan Teori Asuhan kebidanan

Menurut Helen varney (1997), manajemen asuhan kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dan urutan logis dan perilaku yang di harapkan dari pemberi asuhan yang berdasarkan ilmiah, penemuan, dan keterampilan dalam tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

1. Proses Manajemen Asuhan Kebidanan

Menurut Helen varney, Proses manajemen kebidanan terdiri dari 7 (tujuh) langkah yaitu sebagai berikut:

a. Langkah I : Identifikasi Data Dasar

Pada langkah pertama ini semua informasi akurat dan lengkap dikumpulkan dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data di lakukan: Anamnese meliputi: melakukan tanya jawab kepada ibu untuk memperoleh data meliputi: riwayat kesehatan, riwayat reproduksi: riwayat haid, riwayat obstetri, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, riwayat ginekologi, riwayat KB, riwayat pemenuhan kebutuhan dasar, data sosial ekonomi dan psikologi.

Pada Anamnese akan didapatkan kemungkinan bayi berat badan lahir rendah pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu, Namun dapat juga terjadi pada kehamilan aterm, atau pada usia kehamilan 42 minggu. Dan pada Anamnesis akan didapatkan pula riwayat kehamilan yang berpengaruh terhadap berat badan janin seperti usia ibu waktu hamil kurang dari 20 tahun, atau lebih dari 35 tahun, Perdarahan antepartum. Penyakit-penyakit yang diderita oleh ibu termasuk penyakit jantung, TBC, hipertensi dan penyakit ginjal dapat pula berpengaruh terhadap berat badan janin. Bayi berat badan lahir rendah juga bisa terjadi karena adanya riwayat ibu bekerja terlalu berat dan adapula faktor lain yang menyebabkan BBLR seperti plasenta previa, Kebiasaan Keluarga di rumah seperti pekerjaan yang melelahkan dan merokok.

Pada pemeriksaan fisik akan didapatkan berat badan bayi kurang dari 2500 gram bayi bisa preterm atau aterm, jaringan lemak bawah kulit sedikit, tulang tengkorak pada bayi lunak mudah bergerak, kulit tipis, merah dan transparan, verniks kaseosanya sedikit/ tidak

ada, menangis lemah, Bayi berat lahir sangat rendah mempunyai tanda-tanda vital: pernapasan sekitar 45 sampai 50 denyut per menit (pernapasan tidak teratur dapat terjadi apnea (gagal napas)), frekuensi nadi 100 sampai 140 denyut per menit, dan suhu dibawah 36,5 .

Ukuran antropometri: berat badan kurang dari 2500 gram, panjang kurang dari 45 cm, lingkaran dada kurang dari 30 cm, lingkaran kepala kurang dari 33 cm, dan LILA dibawah dari 9,5 cm. Kepala: relatif lebih besar, tidak mampu tegak dan tulang tengkorak lunak mudah bergerak. Kulit: kulit tipis transparan, rambut lanugo banyak, dan lemak kulit kurang. Genetalia, bayi perempuan: klitoris yang menonjol dengan labia mayora yang belum berkembang, bayi laki-laki: skrotum yang belum berkembang sempurna dengan ruga yang kecil, testis tidak turun kedalam skrotum, ekstremitas: paha abduksi, sendi lutut/kaki fleksi-lurus dan kuku jari tangan dan kaki belum mencapai ujung jari. Refleks menelan dan menghisap yang lemah, menangis lemah dan otot hipotonik lemah. Tahap ini merupakan langkah yang menentukan langkah berikutnya.

Kelengkapan data yang sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi atau masukan klien yang sebenarnya.

b. Langkah II : Identifikasi diagnosa/Masalah aktual

Pada langkah ini bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat terhadap data-data yang telah di kumpulkan. Data dasar yang sudah di kumpulkan di interpretasi sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena masalah tidak dapat di defenisikan seperti diagnosis tetapi tetap membutuhkan penanganan.

Masalah BBLR ditegakkan berdasarkan interpretasi data dasar yang di kumpulkan bahwa BBLR akan menimbulkan masalah-masalah seperti suhu tubuh yang tidak stabil atau masalah dalam pengaturan temperature pada bayi, Terjadinya Gangguan pernafasan pada Bayi Berat Badan Lahir Rendah, dan gangguan persyarafan.

c. Langkah III : Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan membutuhkan pencegahan. Bidan di harapkan waspada dan bersiap mencegah diagnosis/masalah potensial terjadi. Pada bayi berat badan lahir rendah maka perlu di lakukan antisipasi terjadinya hipotermia, dimana hipotermi terjadi karena hanya sedikit lemak tubuh dan pengaturan suhu tubuh pada bayi baru lahir belum matang. Sindrom gangguan pernapasan idiopatik (penyakit membrane hialin), sering terjadi pada BBLR kurang bulan yaitu pernafasan yang tidak teratur, merintih waktu ekspirasi, thoraks yang lunak dan otot respirasi yang lemah, resiko aspirasi akibat belum terkoordinirnya refleks menghisap dan reflex menelan. Hipoglikemia adalah sedikitnya simpanan energi pada bayi sehingga BBLR membutuhkan ASI sesegera mungkin setelah lahir dan berikan ASI setiap 2 jam sekali pada minggu pertama. Hiperbilirubinemia Terjadi karena fungsi hati belum matang.

d. Langkah IV : Melaksanakan Tindakan Emergency atau Kolaborasi

Pada langkah ini, bidan atau dokter mengidentifikasi perlunya segera melakukan konsultasi atau melakukan kolaborasi bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Pada kondisi BBLR, dengan usia kehamilan aterm dan tidak mengalami gangguan nafas atau cacat yang harus dilakukan tindakan segera, maka tidak diperlukan tindakan emergency, namun jika terjadi gagal nafas, sianosis, hipotermi, kejang, gemetar atau tremor, pernafasan cepat, kulit dingin, refleks moro menurun atau tidak ada, kegagalan menetek dengan baik, muntah yang kuat, Tonus otot menurun atau tidak ada. Maka perlu dilakukan tindakan emergency.

e. Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh dan ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Adapun penatalaksanaan BBLR yaitu: mempertahankan suhu tubuh dengan ketat, karena bayi BBLR mudah

mengalami hipotermi, maka suhu tubuhnya harus di pertahankan dengan ketat. Mencegah infeksi dengan ketat pada BBLR sangat rentan akan infeksi, maka prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk cuci tangan sebelum memegang bayi. Pengawasan nutrisi reflek menelan bayi BBLR belum sempurna dan sangat lemah, sehingga pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.

Penimbangan ketat perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat. Perawatan bayi lekat (Kangaroo Mother Care), perawatan bayi lekat ini merupakan cara yang murah, aman dan mudah diterapkan yaitu dengan cara mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara kontak ke kulit seawal mungkin, mendukung ibu untuk memberikan Asi, manfaat KMC ini yaitu dapat menjaga ikatan emosi ibu dan bayi, dapat melatih ibu cara menyusui yang baik dan benar, melatih bayi untuk menghisap dan menelan secara teratur dan terkoordinasi.

f. Langkah VI : Pelaksanaan (implementasi)

Rencana asuhan menyeluruh yang telah diuraikan pada langkah lima dilaksanakan secara efisien dan aman. perencanaan ini dilakukan oleh seluruh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Pada kondisi dimana bayi berat lahir rendah dilakukan pengukuran antropometri, pengukuran tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, rawat gabung. Maka dapat dilakukan penatalaksanaan secara umum. Kecuali apabila bayi mengalami tanda dan gejala seperti gagal nafas, hipotermia, kejang, gemetar atau tremor, pucat dan sianosis, dll. Maka dapat dilakukan penatalaksanaan secara khusus.

g. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang di berikan. Meliputi apakah pemenuhan kebutuhan telah terpenuhi sesuai diagnosa atau masalah.

2. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Pendokumentasian dalam asuhan kebidanan adalah suatu pencatatan lengkap dan akurat terhadap keadaan atau kejadian yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan (proses asuhan kebidanan) Pendokumentasian

asuhan yang telah di berikan harus di catat benar, jelas, singkat dan logis dalam suatu metode pendokumentasian dalam bentuk SOAP, yaitu :

- a. S (Subjektif) : Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis(langkah 1 varney).
- b. O (Objektif) : Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien,hasil laboratorium, dan uji diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan (langkah 1 varney).
- c. A (Assesment) : Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interprestasi data subjektif dan Objektif dalam suatu identifikasi:
 - 1) Diagnosis/ masalah
 - 2) Antisipasi diagnosis/ masalah potensial
 - 3) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter/ konsultasi/kolaborasi dan atau rujukan (langkah I,II,III,dan IV varney).
- d. P (Planning) : Menggambarkan pendokumentasian tindakan dan evaluasi perencanaan berdasarkan assesment (langkah V, VI dan VII verney) (Surachmindari,RY, 2014:136). SOAP ini di lakukan pada asuhan tahap berikutnya, dan atau pada sevaluasi hari berikutnya/kunjungan berikutnya yang dilakukan setiap bulan selama 4 kali kunjungan untuk memantau perkembangan klien. Kunjungan rumah dilakukan untuk asuhan yang lebih efektif.

DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin, R, & Hasmi. *Determinan kesehatan ibu dan anak*. Jakarta: Trans info Medika.2014.
- Bhaskar, kumar ravi et,al.,eds. *A Case Control Study on Risk Factors Associated with Low Birth Weight Babies in Eastern Nepal*, Kathmandu 44600, Nepal: International Journal of Pediatrics Department of Obstetrics and Gynaecology, B.P. Koirala Institute of Health Sciences Dharan, Sunsari 56700, Nepal.2015
- Dian Insana Fitri dkk. “Hubungan Pemberian ASI dengan Tumbuh Kembang Bayi Umur 6 Bulan di Puskesmas Nanggalo” *Jurnal Kesehatan Andalas* Vol. 3. Issue 2 .2014.
- Fauziah,A, & Sudatri. *Asuhan neonatus resiko tinggi dan kegawatan*.yogyakarta: Nuha medika.2013.
- Indriyani.*Buku ajar asuhan kehamilan*.Jakarta: Trans Info Medika.2011.
- Jasashree,Kotabal.*Study on the factor associated with low birt weigt among newborns delivered in a tertiary- care hospital,Shimoga,Karnataka*. india: internasional journal of medical science and public Health.departemen of community medicine 4,no,9: (2015).
- Kemenkes, RI. 2015. Target SDGs tahun 2030, (online). *Sustainable Development Goals*, pada : <http://www.pusat2.litbang.depkes.go.id/pusat2v1/wp-content/uploads/2015/12/SDGs-Ditjen-BGKIA.pdf>.
- Manuaba,dkk, *Ilmu kebidanan, penyakit kandungan dan KB*. Edisi 2.Jakarta: EGC.2013
- Maritalia,D..*Asuhan kebidanan nifas dan menyusui*.Jakarta: Pustaka Pelajar.2014.
- Manggiasih, AV,& Jaya,P.*Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi,Balita,danAnak Pra sekolah*.Jakarta: Trans Info Media.2016.

- Mangkuji, Betty. dkk. *Asuhan Kebidanan 7 Langkah Soap*. Jakarta : EGC, 2012.
- Maryuni,A.*Asuhan bayi dengan berat badan lahir rendah*.Jakarta: Trans info Medika.2013.
- Nur rosmala,Adhar arifuddin, dan redia novilias. *Analisis factor risiko kejadian BBLR*.Anutapura palu: Jurnal kesehatan masyarakat.7,no,1: (2016). h: 1-64.
- Nurhayati, dkk. *Konsep Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika, 2013.
- Purwoastuti,E, & Walyani,ES..*Asuhan persalinan dan bayi baru lahir*.Yogyakarta: Pustaka Baru Press.2015.
- Putra Sitiatava Rizema. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita untuk Keperawatan dan Kebidanan*. Jogjakarta. D-Medika. Cetakan pertama. 2012
- Profil kesehatan provinsi Jawa Tengah Tahun 2019;
- Karamzad Nahid et,al.eds. *Predictors of Low Birth Weight Infants in the North West*.iran: internasional journal pediatric.university of medical sciences 4, no,30: (2016).
- Kemetrian kesehatan RI,kesehatan dalam kerangka sustainable development Goals,(SDGS),jakarta: 2015
- Rukiyah, AY, Yulianti, L. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*.Jakarta:Trans Info Media.2013.
- Saleha,Sitti, *ASuhan Kebidanan Neonatus Bayi dan Balita*,Alauddin university press: 2012.
- Soliha,Hidayatush & Sri sumarmi. *Analisis risiko kejadian Berat bayi lahir rendah (BBLR) pada primigravida*.surabaya: jurnal media gizi Indonesia Departemen Gizi kesehatan 10, no,1: (2015).
- Tarwoto.*Buku Saku Anemia pada ibu Hamil*.Jakarta: Trans info Medika.2013
- Williansom,A & Crozier,K.*Buku ajar asuhan neonatus*.jakarta: EGC.2015.
- Sudarti & Afroh, F.*Asuhan Neonatus Resiko Tinggi dan Kegawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.2013
- Varney H, dkk. 2010. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ed. 4 Vol. 2*. Jakarta: EGC.

- <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://repository.poltekkesbdg.info/files/original/d0123145fe9246ab37f0f8c60719a562.pdf>
- Setiati, Ayu Rosida.2016. Faktor yang mempengaruhi kejadian BBLR di Ruang Perawatan Intensif Neonatus RSUD Dr.Moewardi di Surakarta, pada <http://jurnal.poltekkes-solo.ac.id/index.php/JKG/article/view/343>
- Hans I, Ariwibowo. 2016. Gambaran pengaruh hipertensi pada kehamilan terhadap ibu dan janin serta faktor-faktor yang memengaruhinya di RSUD Ciawi. *Tarumanagara Medical Journal* pada <https://journal.untar.ac.id/index.php/tmj/article/view/9730>
- Handayani, et.al.2015. Karakteristik Berat Badan dan Usia Gestasi Bayi Saat Lahir Dari Ibu Hamil Dengan Preeklampsia di RSUD DR. H Moch. Ansari Saleh Banjarmasin. *Jurnal Dinamika Kesehatan Vol. 13 No. 15* pada https://www.researchgate.net/profile/Herdiantri-Sufriyana/publication/301732615_Karakteristik_Berat_Badan_dan_Usia_Gestasi_Bayi_Saat_Lahir_dari_Ibu_Hamil_dengan_Preeklamsia_di_RSUD_dr_H_Moch_Ansari_Saleh_Banjarmasin/links/57249e2e08aee491cb3a8b78/Karakteristik-Berat-Badan-dan-Usia-Gestasi-Bayi-Saat-Lahir-dari-Ibu-Hamil-dengan-Preeklamsia-di-RSUD-dr-H-Moch-Ansari-Saleh-Banjarmasin.pdf
- Hanifa, R. dkk.2017. Gambaran Perdarahan Intrakranial pada Perdarahan akibat Defisiensi Vitamin K (PDVK) di RSUP Dr. M. Djamil. *Jurnal Kesehatan Andalas Vol.6 No.2.* pada <http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/708>
- Hikmah. R. 2016. Hubungan Berat Bdan Lahir Rendah Dengan Kejadian Hipotermia. <https://journal.ibrahimy.ac.id/index.php/oksitosin/article/download/388/375>
- Wardani, P.2019. *Jurnal Wellnes and Healthy Magazine*.Vol 1 No.1 pada <https://wellness.journalpress.id/wellness/article/view/12>
- Feberia, P,A.2019. Pemenuhan Nutrisi pada Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Ruang PICU-NICU Rumah Sakit Swasta di Yogyakarta Tahun 2019, pada : <http://repo.stikesbethesda.ac.id/598/>
- Yuliani, H. 2017. Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Penatalaksanaan BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah) Dengan Perilaku Ibu Dalam Merawat BBLR di RSUD Wates Kulon Progo.Yogyakarta. Thesis Post (Doctoral). STIKES Jendral Achmad Yani, pada : <http://repository.unjaya.ac.id/2335/>

- Putriana, Y. 2018. Efektifitas Perawatan Metode Kanguru (PMK) dan Terapi Murottal terhadap Peningkatan Berat Badan dan Suhu pada Bayi BBLR. Jurnal Kesehatan Poltekkes Tanjung Karang. Vol.9 No.1. pada : <https://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK/article/view/731>
- Dhilon. 2019. Pengaruh Perawatan Metode Kanguru terhadap kenaikan Berat Badan pada Bayi BBLR di RS Sekabupaten Kampar. Jurnal Doppler Vol. 3 No. 1 pada : <https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/doppler/article/view/420>

LAPORAN KASUS
PRAKTEK KEGAWATDARURATAN MATERNAL
PREEKLAMPSIA DI RUANG OBSTETRI
RSUD Dr. ADHYATMA, MPH TUGUREJO SEMARANG

Disusun Untuk Memenuhi Tugas Praktik Kebidanan
Stage Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal



Tugas ini diampu oleh
Triana Sri Hardjanti, M.Mid

disusun oleh :
TRI SUKSESI HANDAYANI
NIM : P1337424821091

PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN SEMARANG
TAHUN 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Pendahuluan Praktek Kebidanan Stage Kegawatdaruratan Maternal di RSUD Dr. Adhyatma, MPH. Tugurejo Semarang telah disahkan oleh pembimbing pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 21-7-2022

Dalam Rangka Praktik Klinik Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal yang telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing klinik dan pembimbing institusi Prodi Profesi Kebidanan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Semarang Tahun 2022.

Pembimbing Klinik



Yuni Widayati, SST

NIP. 19730612199332002

Mahasiswa

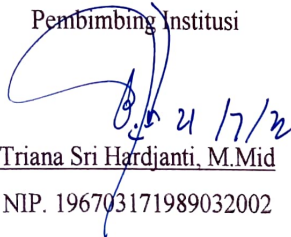


Tri Suksesi Handayani

NIM. P1337424821091

Mengetahui,

Pembimbing Institusi



Triana Sri Hardjanti, M.Mid

NIP. 196703171989032002

TINJAUAN KASUS
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL
PADA NY. F USIA 25 TAHUN G1P0A0 USIA HAMIL 39 MGG
JANIN I HIDUP INTRAUTERIN, PRESENTASI KEPALA, PUNGGUNG
KIRI, INPARTU FASE LATEN DENGAN PREEKLAMPSIA
DI RUANG BERSALIN RSUD. TUGU SEMARANG

PENGENKAIAN:

Tanggal : 10 Januari 2022

Jam : 09.30

A. IDENTITAS PASIEN:

Nama : Ny. F

Penanggung Jawab

2. Umur : 25 tahun

Status : Suami

3. Agama : Islam

1. Nama : Tn. N

4. Pendidikan : D3

2. Umur : 28 tahun

5. Pekerjaan : Swasta

3. Agama : Islam

6. Suku Bangsa: Jawa

4. Pendidikan : SMA

7. Alamat : Tambakaji 05/IX

5. Pekerjaan : Swasta

6. Suku Bangsa : Jawa

7. Alamat : Tambakaji 05/IX

B. DATA SUBYEKTIF

1. ALASAN DATANG:

Pasien rujukan dari Puskesmas Tambakaji tanggal 09 Januari 2022, hamil 39 minggu dengan tensi tinggi 140/108 mmHg dan sudah merasakan perutnya kenceng-kenceng.

2. KELUHAN UTAMA:

Ibu mengatakan perutnya kenceng-kenceng tetapi belum mengeluarkan lendir darah dari jalan lahir. Ibu mengatakan tidak ada pandangan kabur atau berkunang-kunang, nyeri ulu hati, muntah-muntah, oedem pada muka, tangan dan kaki.

Uraian keluhan utama

Ibu mengatakan perutnya kenceng-kenceng sejak tanggal 09 September 2021 dini hari sampai sekarang kenceng-kenceng masih belum bertambah. Ibu belum mengeluarkan lendir darah ataupun cairan dari jalan lahir.

3. Tanda-Tanda Persalinan:

Kontraksi : jarang, belum teratur

Frekuensi : 1 x dalam 10 menit lamanya 20 detik

Lokasi ketidak nyamanan : perut bagian bawah dan pinggang bagian bawah

PPV : belum ada

4. RIWAYAT KESEHATAN:

Penyakit/kondisi yang sekarang diderita:

Ibu mengatakan selama hamil ini ada keluhan mual muntah di trimester awal namun tidak sampai dirawat di rumah sakit. Ibu mengatakan tensinya mulai tinggi saat menjelang persalinan, saat hamil tidak pernah mengalami tensi tinggi.

Penyakit/kondisi yang pernah diderita :

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit menurun seperti kencing manis, darah tinggi, batuk lama lebih dari 2 minggu, sakit kuning dan HIV AIDS, ibu juga tidak pernah melakukan operasi kandungan.

Riwayat penyakit dalam Keluarga (menular maupun keturunan):

Ibu mengatakan dalam keluarganya tidak pernah atau tidak ada yang sedang menderita penyakit menurun seperti kencing manis, darah tinggi, maupun penyakit menular seperti batuk lama lebih dari 2 minggu, sakit kuning dan HIV AIDS, tidak mempunyai keturunan kembar.

5. RIWAYAT OBSTETRI

a. Riwayat Haid:

Siklus : 28 hari

Lama : 7 hari

Leukhorea : Tidak ada

Banyaknya : 2 – 3 kali ganti pembalut

b. Riwayat Kehamilan sekarang :

1) Hamil ke 1, usia 39 minggu

HPHT : 7-4-2021

HPL : 14-1-2022

2) Gerak janin

Pertama kali : Ibu mengatakan merasakan gerakan janin saat usia kehamilan sekitar 4 bulanan

Frekuensi dalam 12 jam : Ibu mengatakan gerakan janin > 10 kali selama 12 jam

3) Tanda bahaya :

Ibu mengetahui salah satu tanda bahaya kehamilan yang sedang dialami ibu yaitu tensi tinggi dan bengkak di kaki.

4) Kekhawatiran khusus :

Ibu mengatakan merasa khawatir dengan proses persalinannya karena sekarang tensi ibu masih tinggi, kontraksi juga masih jarang

5) Imunisasi TT : 2x

6) ANC : 11 x

7) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu: Ibu mengatakan ini hamil pertama

8) RIWAYAT KB : Ibu mengatakan belum pernah KB

Rencana Setelah Melahirkan : Setelah melahirkan ibu mengatakan belum tahu mau menggunakan KB jenis apa

6. POLA PEMENUHAN KEBUTUHAN SEHARI-HARI:

a. Nutrisi

Makan , Jam : 08.00 WIB

1) Komposisi :

- ✓ Nasi : 1 piring (sedang / penuh)
- ✓ Lauk : 1 potong (sedang / besar), jenisnya telur
- ✓ Sayuran : 1 porsi sayur; jenis : sayur sop
- ✓ Buah : -
- ✓ Camilan : -

2) Pantangan : tidak ada, alasan tidak ada

Minum, Jam : 09.00 WIB

Jenis air putih, Jumlah 1 gelas

b. Pola Istirahat

1) Jam 22.00 s.d 05.00 WIB

2) Kualitas : tidak nyenyak

3) Keluhan/masalah : terganggu karena perutnya sering kenceng-kenceng

c. Pola aktifitas

Ibu tebaring di tempat tidur, miring kanan dan kiri, terkadang turun ke kamar mandi untuk BAK

d. Pola eliminasi:

1) Buang Air Kecil , Jam : 07.00 WIB

Warna kuning jernih

Keluhan/masalah : Tidak ada

2) Buang Air Besar terakhir 2 hari yang lalu

Warna kuning konsistensi lembek

Keluhan/masalah : sedikit sembelit

e. Personal hygiene

Mandi (2x sehari)

Ganti Pakaian (1x sehari)

Keramas (3x seminggu)

Ganti Celana Dalam (2x sehari)
dan pembalut (2-3x sehari)

Gosok Gigi (2x sehari)

7. Riwayat Psikososial-spiritual

a. Riwayat perkawinan :

1) Status perkawinan : **menikah** umur waktu menikah : 24 th.

2) Pernikahan ini yang ke I **lah** lamanya 1 tahun

3) Hubungan dengan suami : baik dan harmonis

b. Persalinan ini **diharapkan** oleh ibu, suami, keluarga;

Respon & dukungan keluarga terhadap persalinan ini :

Keluarga mendukung dan mengantar ibu ke bidan dan suami menemani ibu untuk bersalin.

c. Mekanisme coping (cara pemecahan masalah) :

Ibu mengatakan jika ada masalah keluarga akan diselesaikan dengan musyawarah

d. Ibu tinggal serumah dengan : suami

e. Pengambil keputusan utama dalam keluarga : suami

Dalam kondisi emergensi, ibu **dapat** mengambil keputusan sendiri.

f. Orang terdekat ibu : suami

Yang menemani ibu untuk persalinan : suami

g. Adat istiadat yang dilakukan ibu berkaitan dengan persalinan : tidak ada

h. Penghasilan perbulan: Rp 4.500.000,- ibu mengatakan cukup

- i. Praktik agama yang berhubungan dengan persalinan : ibu berdo'a dan istighfar ketika kontraksi datang
- j. Keyakinan ibu tentang pelayanan kesehatan :
Ibu dapat menerima segala bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan oleh nakes wanita maupun pria.
- k. Tingkat pengetahuan ibu :
Hal-hal yang sudah diketahui ibu : ibu mengatakan sudah mengetahui tanda – tanda persalinan.
Hal-hal yang belum diketahui ibu : ibu mengatakan belum mengetahui tentang cara mengatasi nyeri saat persalinan.
Hal-hal yang ingin diketahui ibu : ibu mengatakan ingin mengetahui cara mengatasi nyeri saat persalinan.

C. DATA OBYEKTIF:

1. PEMERIKSAAN FISIK:

a. Pemeriksaan Umum:

- 1) Keadaan umum: Baik Tensi : 148 / 95 mmHg
- 2) Kesadaran : composmentis Nadi : 88 x/ menit
- 3) TB : 150 cm Suhu /T : 36,5 °C
- 4) LILA : 35 cm RR : 24 x / menit
- 5) BB : 78 kg
- 6) IMT : 34,67

b. Status present

- Kepala : Rambut tidak rontok, kulit kepala bersih
- Muka : Tidak ada benjolan, tidak ada oedema, sedikit pucat
- Mata : Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, fungsi penglihatan baik
- Hidung : Bersih, tidak ada sekret, tidak ada pembesaran polip
- Mulut : Bibir lembab, tidak ada carries
- Telinga : Fungsi pendengaran baik, tidak ada sekret
- Leher : Tidak ada pembesaran vena jugularis, kelenjar thyroid dan limfe
- Ketiak : Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening
- Dada : Tidak ada bunyi wheezing atau ronchi
- Abdomen : Tidak ada penetekas operasi

Lipat paha : Tidak ada varises
Vulva : Bersih, tidak ada varises, tidak ada hematoma
Ekstremitas : Tidak ada varises, tidak ada oedema
Refleks : + / + (positif)
patella
Punggung : Tidak ada kelainan tulang belakang
Anus : Bersih, tidak ada haemorrhoid

c. Status Obstetrik

1) Inspeksi:

Muka : Tidak ada oedema, pucat
Mamae : Membesar, puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola, kelenjar montgomeri menonjol, tidak ada massa dan nyeri tekan pada kedua mammae colostrum belum keluar, bersih
Vulva : PPV tidak ada
Palpasi
Leopold I : TFU 3 jari di bawah px, fundus ibu teraba bulat dan lunak (bokong)
Leopold II : Bagian kiri perut ibu teraba tahanan yang memanjang dari atas ke bawah (punggung), bagian kanan perut ibu teraba bagian – bagian kecil janin (ekstremitas)
Leopold III : Bagian terbawah perut ibu teraba satu bagian besar, bulat dan keras (kepala)
Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah masuk PAP (divergen)
Penurunan Kepala : 1/5
TFU : 28 cm
TBJ : $(28-11) \times 155 = 2.635$ gram

2) Auskultasi :

▪ DJJ : 148 x / menit, teratur

2. Pemeriksaan Dalam : tanggal 10 Januari 2022 jam 09.30 WIB oleh dokter jaga

Vulva : pembukaan 1 cm, effacement 25%, Kulit ketuban (+),

Penurunan bag. Terbawah hodge I, blood show (-)

3. Pemeriksaan penunjang dan diagnostik:

a. Laboratorium tanggal 10/1/2022

Hb/L/Tr : 10,9/9.200/250.000

Eo/Bas/Bat/Seg/Lim/Mon : 1/0/0/75/18/6

GDS : 107

SGOT/SGPT : 29/34

Na/K/Cl : 139/4.0/114

b. Urin rutin tanggal 10/1/2022

Prot/Nit/Bak : neg/neg/1463.1

c. Rapid Antigen C19 : Non Reaktif

d. USG IGD tanggal 10/1//2022

Tampak janin I intrauterin, Placenta implantasi di fundus meluas ke anterior, ketuban cukup.

D. ANALISA

Diagnosa Kebidanan :

Ny. F umur 25 tahun G1P0A0 hamil 39 minggu, janin tunggal hidup intrauterin, letak membujur, presentasi kepala, punggung kiri, belum inpartu dengan preeklamsia.

E. PELAKSANAAN Tanggal 10-1-2022 Jam 10.15 WIB

1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan

Hasil : ibu mengetahui hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu tensi tinggi TD 148/95 mmHg, Nadi 88x/menit, Suhu 36,5°C, Pernafasan normal 24 x/menit, jantung janin baik DJJ 148 x/menit dan pembukaan 1 cm.

2. Mengajarkan kepada ibu teknik relaksasi nafas dalam agar terasa lebih relaks dan nyeri saat persalinan berkurang dengan cara tarik nafas panjang melalui hidung kemudian buang nafas melalui mulut.

Hasil : ibu sudah melakukan relaksasi nafas dalam saat muncul kontraksi

3. Melakukan pengawasan KU, TTV, PPV, His, DJJ, dan tanda impending eklampsia

Hasil : Pasien telah dilakukan pengawasan KU baik, composmentis; TD: 140/90mmHg, N: 86x/menit, S: 36,9°C, RR: 24 x/menit; PPV belum ada; His: 1x10'x20"; DJJ: 144x/menit; dan tidak ada tanda impending eklampsia

(pusing kepala yang tidak hilang meskipun setelah istirahat, padangan mata kabur, mual dan muntah).

- Melakukan inform consent akan dilakukan pengakhiran kehamilan dengan diberikan obat melalui vagina untuk merangsang kontraksi semakin kuat

Hasil : Ibu bersedia diberikan obat melalui vagina

- Melakukan advis dokter dengan memasukkan priming misoprostol kedua 1/8 tab pervaginam dan evaluasi 6 jam

Hasil : Priming misoprostol kedua sudah dimasukkan pervaginam dan melakukan evaluasi kemajuan persalinan 6 jam kemudian (16.30)

- Memberikan obat per oral untuk menurunkan tensi dopamet 500mg/8 jam

Hasil : Ibu sudah minum obat sesuai anjuran.

CATATAN PERKEMBANGAN I

Nama Pasien : Ny. F	No. RM C836470	Ruang: Bersalin RSUD Tugurejo Semarang
Umur : 25 thn	Tanggal: 11 Januari 2022	
Tanggal/Jam:	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Paraf
11-1-2022 10.00 WIB	<p>S = Ibu mengatakan perut bekas luka operasi masih merasa nyeri. Ibu mengatakan kemarin saat operasi sekalian KB IUD</p> <p>O = KU baik, kesadaran composmentis Terpasang Infus dan DC Vital sign : TD = 130/80 mmHg Nadi = 88 x/menit Suhu = 36,4°C RR = 20 x/menit PPV (+) lochea rubra TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus kuat Flatus (+), BAK (terpasang DC 200cc), BAB</p>	

	<p>belum</p> <p>ASI keluar masih belum lancar (+/+)</p> <p>Bayi lahir SC tanggal 10-1-2022 jam 21.45 WIB</p> <p>BBL : 2400 gram</p> <p>AS = 9-10-10</p> <p>Ruang bayi terpisah dengan ibu.</p> <p>A =</p> <p>Ny. F umur 25 tahun P1A0 pasca SC + insersi IUD ai induksi tak respon, preeklamsia</p> <p>P =</p> <ol style="list-style-type: none">1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu saat baik Hasil : Ibu mengerti dan mengetahui bahwa tensinya sudah turun yaitu 130/80 mmHg2. Mengajarkan kepada ibu teknik relaksasi nafas dalam agar terasa lebih relaks dan nyeri berkurang dengan cara tarik nafas panjang melalui hidung kemudian buang nafas melalui mulut. Hasil : ibu sudah melakukan relaksasi nafas dalam saat perut terasa nyeri3. Melakukan observasi kondisi pasien Hasil : Pasien telah dilakukan pengawasan KU baik composmentis, TTV: TD 130/80 mmHg, N 88 x/menit, RR 24 x/menit, S 36,4°C, PPV (+) lochea rubra ±30cc, ASI sudah keluar (+/+), BAK terpasang DC ±200cc, BAB belum dan tanda impending eklampsia (pusing kepala yang tidak hilang meskipun setelah istirahat, pandangan mata kabur, mual dan muntah)4. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi secara bertahap	
--	--	--

	<p>Hasil : Ibu sudah bisa miring kanan dan kiri</p> <p>5. Memberikan KIE tentang ASI eksklusif</p> <p>Hasil : Ibu mengerti bayinya hanya diberikan ASI saja tanpa ada tambahan makanan lain selama 6 bulan</p> <p>6. Mengajarkan ibu cara menyusui dengan posisi miring</p> <p>Hasil : Ibu sudah bisa menyusui bayinya dengan posisi tidur miring kiri, posisi bayi lurus perut bayi menempel perut ibu, aerola masuk ke mulut bayi.</p> <p>7. Memberikan terapi sesuai advis dokter:</p> <p>Inf RL 16 tpm, dopamet 500mg/8jam (jika TD \geq 140/80 mmHg), vit A 200.000iu/24 jam, vit BC/C/SF/12jam, domperidon 2 tab/8jam</p> <p>Hasil : Ibu minum obat sesuai anjuran</p>	
--	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN II

Nama Pasien : Ny. F	No. RM C836470	Ruang: Bersalin
Umur : 25 thn	Tanggal: 12 Januari 2022	RSUD Tugurejo Semarang
Tanggal/Jam:	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Paraf
12-1-2022 10.00 WIB	<p>S = Ibu mengatakan masih merasakan nyeri di perut bekas operasi.</p> <p>O =</p> <p>KU baik, kesadaran composmentis</p> <p>Infus dan DC sudah terlepas</p>	

	<p>Vital sign :</p> <p>TD = 120/80 mmHg</p> <p>Nadi = 86 x/menit</p> <p>Suhu = 36,5°C</p> <p>RR = 20 x/menit</p> <p>PPV (+) lochea rubra</p> <p>TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus kuat</p> <p>BAK (+), BAB (+)</p> <p>ASI keluar lancar (+/+)</p> <p>Bayi lahir SC tanggal 10-1-2022 jam 21.45 WIB</p> <p>BBL : 2400 gram</p> <p>AS = 9-10-10</p> <p>Ibu sudah mobilisasi bangun, duduk di tempat tidur</p> <p>A =</p> <p>Ny. F umur 25 tahun P1A0 pasca SC + insersi IUD ai induksi tak respon, preeklamsia H+1</p> <p>P =</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu semakin membaik Hasil : Ibu mengerti dan mengetahui bahwa tensinya sudah turun yaitu 120/80 mmHg 2. Melakukan obervasi kondisi pasien Hasil : Pasien telah dilakukan pengawasan KU baik composmentis, TTV: TD 120/80 mmHg, N 86 x/menit, RR 20 x/menit, S 36,5°C, PPV (+) lochea rubra ±15cc, ASI sudah keluar (+/+), BAK (+), BAB (+) dan tanda impending eklampsia (pusing kepala yang tidak hilang meskipun setelah istirahat, padangan mata kabur, mual dan muntah) 	
--	---	--

	<p>3. Menganjurkan memenuhi kebutuhan nutrisi selama nifas, tidak ada pantangan makanan maupun minuman, banyak makan mengandung tinggi protein dan berserat Hasil : Ibu bersedia mengikuti anjuran bidan</p> <p>4. Memberikan KIE tentang cara menyusui yang benar dan mempraktikkan cara menyusui yang benar: pastikan posisi ibu ada dalam posisi nyaman (duduk bersandar, kaki tidak menggantung). Kepala dan badan bayi berada dalam satu garis lurus. Wajah bayi menghadap payudara, hidung berhadapan dengan puting. Ibu harus memeluk badan bayi dekat dengan badannya. Jika bayi baru lahir, ibu harus menyangga seluruh badan bayi. sebagian besar areola (bagian hitam disekitar puting) masuk ke dalam mulut bayi. Mulut terbuka lebar. Bibir bawah melengkung ke luar. Dagu menyentuh payudara ibu. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya tiap 2 jam atau sesuai kebutuhan bayi, jika bayi tidur dibangunkan untuk di susukan. Hasil: ibu mampu menyusui dengan benar</p> <p>5. Memberikan KIE tentang vulva hygiene dengan sering ganti pembalut, cebok dari arah depan ke belakang Hasil : Ibu mengerti dan akan melakukan sesuai arahan bidan</p> <p>6. Memberikan terapi obat oral sesuai advis dokter: dopamet 500mg/8jam (jika TD \geq 140/80 mmHg), vit BC/C/SF/12jam, domperidon 2 tab/8jam, asam mefenamat 500mg/8 jam Hasil : Ibu minum obat sesuai anjuran</p>	
--	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN III

Nama Pasien : Ny. F	No. RM C836470	Ruang: Bersalin RSUD Tugurejo Semarang
Umur : 25 thn	Tanggal: 13 Januari 2022	
Tanggal/Jam:	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Paraf
13-1-2022 10.00 WIB	<p>S = Ibu mengatakan terkadang masih merasakan nyeri di perut bekas operasi.</p> <p>O = KU baik, kesadaran composmentis Infus dan DC sudah terlepas Vital sign : TD = 123/70 mmHg Nadi = 87 x/menit Suhu = 36,4°C RR = 20 x/menit PPV (+) lochea rubra TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus kuat BAK (+), BAB (+) ASI keluar lancar (+/+) Bayi lahir SC tanggal 10-1-2022 jam 21.45 WIB BBL : 2400 gram AS = 9-10-10 Bayi sudah disusui ibu sendiri. Ibu sudah mobilisasi turun tempat tidur dan berjalan</p> <p>A = Ny. F umur 25 tahun P1A0 pasca SC insersi IUD ai induksi tak respon, preeklamsia H+2</p> <p>P = 1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu</p>	

	<p>bahwa keadaan ibu saat ini baik</p> <p>Hasil : Ibu mengerti dan mengetahui bahwa tensinya sudah mulai stabil yaitu 123/70 mmHg</p> <p>2. Melakukan observasi kondisi pasien</p> <p>Hasil : Pasien telah dilakukan pengawasan KU baik komposmentis, TTV: TD 123/70 mmHg, N 89 x/menit, RR 20 x/menit, S 36,4°C, PPV (+) lochea rubra ±10cc, ASI sudah keluar (+/+), BAK (+), BAB (+) dan tanda impending eklampsia (pusing kepala yang tidak hilang meskipun setelah istirahat, pandangan mata kabur, mual dan muntah)</p> <p>3. Memberikan KIE tentang perawatan luka bekas operasi SC, dijaga agar tetap kering. Misal perban basah sebelum tanggal kontrol maka segera ke fasilitas kesehatan untuk mengganti perban.</p> <p>Hasil: ibu bersedia melakukan anjuran bidan</p> <p>4. Melakukan ganti balut luka bekas SC</p> <p>Hasil : Luka terlihat kering tidak ada darah atau pus, luka ditutup dengan plester anti air</p> <p>5. Memberikan terapi obat oral sesuai advis dokter:</p> <p>dopamet 500mg/8jam (jika TD \geq 140/80 mmHg), vit BC/C/SF/12jam, domperidon 2 tab/8jam, asam mefenamat 500mg/8 jam</p> <p>Hasil : Ibu minum obat sesuai anjuran</p> <p>6. Memberitaku ibu sudah boleh pulang dan kontrol nanti 3 hari lagi di poliklinik</p> <p>Hasil : ibu bersedia mengikuti anjuran bidan</p>	
--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Asuhan kebidanan yang diberikan kepada Ny. F dapat diperoleh data subjektif yaitu usia ibu 25 tahun, ibu dalam masa perawatan di Ruang Bersalin RSUD dr. Adhyatma, MPH Tugurejo Semarang. Umur berisiko mengalami preeklampsia yaitu <20 tahun dan >35 tahun (Adzlan, 2011). Umur >35 tahun menjadi risiko tersendiri karena adanya proses perubahan struktural dan fungsional dari pembuluh darah perifer yang berperan pada perubahan tekanan darah. Pengerasan pembuluh darah akibat proses degeneratif memunculkan manifestasi kenaikan tekanan darah untuk memenuhi kebutuhan aliran darah (Novianti, 2016). Menurut Wantania (2015) hipertensi dalam kehamilan yang terjadi pada ibu hamil dengan Usia Kehamilan (UK) >20 minggu yaitu preeklampsia berat. Keluhan yang dirasakan ibu saat ini tidak ada. Keluhan yang biasa dirasakan ibu dengan preeklampsia yaitu pasien pusing, sulit tidur, gangguan penglihatan, dan nyeri epigastrium mulai timbul (Gant and Cunningham, 2010). Pada hal ini terdapat sedikit kesenjangan antara teori dan kasus di lahan, umur Ny. F yaitu 25 tahun yang tidak masuk dalam faktor risiko, namun pada kenyataannya Ny.F terjadi preeklampsia.

Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama ibu. Janin yang dikandung ibu adalah janin tunggal. Kelompok risiko untuk menderita preeklampsia yaitu primigravida. Primigravida memiliki risiko 2,35 kali untuk mengalami preeklampsia dibandingkan multigravida tanpa komplikasi (Zhan, 2016). Reaksi respon imun menyebabkan reaksi antigen terhadap janin. Kadar HLA-G yang menurun pada ibu hamil dengan hipertensi menyebabkan invasi trofoblas terhambat dan merangsang produksi sitikon yang memungkinkan terjadinya *Immune-Maladaptation* (Saifuddin, 2010). Janin tunggal memiliki risiko kecil untuk menyebabkan terjadinya preeklampsia. Risiko besar terdapat pada kehamilan dengan janin multiple karena massa plasenta besar sehingga pajanan ke vilous korion pun dalam jumlah besar (Cunningham, 2012). Hal ini sesuai dengan kasus Ny. F antara teori dan kasus di lahan.

Riwayat hipertensi memungkinkan ibu untuk 6 kali lebih besar mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu hamil normotensi. Risiko terjadi hipertensi dan preeklampsia pada wanita hamil dengan lupus nephritis adalah 30-40% (Setyawati, 2018). Komplikasi preeklampsia kemungkinan disebabkan oleh adanya sindrom antiphospholipid (Mockova, 2014). Anggota keluarga tidak ada yang

menderita preeklampsia selama kehamilan. Preeklampsia cenderung diturunkan kepada anak perempuan dari ibu hamil dengan preeklampsia 2-3 kali lipat dibandingkan ibu hamil normal (Setyawati, 2018). Hal ini berbeda dengan kasus Ny. F, keluarga Ny.F tidak ada yang menderita penyakit hipertensi.

Ibu mengatakan sebelumnya belum pernah menggunakan KB apapun. Ibu dengan preeklampsia sebagian besar memiliki riwayat penggunaan kontrasepsi hormonal (Varney, 2010). Kontraspsi yang tidak memiliki kadar hormonal salah satunya yaitu IUD (Saifuddin, 2014). Ny. F telah dipasang IUD sekalian saat selesai operasi SC.

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, didapatkan data berat badan ibu sebelum hamil yaitu 65 kg, berat badan saat ini 78 kg, pertambahan berat badan selama hamil 13 kg selama kehamilan dan tinggi badan ibu yaitu 159 cm dengan IMT 28,72 kg/m². Kenaikan berat badan ibu hamil normalnya yaitu 9-12 kg selama kehamilan. Kenaikan berat badan ibu yang menjadi faktor risiko dari preeklampsia (Wiknjosastro, 2010). IMT ibu masuk kedalam kondisi overweight yaitu dalam rentan 25,1-30,0 kg/m² (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Risiko preeklampsia meningkat menjadi 4 kali pada ibu dengan IMT >30 kg/m² (Zhan, 2016).

Asuhan yang diberikan yaitu terapi konservatif dengan perencanaan terminasi kehamilan pada tanggal 10 Januari 2022 atau apabila timbul komplikasi yang membahayakan nyawa ibu. Ibu diberikan dopamet 500mg setiap 8 jam sekali apabila TD \geq 140/80 mmHg. Perawatan yang dilakukan meliputi pemberian obat penurun tekanan darah, obat anti kejang dan obat diuretik apabila diperlukan (Wantania, 2015). Hasil pemberian obat penurun tensi dopamet 500 mg yaitu dari pengkajian awal TD 148/95 mmHg berangsur-angsur turun menjadi 120/80 mmHg dan 123/70 mmHg.

Ibu bersalin melalui SC elektif pada tanggal 10 Januari 2022. Bayi lahir pukul 21.45 WIB. AS 9-9-10, BBL 2400 gram, kondisi ibu dan bayi sehat.. Menurut Hartati (2018), Ibu preeklampsia empat kali lebih beresiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Semakin berat preeklampsia yang diderita ibu bersalin semakin rendah berat badan bayi yang dilahirkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adzlan, T. (2011) *Pendewasaan Usia Perkawinan*. Available at: http://lampung.bkkbn.go.id/_layouts/mobile/dispform.aspx?List=8c526a76-8b88-44fe-8f81-2085df5b7dc7&View=69dc083c-a8aa-496a-9eb7-b54836a53e40&ID=21afili
- Affandi, B. *et al.* (2014) *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. 3rd edn. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Akip, S. D., Wiyati, P. S. and Wijayahadi, N. (2015) 'Luaran Maternal dan Perinatal Pada Ibu Hamil dengan Preeklampsia Berat', *Universitas Diponegoro*. Semarang: Faculty of Medicine.
- Alatas, H. (2019) *Hipertensi pada Kehamilan, Prodi D3 Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang-Purwokerto*. Available at: <http://kebidanan.poltekkes-smg.ac.id/wp-content/uploads/2019/03/Materi-2-DR.dr.-Haidar.pdf>.
- Angsar, M. Dikman, 2011, "Hipertensi dalam Kehamilan" dalam *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo* editor Abdul Bari Saifuddin, Jakarta: YBPSP.
- Astrina, N. (2015) 'Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Preeklampsia/Eklampsia Di Rsud Panembahan Senopati Bantul', *Stikes Aisyiyah Yogyakarta*.
- Cho, J. J. *et al.* (2015) 'Prior cesarean section is associated with increased preeclampsia risk in a subsequent pregnancy', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), pp. 1–6. doi: 10.1186/s12884-015-0447-x.
- Clark, P., Thomson, A. J. and Greer, I. A. (2012) 'Haematological Problems in Pregnancy', *Dewhurst's Textbook of Obstetrics & Gynaecology: Eighth Edition*, pp. 151–172. doi: 10.1002/9781119979449.ch15.
- Cunningham, F. G. *et al.* (2012) *Williams Obstetrics*. 23rd edn, *Williams Obstetrics*. 23rd edn. New York: McGraw-Hill Education.
- Eiland, E., Nzerue, C. and Faulkner, M. (2012) 'Preeclampsia 2012', *Journal of Pregnancy*, 2012. doi: 10.1155/2012/586578.
- Elind, A.-H. (2016) 'Trace Elements as Potential Biomarkers of Preeclampsia', *Annual Research & Review in Biology*, 9(1), pp. 1–10. doi: 10.9734/ARRB/2016/20342.
- Gant, N. F. and Cunningham, F. G. (2010) *Dasar-dasar Ginekologi & Ostetri*. Jakarta: EGC.
- Handayani, T., Ansar, J. and Sidik, D. (2014) 'Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia

- Pada Ibu Hamil Di RSKDIA Siti Fatimah', *Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin*.
- Helina, S. and Sulastri, D. (2014) 'Artikel Penelitian Korelasi Kadar Hemoglobin dengan Kadar Nitric Oxide pada Preeklamsia dan Kehamilan Normal', 4(3), pp. 808–814.
- JNPK-KR, 2010, Paket Pelatihan: *Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergency Dasar (PONED)*
- Keman, K. (2014) *Patomekanisme Preeklamsia Terkini: Mengungkapkan Teori-teori Terbaru tentang Patomekanisme Preeklamsia Dilengkapi dengan Deskripsi Diomokuler*. Malang: Universitas Brawijaya Press (UB Press). Available at: <https://books.google.co.id/books?id=EqJQDwAAQBAJ>.
- Kementerian Kesehatan RI (2018) *Kesehatan Reproduksi dan Seksual Bagi Calon Pengantin*. Edited by S. D. K. U. Reproduksi. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI, 2013, Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Lamminpää, R. *et al.* (2012) 'Preeclampsia complicated by advanced maternal age: a registry-based study on primiparous women in Finland 1997-2008', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(47), pp. 1–5. doi: 10.1186/1471-2393-12-47.
- Lindheimer, M. D. and Romero, R. (2007) 'Emerging roles of antiangiogenic and angiogenic proteins in pathogenesis and prediction of preeclampsia', *Hypertension*, 50(1), pp. 35–36. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.107.089045.
- Macdonald, S. and Magill-Cuerden, J. (2011) *Mayer's Midwifery*. 14th edn. London: Elsevier. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Marfell, J. A. (2014) *Prenatal and Postnatal Care: A Women Centered Approach*. UK: Library of Congress Cataloging in Publication Data.
- Marlianti, S. (2016) 'Hubungan Usia Ibu Dan Umur Kehamilan Dengan Kejadian Preeklamsia', *Universitas Islam Sultan Agung*, 956, pp. 0–1.
- Mikat, B. *et al.* (2012) 'Early Detection of Maternal Risk for Preeclampsia', *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 2012, pp. 1–7. doi: 10.5402/2012/172808.
- Mockova, A. *et al.* (2014) 'Extremely hypotrophic newborn of mother with systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome', *Lupus*, 23(3), pp. 313–318. doi: 10.1177/0961203313517406.
- Nina, D. (2018) *Fisiologi Manusia Siklus Reproduksi Wanita*. Jakarta: Penerbar Plus.

- Novianti, H. (2016) 'Pengaruh Usia Dan Paritas Terhadap Kejadian Pre Eklampsia Di RSUD Sidoarjo', *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9(1), pp. 25–31. Available at: <http://journal.unusa.ac.id/index.php/JHS/article/view/356>.
- Ogawa, K. *et al.* (2017) 'Association between very advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A cross sectional Japanese study', *BMC Pregnancy and Childbirth*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s12884-017-1540-0.
- Prawirohardjo, S. (2014) *Ilmu Kebidanan*. 4th edn. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2011. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rizki, M. E. (2014) 'Hubungan Usia dengan Kejadian Preeklampsia pada Ibu Bersalin di RSUD Wonosari Tahun 2013', *Stikes Aisyiyah Yogyakarta*.
- Saifuddin, A. B. (2012) *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. 5th edn. Edited by G. Adriaansz, G. H. Wiknjosastro, and D. Waspodo. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin, A. B. (2014) *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. 3rd edn. Edited by B. Affandi *et al.* Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin, A. B., Rachimhadhi, T. and Wiknjosastro, G. H. (2010) *Ilmu Kebidanan*. 4th edn. Edited by G. H. W. Abdul Bari Saifuddin, Trijatmo Rachimhadhi. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saraswati, N. and Mardiana (2016) 'Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklampsia pada Ibu Hamil (Studi kasus di RSUD Kabupaten Brebes tahun 2014)', *Unnes Journal of Public Health*, 5(2), pp. 90–99. doi: 10.15294/ujph.v5i2.10106.
- Setyarini, Didien Ika, Suprapti. 2016. *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Setyawati, A., Widiasih, R. and Ermiati (2018) 'Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklampsia di Indonesia', *Jurnal Perawat Indonesia*, 2(1), pp. 32–40. Available at: <https://journal.ppnijateng.org/index.php/jpi/article/view/38>.
- Shan, D. *et al.* (2018) 'Pregnancy Outcomes in Women of Advanced Maternal Age: a Retrospective Cohort Study from China', *Scientific Reports*, 8(1), pp. 1–9. doi: 10.1038/s41598-018-29889-3.

- Sibai, BM, 2005, *Magnesium Sulfate Profilaxis in Preeclampsia: Evidence from Randomized Trials*, Clinical Obstetrics and Gynecology
- Sufiyati, F. S., Mardjan and Saleh, I. (2017) 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi Tubektomi Pada Pasangan Usia Subur', *Jurnal Mahasiswa dan Peneliti Kesehatan*, 1(1).
- Sulistiyono, A. (2016) *Preeklampsia*, Tim PENAKIB Surabaya. Available at: http://fik.um-surabaya.ac.id/sites/default/files/dr_Agus.pdf (Accessed: 22 September 2018).
- Suprihatin, E., Norontoko, D. A. and Miadi (2015) *Prediction of Preeclampsia by a Combination of Body Mass Index (BMI), Mean Arterial Pressure (MAP), and Roll Over Test (ROT)*, Polytechnic of Health Ministry of Health Surabaya Indonesia. Universitas Airlangga. Available at: <http://eprints.ners.unair.ac.id/321/>.
- Surachmindari and Yulifah (2013) *Konsep Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tessema, G. A., Tekeste, A. and Ayele, T. A. (2015) 'Preeclampsia and Associated Factors Among Pregnant Women Attending Antenatal Care in Dessie Referral Hospital, Northeast Ethiopia: A Hospital-Based Study', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(73), pp. 1–7. doi: 10.1186/s12884-015-0502-7.
- Tranquilli, A. L. *et al.* (2013) 'The definition of severe and early-onset preeclampsia. Statements from the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP)', *Pregnancy Hypertension*. International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy, 3(1), pp. 44–47. doi: 10.1016/j.preghy.2012.11.001.
- Tranquilli, A. L. *et al.* (2014) 'The classification, diagnosis and management of the hypertensive disorders of pregnancy: A revised statement from the ISSHP', *Pregnancy Hypertension*, 4(2), pp. 97–104. doi: 10.1016/j.preghy.2014.02.001.
- Varney, Helen, Jan M. Kriebs, Carolyn L. Gegor, 2010, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*, alih bahasa Ana Lusiyana, Jakarta: EGC.
- Varney, Helen, Kriebs, J. M. and Gegor, C. L. (2010) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. ed. 4 vol. Jakarta: EGC.
- Wahyuni, E. D. (2018) *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Wantania, J. J. E. (2015) *Hipertensi dalam Kehamilan*, FK UNSRAT Manado. Available at:

<http://repo.unsrat.ac.id/1590/1/18. Hipertensi Dalam Kehamilan.pdf>

Waryana (2010) *Gizi Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.

WHO (2012) *Daily Iron and Folic Acid Supplementation in Pregnant Women, 2012*, WHO. Available at: Daily Iron and Folic Acid Supplementation in Pregnant Women, 2012

WHO,2013,Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan.

Winkjosastro, H. (2010) *Ilmu Bedah Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Zhan, J. Y. (2016) 'The Effect of Preeclampsia on Renal Function: Cross-Sectional Studies of Postpartum Preeclamptics and Women Who Were Destined to Develop Preeclampsia', *Queen's University (Canada)*, p. 112.

LAPORAN KASUS
KEGAWATDARURATAN NEONATAL
PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN BBLR
DI RSUD Dr ADHYATMA, MPH TUGUREJO SEMARANG

Disusun Untuk Memenuhi Tugas Praktik Kebidanan
Stage Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal



Tugas ini diampu oleh
Triana Sri Hardjanti, M.Mid

disusun oleh :
TRI SUKSESI HANDAYANI
NIM : P1337424821091

PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN SEMARANG
TAHUN 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Pendahuluan Praktek Kebidanan Stage Kegawatdaruratan Maternal di RSUD Dr. Adhyatma, MPH. Tugurejo Semarang telah disahkan oleh pembimbing pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 21-7-2022

Dalam Rangka Praktik Klinik Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal yang telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing klinik dan pembimbing institusi Prodi Profesi Kebidanan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Semarang Tahun 2022.

Pembimbing Klinik



Yuni Widayati, SST

NIP. 19730612199332002

Mahasiswa

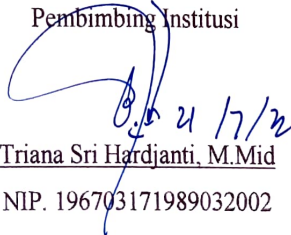


Tri Suksesi Handayani

NIM. P1337424821091

Mengetahui,

Pembimbing Institusi



Triana Sri Hardjanti, M.Mid

NIP. 196703171989032002

TINJAUAN KASUS
ASUHAN KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN NEONATAL
PADA BY. NY. N BAYI BARU LAHIR DENGAN BBLR
DI RUANG OBSTETRI RSUD Dr ADHYATMA, MPH
TUGUREJO SEMARANG

I. PENGKAJIAN

Tanggal : 20 Februari 2022

Waktu : 11.20 WIB

Tempat : Kamar Bersalin RSUD Tugurejo Semarang

A. IDENTITAS

a. Identitas bayi

Nama : By.Ny. N

Tanggal/ Jam lahir : 20 Februari 2022/ Jam 10.20

Jenis Kelamin : Perempuan

b. Identitas orang tua

Identitas Ibu

Nama : Ny. N

Umur : 25 Tahun

Agama : Islam

Pendidikan : Sarjana

Pekerjaan : Karyawan

Suku Bangsa : Jawa

Alamat : Mijen 02/X

Identitas Ayah

Nama : Tn. P

Umur : 27 tahun

Agama : Islam

Pendidikan : Sarjana

Pekerjaan : Karyawan

Suku Bangsa : Jawa

Alamat : Mijen 02/X

B. DATA SUBYEKTIF

1. Riwayat kehamilan ibu

a. HPHT : 16-6-2021

b. HPL : 23-3-2022

c. Umur kehamilan : 35 minggu

d. Keluhan yang dialami ibu :

- TM I : mual, muntah.

- TM II : tidak ada keluhan.

- TM III : Tensi darah sering tinggi berkisar antara 145/90 mmHG sampai 160/108 mmHg, tetapi tidak mengeluh using ataupun mata kabur dan nyeri ulu hati.
- e. Kejadian selama hamil :
- Preeklamsi : ada, Hipertensi sejak UK 33 minggu
 - Perdarahan : tidak ada
 - Penyakit lainnya : tidak ada
- f. Kebiasaan selama hamil :
- Merokok : Ibu mengatakan tidak pernah dan tidak sedang merokok
- Konsumsi Alkohol : Ibu mengatakan tidak pernah dan tidak sedang mengonsumsi alkohol, Jamu-jamuan, narkoba, maupun obat-obatan bebas: Ibu mengatakan tidak pernah dan tidak sedang minum jamu, narkoba maupun obat-obatan bebas.

2. Riwayat Natal :

- Tanggal lahir : 20 Februari 2022
- BB : 2000 gram
- PB : 46 cm
- Jenis Kelamin : Laki-laki
- Tunggal/ Gemelli : Tunggal
- Lama persalinan kala I, kala II : Kala I \pm 8 jam, kala II 30 menit,
- Komplikasi persalinan: tidak ada, air ketuban jernih, Tali pusat segar

3. Riwayat Perinatal : Penilaian Apgar Score

	<i>Appearance</i>	<i>Pulse</i>	<i>Grimace</i>	<i>Activity</i>	<i>Respiratory</i>	<i>Score</i>
1 Menit	1	2	1	1	2	7
5 Menit ke-1	1	2	2	1	2	8
5 Menit ke-2	2	2	2	2	2	10

4. Pola kebiasaan sehari-hari

- a. Pola Pemenuhan Nutrisi : Ibu mengatakan bayi belajar minum ASI
- b. Pola Eliminasi : Ibu mengatakan bayi sudah BAK 1 kali

- c. Pola Istirahat : Bayi baru lahir, belum diketahui waktu tidur
- d. Pola aktifitas : Ibu mengatakan bayi masih lemah..
- e. Pola Personal Hygiene : Bayi belum di mandikan

C. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : lemah

Kesadaran : composmentis

Vital sign : N = 123 X/mnt

RR = 56X/mnt

S = 36,5 °C

Pengukuran antropometri :

BB : 2000 gram

PB : 46 cm

Lingkar Kepala : 32 cm

Lingkar dada : 30 cm

Lingkar lengan : 8,5 cm

2. Status Present

Kepala : Mesocephal, tidak terdapat caput succedaneum, tidak ada cephal hematoma, tulang Sutura belum menutup.

Mata : Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik.

Hidung : Simetris, tidak ada secret, tulang lunak sudah terbentuk.

Mulut : Simetris, tidak ada labioscisis dan labiopalatoscisis.

Telinga : Simetris, bersih, tulang lunak sudah terbentuk.

Leher : Tidak ada trauma pada leher.

Dada : Simetris, cekung, tidak ada retraksi, pernapasan teratur, iga gambang

Pulmo/COR : Tidak ada wheezing dan stridor, tidak ada suara ronkhi.

Abdomen : Tidak ada omfalokel dan gastroskizis,

Genetalia : Scrotum belum banyak lipatan, testis sudah turun, tidak ada kelainan.

Punggung : Tidak ada pembengkakan/cekungan, tidak ada spina bifida.

Anus : Berlubang.

Ekstremitas : Simetris, jumlah jemari lengkap tangan dan kaki, tidak odema, tidak ada kelainan,

Kulit : Kulit tipis, Kemerahan ada vernik caseosa, tidak ada bercak mongol, lemak kulit kurang, dan tidak ada lanugo

3. Reflek :

- Rooting reflek : + (baik), pada saat pipi bayi disentuh maka bayi merespon lambat untuk menoleh dan membuka mulut.
- Sucking reflek : + (baik), pada saat putting payudara dimasukkan kedalam mulut bayi, ia sudah bisa merespon menghisap dengan mulut dan lidahnya.
- Grasp reflek : + (lemah), pada saat meletakkan jari ditelapak tangan bayi, bayi belum bisa menggenggam.
- Moro reflek : + (baik), pada saat bayi dikejutkan maka bayi akan melebarkan tangan dan jari-jarinya kemudian lengannya.
- Tonic neck reflek : + (baik), pada saat kepala bayi dimiringkan kesisi yang berlawanan maka bayi akan memperpanjang lengan dan kaki ke sisi tersebut dan meregangkan lengan dan kakinya kesisi berlawanan.
- Babinski reflek : + (baik), pada saat kaki bayi disentuh dari tumit hingga kejarinya maka jari kakinya akan mengembangkan.

4. Karakteristik menurut Ballard

a. Maturitas Neuromuskuler

- 1) Sikap : 2
- 2) Jendela pergelangan tangan : 2
- 3) Gerakan lengan membalik : 3
- 4) Sudut poplitea : 4
- 5) Tanda selempeng : 3
- 6) Lutut ke telinga : 3

Jumlah : 18

b. Maturitas fisik

- 1) Kulit : 3
 - 2) Lanugo : 3
 - 3) Garis telapak tangan : 2
 - 4) Payudara : 2
 - 5) Mata/daun telinga : 3
 - 6) Genetalia : 3
- Jumlah : 16

c. Maturitas fisik+Maturitas Neoromuskular : $16+18= 34$
minggu

II. INTERPRETASI DATA

DIAGNOSA

By. Ny. N, Bayi Baru Lahir Dengan BBLR, 1 jam pertama

MASALAH : -

III. DIAGNOSA POTENSIAL

- Hipotermi
- Hipoglykemia
- Hiperbilirubinemia
- Perdarahan pada bayi baru lahir
- Infeksi Mata dan Tali Pusat

IV. ANTISIPASI MASALAH

Kebutuhan :

- Kehangatan tubuh bayi.
- Pemenuhan N
- Pemberian Vit K1
- Perawatan tali pusat
- Pemberian salep mata

Tindakan Segera / Kolaborasi :

- Injeksi vitamin K 0,5 mg
- Perawatan Inkubator

V. PERENCANAAN

1. Lakukan IMD
2. Lakukan observasi tanda-tanda vital bayi.
3. Pertahankan suhu tubuh bayi agar selalu dalam keadaan hangat,
4. Beri penjelasan ibu dan keluarga bahwa bayi akan diberikan suntikan Vit K1.
5. Bungkus tali pusat dengan kasa steril.
6. Berikan salep mata
7. Pemenuhan nutrisi bayi

VI. PELAKSANAAN Tanggal : 20 Februari 2022 Jam 11.30

1. Memberi kesempatan bayi untuk IMD 1 jam
Hasil : bayi telah IMD selama 1 jam
2. Melakukan observasi TTV bayi
Hasil : Dj: 129x/i P:46x/I S:36,8°
3. Memberikan penjelasan ibu dan keluarga bahwa bayi akan diberikan suntikan Vit K1 yang disuntikkan pada paha kiri 1/3 atas anterolateral yg berguna untuk mencegah perdarahan
Hasil : ibu dan keluarga mengetahui dan bersedia jika bayinya di imunisasi Vit K1
4. Menyuntikkan Vit K1 0,5 mg pada paha kiri 1//3 atas anterolateral
Hasil : Vit K1 pada paha kiri atas sudah diberikan 0,5 mg IM
5. Membungkus tali pusat dengan kasa steril
Hasil : tali pusat sudah terbungkus dengan kasa
6. Menjaga kehangatan bayi dengan memakaikan pakaian bayi dan membungkus bayi dengan kain, dan memberi penutup kepala/ topi. Dan menempatkan bayi pada inkubator
Hasil : Bayi sudah terbungkus kain di dalam incubator pada suhu 33 °C
7. Memberikan salep mata
Hasil: bayi sudah di berikan salep mata
8. Memberikan susu formula sejumlah 60 ml setiap 3 jam, untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi karena asi kolostrum jumlahnya sangat sedikit.
Hasil : bayi diberikan sufor setiap 3 jam

VII. EVALUASI

Tanggal 20 Februari 2022 pukul 13.00 WIB

S : ibu mengatakan bayi sudah bisa menyusu dan tertidur.

O : Bayi telah selesai dilakukan asuhan BBL yaitu :

- Inisiasi Menyusu Dini (IMD) selama 1 jam.
- Pemeriksaan fisik bayi baru lahir.
- Injeksi vitamin K1.
- Pemberian salep mata profilaksis.
- Terjaga kehangatan tubuh bayi.
- Perawatan tali pusat.
- Pemberian ASI / PASI

A : By. Ny. N, Bayi Baru Lahir Dengan BBLR, .

P : Bayi rawat dalam inkubator

- Pantau tanda vital bayi.
- Jaga kehangatan tubuh bayi.
- Pantau pemenuhan kebutuhan nutrisi
- Pantau kebutuhan Eliminasi

CATATAN PERKEMBANGAN I

Tanggal 21 Februari 2022 jam 14.20 WIB

S Ibu mengatakan bayinya sudah bisa menetek meskipun menghisap kurang kuat, suara tangis terdengar lirih, bayinya masih dirawat diinkubator, sering diberikan pada ibu untuk diberi ASI.

O Keadaan umum : baik

Kesadaran : Composmentis

- Tanda-tanda vital :

N : 140 x/menit

T : 37°C RR : 50x/menit

A By. Ny. N, Bayi Baru Lahir dengan BBLR , Usia 1 hari

Masalah : Masalah Pemberian Asi

Kebutuhan :KIE Pemberian ASI

P 1. Menganjurkan ibu untuk selalu mencuci tangan sebelum dan

setelah memegang bayi

Hasil : ibu mau melakukan cuci tangan sebelum dan setelah memegang bayinya.

2. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk menjaga kehangatan bayi yaitu dengan menutupi kepala bayi dan membedong bayi dan menyelimuti bayi pada saat tidak di incubator agar bayi tidak terjadi hipotermi.

Hasil: Kehangatan bayi terjaga

3. Mengajarkan ibu tehnik menyusui yang benar

Hasil : ibu paham dan mengerti cara menyusui yang benar

4. Memberikan KIE tentang tehnik menyusui yang benar, dan menganjurkan untuk bersabar dalam memberikan asi, hal ini untuk melatih bayi menghisap dan menelan dengan baik agar pemenuhan nutrisi tercukupi.

Hasil : ibu mampu mempraktekkan menyusui yang benar pada bayinya selama 1 jam.

5. Memandikan bayi dengan menyibin, dan membersihkan bayi segera setelah dari BAK dan BAB

Hasil : bayi dalam keadaan bersih dan kering

6. Melakukan perawatan tali pusat

Hasil : tali pusat masih tampak basah, tidak ada tanda infeksi, terbungkus dengan kassa kering.

7. Memeriksa tanda-tanda vital bayi

Hasil : N : 130 x/menit

T : 36,6 °C RR : 46 x/menit

8. Menimbang BB bayi

Hasil : BB : 2000 gram

9. Mendokumentasikan kegiatan

Hasil: Kegiatan sudah didokumentasikan

CATATAN PERKEMBANGAN II

Tanggal 22 Februari 2022 jam 09.00 WIB

- S** Ibu mengatakan bayinya sudah mampu menghisap ASI dengan baik, suara tangis bayi mulai keras, aktivitas gerakan bayi belum aktif, masih sedikit bergerak.
- O** Keadaan umum : baik
Kesadaran : Composmentis
Tanda-tanda vital :
N : 130 x/menit
T : 37°C
RR : 46 x/menit
BB : 2050 gram
PB : 46 cm
- A** By. Ny. N, Bayi Baru Lahir dengan BBLR , usia 3 hari, sehat.
Masalah : -
Kebutuhan :
Lingkungan yang bersih, kering, dan hangat
Pemberian ASI
Kebutuhan nutrisi ibu dan bayi
- P** . Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu meliputi keadaan umum, tanda- tanda vital bayi, BB dan memberitahukan bahwa bayi dalam keadaan sehat Hasil : Ibu senang mengetahui hasil pemeriksaan bayi.
. Menjelaskan pada ibu tentang aktivitas gerak bayi akan meningkat aktif seiring dengan bayi berkecukupan nutrisi dan sehat.
Hasil : ibu memahami penjelasan petugas.
. Memberitahu ibu dan keluarga untuk selalu menjaga kehangatan bayi
Hasil : Ibu dan keluarga bersedia mengikuti anjuran
. Mengajarkan ibu tehnik metode kanguru untuk menjaga tubuh bayi tetap hangat.

Hasil : Ibu memahami cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kanguru

. Mengkaji nutrisi pada bayi dengan cara menyusukan bayi ke ibu.

: Bayi dapat menyusu dengan aktif dan baik, seluruh areola masuk ke mulut bayi dan dagu bayi menempel pada payudara ibu.

. Mendokumentasikan asuhan yang sudah dilakukan di dalam buku KIA.

Hasil : pendokumentasian sudah dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN III

Tanggal 23 Februari 2022 jam 10.00 WIB

S Ibu mengatakan bahwa keadaan bayi baik, aktivitas dan gerakan bayi mulai aktif, bayi mengisap dan menelan asi dengan baik, bayi sudah sering diberikan pada ibu untuk diberikan ASI, tangisan bayi mulai terdengar keras.

Pola Kebiasaan Sehari-hari

- a. Pola nutrisi : bayi sering minum ASI
- b. Pola eliminasi : bayi BAB 3x/hari, warna kuning, konsistensi lembek dan BAK 10 x/hari, warna kuning jernih, bau khas. Tidak ada keluhan
- c. Pola istirahat : bayi tidur terlihat pulas dan tenang
- d. Pola aktivitas : bayi bergerak mulai aktif

O Keadaan umum : baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital :

N : 120 x/menit

T : 37°C

RR : 53 x/menit

BB : 2200 gram

PB : 46 cm

LIKA : 32,5 cm

LIDA : 30 cm

LILA : 9,5 cm

Advis DSA : bayi boleh dirawat di rumah

A By. Ny. N, Bayi Baru Lahir Dengan BBLR, usia 4 hari, sehat.

Masalah : Tidak ada masalah

Kebutuhan :

- a. Lingkungan yang bersih, kering, dan hangat
- b. Pemberian ASI dan Tanda Bayi Cukup ASI
- c. Konseling ASI Eksklusif
- d. Perawatan BBLR di rumah
- e. Konseling Imunisasi bayi usia 1 bulan pertama

P 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu meliputi keadaan umum, tanda- tanda vital bayi, BB dan memberitahukan bahwa bayi dalam keadaan sehat.

Hasil : Ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan pada bayi

2. Memberitahu ibu dan keluarga untuk selalu menjaga kehangatan bayi dan mengingatkan cara menghangatkan dengan metode kanguru.

Hasil : ibu dan keluarga telah bersedia mengikuti anjuran

3. Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bayi cukup ASI yaitu ditandai dengan peningkatan berat badan sesuai kurva pertumbuhan.

Hasil : ibu mengerti dengan penjelasan

4. Memastikan kembali agar ibu tetap menyusui bayinya secara *on demand* (sesuai keinginan bayi)

Hasil : ibu bersedia melakukannya

5. Menganjurkan kepada ibu untuk ASI eksklusif selama 6 bulan penuh kepada bayinya tanpa tambahan makanan apapun

Hasil : ibu bersedia melakukannya

6. Mengajarkan ibu untuk menjaga personal hygiene ibu dan bayinya.
Hasil : ibu mau mengikuti anjuran petugas
7. Mengajarkan ibu cara merawat tali pusat untuk mencegah infeksi.
Hasil : ibu mengerti cara merawat tali pusat dengan membungkus kassa bersih dan kering.
8. Memberitahu ibu tentang perawatan bayi sehari – hari diantaranya memberikan ASI saja sesuai keinginan bayi setiap 2 – 3 jam, menjaga kehangatan dan kenyamanan bayi, selalu memantau keadaan bayi dan harus waspada dengan tanda bahaya bayi baru lahir termasuk pernafasan, suhu tubuh, warna kulit dan apabila bayi mengalami tanda bahaya segera bawa ke pelayanan kesehatan.
Hasil : ibu telah mengerti tentang perawatan bayi sehari - hari
9. Mengajarkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya saat usia bayi 1 bulan untuk mendapatkan imunisasi BCG di posyandu atau puskesmas terdekat
Hasil : ibu bersedia untuk mengimunisasikan bayinya saat usia 1 bulan dan seterusnya.
10. Mengajarkan ibu untuk mengontrolkan bayinya ke RS setelah 1 minggu perawatan.
Hasil : ibu mau membawa bayinya untuk control ke RS
11. Mendokumentasikan asuhan yang sudah dilakukan di dalam buku KIA
Hasil : pendokumentasian sudah dilakukan.

PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis akan membahas berdasarkan pendekatan manajemen asuhan kebidanan dengan tujuh langkah, yaitu identifikasi data dasar, identifikasi, diagnosa/masalah aktual, identifikasi diagnosa/masalah potensial, melaksanakan tindakan segera/kolaborasi, merencanakan tindakan asuhan kebidanan, melaksanakan tindakan asuhan kebidanan dan mengevaluasi asuhan kebidanan serta pendokumentasian asuhan kebidanan berdasarkan SOAP.

A. Pengkajian Data Subyektif

Tahap ini dilakukan identifikasi data dasar (pengkajian) dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien mengenai “ By.Ny .N ”, baik orang tua maupun bidan dan dokter yang ada di ruangan dapat memberikan informasi secara terbuka sehingga memudahkan untuk memperoleh data yang diinginkan sesuai dengan permasalahan yang ada.

Pada pengkajian data diketahui bahwa Ny.N memiliki riwayat HPHT 16 Juni 2021 dan HPL 23 Maret 2022, umur kehamilan berada pada minggu ke 35. Pada trimester I mengalami emesis gravidarum, sedangkan trimester II dan III tidak ada keluhan yang berarti. Tetapi pada Trimester III tekanan darah menjadi hipertensi pada umur kehamilan 33 minggu.

Hal ini sesuai dengan teori bahwa pada hipertensi dalam kehamilan tidak terjadi invasi sel-sel trofoblas pada lapisan otot arteri spiralis dan jaringan matriks sekitarnya. Lapisan otot arteri spiralis menjadi tetap kaku, dan keras, sehingga lumen arteri spiralis tidak memungkinkan mengalami distensi dan vasodilatasi. Akibatnya, arteri spiralis relatif mengalami vasokonstriksi, dan terjadi kegagalan "remodeling arteri spiralis", sehingga aliran darah uteroplasenta menurun, dan terjadilah hipoksia dan iskemia plasenta. Dampak iskemia plasenta akan menimbulkan perubahan-perubahan yang dapat menjelaskan patogenesis HDK selanjutnya (Sarwono, 2014: 533). Diperkuat dengan Uji hasil penelitian Setiati 2016, menyatakan bahwa hipertensi pada kehamilan berhubungan dengan kejadian Berat Badan Lahir Rendah, dan penelitian Hans dan Ariwibowo, 2016, yang menyatakan berdasarkan komplikasi, ibu hamil dengan hipertensi yang memiliki komplikasi trombositopenia sebanyak 3 (3,41%) subyek, penurunan fungsi ginjal sebanyak 2 (2,27%) subyek serta tidak ditemukan komplikasi edema paru dan

kematian maternal. Komplikasi yang terjadi pada janin berupa BBLR sebanyak 25 (28,41%) subyek dan kematian janin sebanyak 4 (4,55%) subyek.

B. Pengkajian Data Obyektif

Berdasarkan hasil pemeriksaan antropometri Bayi Ny. N memiliki keadaan umum lemah, BB 2000 gram, PB 46 cm, Lingkar Kepala 32 cm, Lingkar dada 30 cm, Lingkar lengan : 8,5 cm, dan gambaran masa gestasi 34 minggu dari penilaian maturitas fisik dan maturitas neuromuscular. Dari apgar score didapatkan 7 8 10, artinya tidak terjadi asfiksia. Beberapa reflek bayi belum sempurna. Karakteristik Bayi Ny. N menunjukkan kelahiran preterm.

Pada penelitian Handayanti, 2015, dari 1236 persalinan 126 orang bersalin dengan preeklampsia berat yang menunjukkan berat badan lahir 2500-3000 gram, dengan rata-rata usia gestasi 37 minggu. Ibu yang mengalami preeklampsia/eklampsia berpengaruh pada kejadian kelahiran preterm selama kehamilan memiliki risiko lebih besar untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dibandingkan ibu yang tidak menderita preeklampsia/eklampsia.

C. Analisa.

Analisa data dilakukan setelah melakukan anamnesis data subjektif dan anamnesis data objektif. Analisis didalamnya meliputi diagnosis aktual dan seperlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untukantisipasi masalah (Varney, Kriebs and Gegor, 2007). Dalam analisa data akan diperoleh interpretasi diagnose actual dan potensial. Dimana akan dilakukan akan diambil keputusan untuk melakukan tindakan segera berupa kolaborasi dengan dokter.

Dari kasus Bayi Ny. N adalah bayi baru lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di ruang persalinan RSUD Dr. Adhyatma, MPH Tugurejo Semarang. Dari hasil kajian diperoleh data bayi terlihat lemah dengan kelahiran preterm. Sehingga untuk mencegah adanya komplikasi akibat BBLR maka dilakukan kolaborasi dengan DSA yaitu dengan dilakukan rawat dalam incubator dan injeksi vitamin K. Berdasarkan penelitian Hanifa dkk 2017 dalam hasil penelitiannya didapatkan 32 bayi yang mengalami perdarahan intrakranial. Sebanyak 31 (96,88%) bayi datang pada onset lambat. Jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki pada 21 (65,62%) bayi. Riwayat persalinan terbanyak adalah persalinan spontan (84,37%). Hanya 4

(12,5%) bayi yang diberi vitamin K profilaksis saat lahir. Simpulan penelitian Hanifa dkk adalah pentingnya pemberian vitamin K profilaksis pada bayi baru lahir untuk mencegah perdarahan intrakranial.

Penempatan bayi Ny.N pada incubator sesuai advis dokter adalah untuk mencegah timbulnya komplikasi hipotermi, dan untuk mempertahankan suhu tubuh bayi dalam keadaan hangat. Hal ini berdasarkan penelitian Hikmah 2016 bahwa Bayi Baru Lahir dengan BBLR yang mengalami hipotermi sejumlah 66% di RSUD Abdoer Rahem Situbondo.

D. Planning

Bayi baru lahir berdasarkan tinjauan teoritis bahwa penatalaksanaan BBLR adalah dengan mempertahankan suhu tubuh dengan ketat, mencegah infeksi dengan ketat, pengawasan nutrisi, dan penimbangan ketat. Bayi Ny.N merupakan bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR), yang masih memenuhi syarat untuk dilakukan IMD (Inisiasi Menyusui Dini), dengan berat lahir 2000 gram dan apgar score baik. Selain untuk kontak *skin to skin*, IMD bertujuan untuk memperkenalkan *bonding attachment*, mempertahankan kondisi bayi baru lahir dalam keadaan sehat secara optimal, dan mencegah hipotermi.

Wardani (2019) dalam penelitiannya menerangkan bahwa terdapat pengaruh Inisiasi Menyusu Dini (IMD) terhadap perubahan suhu tubuh pada bayi baru lahir (p kurang dari 0,05) terdapat pengaruh Inisiasi Menyusu Dini (IMD) terhadap perubahan suhu tubuh pada bayi baru lahir (p kurang dari 0,05). Mengobservasi tanda-tanda vital dalam hal ini digunakan untuk menilai adanya tanda-tanda infeksi, hipotermi dan hipoglykemia.

Bayi Ny.N mendapatkan perawatan menyeluruh di Ruang Perawatan Perinatologi RSUD Dr. Adhyatma, MPH Tugurejo Semarang yaitu meliputi pemberian nutrisi berupa asi dan pasi, mendapatkan penimbangan berat badan setiap hari, sebagai bentuk pengawasan terhadap pemenuhan nutrisi pada BBLR dan sebagai upaya mencegah terjadinya hypoglikemia. Namun demikian, perawatan bayi Ny.N di RSUD Dr. Adhyatma, MPH Tugurejo Semarang, tetap memberikan asi sebagai nutrisi yang utama pada BBL, termasuk pada bayi Ny.N.

Feberia menjelaskan dalam penelitiannya tentang “Pemenuhan Nutrisi pada Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Ruang PICU-NICU Rumah Sakit Swasta di Yogyakarta Tahun 2019”. menunjukkan bahwa

pemenuhan nutrisi pada BBLR dilakukan dengan cara pemberian melalui OGT, gelas dan sendok. Nutrisi utama yang diberikan pada BBLR yaitu ASI dengan frekuensi dan jumlah nutrisi yang diberikan secara bertahap sesuai kondisi bayi BBLR. Hambatan dalam pemberian nutrisi adalah kondisi fisik bayi dan orang tua tidak mendapatkan donor ASI.

Pada studi Rosdiana (2014) tentang perbandingan kenaikan berat badan bayi terhadap BBLR pada yang diberi Asi dan susu formula, pada dua minggu pertama perawatan, hasil yang dilakukan dengan uji Uji Wilcoxon menunjukkan adanya penambahan berat badan pada masing-masing kelompok pemberian makanan (P value : 0,000), selanjutnya uji Mann-whitney menunjukkan perbedaan penambahan berat badan yang signifikan antara kelompok pemberian ASI dan susu formula dengan nilai P (0,007) < (0,05). Hasil ini merekomendasikan pemberian ASI sebagai intervensi keperawatan pada neonatus BBLR di unit perinatologi.

Perawatan pencegahan infeksi pada bayi Ny.N dilakukan dengan selalu melakukan cuci tangan sebelum dan setelah memegang bayi, merawat tali pusat dengan membungkus menggunakan kasa steril yang kering, serta melakukan perawatan sehari-hari BBL berupa memandikan bayi dan membersihkan bayi setiap kali BAK dan BAB. Hal ini dilakukan juga dengan memberikan pengetahuan pada ibu dan keluarga melalui KIE dan anjuran-anjuran untuk perawatan sehari-hari pada BBLR.

Penelitian Yuliani (2017) menunjukkan ada hubungan ibu tentang penatalaksanaan BBLR dengan perilaku ibu dalam perawatan BBLR di RSUD Wates, dengan nilai significancy p-value (0,025) < (0,05) dengan hasil tingkat pengetahuan ibu tentang penatalaksanaan BBLR kategori cukup (63,6%), sedangkan perilaku ibu dalam perawatan BBLR dalam kategori cukup (72,7%).

Pada catatan perkembangan bayi Ny.N menunjukkan kenaikan berat badan menjadi 2200 gram dan memenuhi syarat untuk dilakukan perawatan sehari-hari di rumah. Dengan mengajarkan ibu dan keluarga tentang metode kanguru sebagai pengganti incubator dalam perawatan rumah sakit untuk menjaga kehangatan tubuh bayi dan meningkatkan berat badan.

Hasil penelitian Dhilon (2019) dengan Uji T-Independent menunjukkan bahwa adanya pengaruh perawatan metode kangguru terhadap kenaikan berat dengan nilai P value =0,008, $\alpha < 0,05$. Dan hasil penelitian

Putrianan(2018) menjelaskan pada tingkat kepercayaan 95% terdapat perbedaan suhu tubuh yang bermakna setelah diberikan PMK dan terapi musik selama 30 menit pada kelompok intervensi (diberikan PMK dan terapi musik). Jadi, metode kanguru sangat bermanfaat untuk peningkatan suhu tubuh dan Berat Badan pada bayi dengan BBLR.

DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin, R, & Hasmi. *Determinan kesehatan ibu dan anak..*Jakarta: Trans info Medika.2014.
- Bhaskar, kumar ravi et,al,eds. *A Case Control Study on Risk Factors Associated with Low Birth Weight Babies in Eastern Nepal*, Kathmandu 44600, Nepal: International Journal of Pediatrics Department of Obstetrics and Gynaecology, B.P. Koirala Institute of Health Sciences Dharan, Sunsari 56700, Nepal.2015
- Dian Insana Fitri dkk. “Hubungan Pemberian ASI dengan Tumbuh Kembang Bayi Umur 6 Bulan di Puskesmas Nanggalo” *Jurnal Kesehatan Andalas* Vol. 3. Issue 2 .2014.
- Fauziah,A, & Sudatri. *Asuhan neonatus resiko tinggi dan kegawatan.*yogyakarta: Nuha medika.2013.
- Indriyani.*Buku ajar asuhan kehamilan.*Jakarta: Trans Info Medika.2011.
- Jasashree,Kotabal.*Study on the factor associated with low birt weigt among newborns delivered in a tertiary- care hospital,Shimoga,Karnataka.* india: internasional journal of medical science and public Health.departemen of community medicine 4,no,9: (2015).
- Kemenkes, RI. 2015. Target SDGs tahun 2030, (online). *Sustainable Development Goals*, pada : <http://www.pusat2.litbang.depkes.go.id/pusat2v1/wp-content/uploads/2015/12/SDGs-Ditjen-BGKIA.pdf>.
- Manuaba,dkk, *Ilmu kebidanan, penyakit kandungan dan KB.* Edisi 2.Jakarta: EGC.2013
- Maritalia,D..*Asuhan kebidanan nifas dan menyusui.*Jakarta: Pustaka Pelajar.2014.
- Manggiasih, AV,& Jaya,P.*Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi,Balita,danAnak Pra sekolah.*Jakarta: Trans Info Media.2016.

- Mangkuji, Betty. dkk. *Asuhan Kebidanan 7 Langkah Soap*. Jakarta : EGC, 2012.
- Maryuni,A.*Asuhan bayi dengan berat badan lahir rendah*.Jakarta: Trans info Medika.2013.
- Nur rosmala,Adhar arifuddin, dan redia novilias. *Analisis factor risiko kejadian BBLR*.Anutapura palu: Jurnal kesehatan masyarakat.7,no,1: (2016). h: 1-64.
- Nurhayati, dkk. *Konsep Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika, 2013.
- Purwoastuti,E, & Walyani,ES..*Asuhan persalinan dan bayi baru lahir*.Yogyakarta: Pustaka Baru Press.2015.
- Putra Sitiatava Rizema. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita untuk Keperawatan dan Kebidanan*. Jogjakarta. D-Medika. Cetakan pertama. 2012
- Profil kesehatan provinsi Jawa Tengah Tahun 2019;
- Karamzad Nahid et,al.eds. *Predictors of Low Birth Weight Infants in the North West*.iran: internasional journal pediatric.university of medical sciences 4, no,30: (2016).
- Kemetrian kesehatan RI,kesehatan dalam kerangka sustainable development Goals,(SDGS),jakarta: 2015
- Rukiyah, AY, Yulianti, L. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*.Jakarta:Trans Info Media.2013.
- Saleha,Sitti, *ASuhan Kebidanan Neonatus Bayi dan Balita*,Alauddin university press: 2012.
- Soliha,Hidayatush & Sri sumarmi. *Analisis risiko kejadian Berat bayi lahir rendah (BBLR) pada primigravida*.surabaya: jurnal media gizi Indonesia Departemen Gizi kesehatan 10, no,1: (2015).
- Tarwoto.*Buku Saku Anemia pada ibu Hamil*.Jakarta: Trans info Medika.2013
- Williansom,A & Crozier,K.*Buku ajar asuhan neonatus*.jakarta: EGC.2015.
- Sudarti & Afroh, F.*Asuhan Neonatus Resiko Tinggi dan Kegawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.2013
- Varney H, dkk. 2010. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ed. 4 Vol. 2*. Jakarta: EGC.

- <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://repository.poltekkesbdg.info/files/original/d0123145fe9246ab37f0f8c60719a562.pdf>
- Setiati, Ayu Rosida.2016. Faktor yang mempengaruhi kejadian BBLR di Ruang Perawatan Intensif Neonatus RSUD Dr.Moewardi di Surakarta, pada <http://jurnal.poltekkes-solo.ac.id/index.php/JKG/article/view/343>
- Hans I, Ariwibowo. 2016. Gambaran pengaruh hipertensi pada kehamilan terhadap ibu dan janin serta faktor-faktor yang memengaruhinya di RSUD Ciawi. *Tarumanagara Medical Journal* pada <https://journal.untar.ac.id/index.php/tmj/article/view/9730>
- Handayani, et.al.2015. Karakteristik Berat Badan dan Usia Gestasi Bayi Saat Lahir Dari Ibu Hamil Dengan Preeklampsia di RSUD DR. H Moch. Ansari Saleh Banjarmasin. *Jurnal Dinamika Kesehatan Vol. 13 No. 15* pada https://www.researchgate.net/profile/Herdiantri-Sufriyana/publication/301732615_Karakteristik_Berat_Badan_dan_Usia_Gestasi_Bayi_Saat_Lahir_dari_Ibu_Hamil_dengan_Preeklamsia_di_RSUD_dr_H_Moch_Ansari_Saleh_Banjarmasin/links/57249e2e08aee491cb3a8b78/Karakteristik-Berat-Badan-dan-Usia-Gestasi-Bayi-Saat-Lahir-dari-Ibu-Hamil-dengan-Preeklamsia-di-RSUD-dr-H-Moch-Ansari-Saleh-Banjarmasin.pdf
- Hanifa, R. dkk.2017. Gambaran Perdarahan Intrakranial pada Perdarahan akibat Defisiensi Vitamin K (PDVK) di RSUP Dr. M. Djamil. *Jurnal Kesehatan Andalas Vol.6 No.2.* pada <http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/708>
- Hikmah. R. 2016. Hubungan Berat Bdan Lahir Rendah Dengan Kejadian Hipotermia. <https://journal.ibrahimy.ac.id/index.php/oksitosin/article/download/388/375>
- Wardani, P.2019. *Jurnal Wellnes and Healthy Magazine*.Vol 1 No.1 pada <https://wellness.journalpress.id/wellness/article/view/12>
- Feberia, P,A.2019. Pemenuhan Nutrisi pada Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Ruang PICU-NICU Rumah Sakit Swasta di Yogyakarta Tahun 2019, pada : <http://repo.stikesbethesda.ac.id/598/>
- Yuliani, H. 2017. Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Penatalaksanaan BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah) Dengan Perilaku Ibu Dalam Merawat BBLR di RSUD Wates Kulon Progo.Yogyakarta. Thesis Post (Doctoral). STIKES Jendral Achmad Yani, pada : <http://repository.unjaya.ac.id/2335/>

- Putriana, Y. 2018. Efektifitas Perawatan Metode Kanguru (PMK) dan Terapi Murottal terhadap Peningkatan Berat Badan dan Suhu pada Bayi BBLR. Jurnal Kesehatan Poltekkes Tanjung Karang. Vol.9 No.1. pada :
<https://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK/article/view/731>
- Dhilon. 2019. Pengaruh Perawatan Metode Kanguru terhadap kenaikan Berat Badan pada Bayi BBLR di RS Sekabupaten Kampar. Jurnal Doppler Vol. 3 No. 1 pada :
<https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/doppler/article/view/420>