

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian bayi baru lahir

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari, bayi baru lahir memerlukan penyesuaian fisiologi berupa maturase, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterine). Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterine (Herman, 2020).

Bayi Baru Lahir normal adalah bayi yang lahir dengan presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, usia kehamilan aterm (37-42 minggu) dengan berat badan lahir 2500 gram-4000 gram dan panjang badan 50-55 cm, menangis spontan kurang dari 10 detik setelah lahir dengan nilai APGAR score 7-10 (Reza octaviani chairunnisa, 2021).

Bayi Baru Lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan aterm, dengan belakang kepala yaitu ubun-ubun kecil, melewati vagina tanpa dibantu oleh alat apapun, berat badan lahir berkisar 2500 sampai dengan 4000 gram, memiliki Appearance

Pulse Grimace Activity Respiration (APGAR) lebih dari 7 dan tidak mengalami kelainan kongenital (Risna Junianti, 2022).

b. Ciri-ciri bayi baru lahir normal

Ciri-ciri bayi baru lahir normal menurut (Rika Widianita, 2023) :

- 1) Berat badan 2500 gram-4000 gram.
- 2) Panjang badan 48-52 cm.
- 3) Lingkar dada 30-38 cm.
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm.
- 5) Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
- 6) Pernafasan 40-60 kali/menit
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.
- 10) Genitalia : pada perempuan labia mayora menutupi labia minora, pada laki-laki testis sudah turun dan skrotum sudah ada.
- 11) Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 12) Refleks morrow atau gerak memluk jika dikagetkan sudah baik.
- 13) Refleks graps atau menggenggam sudah baik.
- 14) Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

c. Klasifikasi

Neonatus dikelompokkan menjadi dua kelompok menurut (Juwita dan Prisusanti, 2020), yaitu :

a. BBL menurut masa gestasinya

Masa gestasi atau dapat disebut dengan umur kehamilan merupakan waktu dari konsepsi yang dihitung dari ibu hari pertama haid terakhir (HPHT) pada ibu sampai dengan bayi lahir (Novieastari *et al.*, 2020).

- 1) Bayi kurang bulan : bayi yang lahir <259 hari (37 minggu).
- 2) Bayi cukup bulan : bayi yang lahir antara 259-293 hari (37 minggu-42 minggu).
- 3) Bayi lebih bulan : bayi yang lahir >294 hari (>42 minggu).

b. BBL menurut berat badan saat lahir

Bayi lahir ditimbang berat badannya dalam satu jam pertama jika bayi lahir di fasilitas kesehatan dan jika bayi lahir di rumah maka penimbangannya dilakukan dalam waktu 24 jam pertama setelah kelahiran (Novieastari *et al.*, 2020).

- 1) Bayi berat badan lahir rendah : bayi yang lahir dengan berat badan <2,5 kg.
- 2) Bayi berat badan lahir cukup : bayi yang lahir dengan berat badan antara 2,5 kg-4 kg.
- 3) Bayi berat badan lahir lebih : bayi yang lahir dengan badan >4 kg.

c. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan :

- 1) Neonatus kurang/cukup/lebih bulan.
- 2) Kecil/sesuai/besar ukuran masa kehamilan

d. Perubahan Fisiologi

Perubahan Fisiolgi menurut (*Midwifery*, 2017) :

- 1) Sistem respirasi

Terjadinya pernapasan pertama pada bayi baru lahir disebabkan oleh dua faktor, yaitu terjadinya hipoksia pada akhir persalinan sehingga rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernapasan aktif, tekanan terhadap rongga dada yang terjadi karena kompresi paru-paru selama persalinan, merangsang masuknya udara ke dalam paru-paru secara mekanis. Upaya pernapasan pertama ini bertujuan untuk mengeluarkan cairan pada paru-paru dan mengembangkan alveolus paru-paru. Pada periode pertama reaktivitas akan terjadi pernapasan cepat (mencapai 40-60 kali/menit).

- 2) Kardiovaskular

- a) Penutupan *foramen ovale* pada atrium jantung
- b) Penutupan duktus arteriosus antara arteri paru-paru dan aorta.

c) Denyut nadi berkisar 120-160 kali/menit saat bangun dan 100 kali/menit saat tidur.

3) *Termoregulasi* dan metabolic

Timbunan lemak pada tubuh bayi mampu meningkatkan panas sampai 100%. Dengan penjepitan tali pusat saat lahir, bayi harus mulai mampu mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Pada bayi baru lahir, glukosa akan turun dalam waktu cepat (1-2 jam). Koreksi penurunan kadar gula darah dalam tubuh dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu penggunaan ASI, melalui cadangan glikogen dan melalui pembuatan glukosa dari sumber lain terutama lemak (*Midwifery*, 2017).

4) Sistem gastrointestinal

Perkembangan otot dan refleks dalam menghantarkan makanan telah aktif saat bayi lahir. Pengeluaran mekonium disekresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir normal. Beberapa bayi baru lahir dapat menyusu segera bila diletakkan pada payudara dan sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusu secara efektif (*Midwifery*, 2017). Kemampuan BBL cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan masih terbatas. Kapasitas lambung juga masih terbatas, kurang dari 30 cc.

5) Sistem ginjal

Sebagian besar BBL berkemih setelah 24 jam pertama dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama, setelah itu bayi berkemih 5-

20 kali dalam 24 jam (Sondakh, 2013). Beban kerja ginjal dimulai saat bayi lahir hingga masukan cairan meningkat, mungkin urine akan tampak keruh termasuk berwarna merah muda. Hal ini disebabkan oleh kadar ureum yang tidak banyak berarti. Intake cairan sangat mempengaruhi adaptasi pada sistem ginjal. Oleh karena itu, pemberian ASI sesering mungkin dapat membantu proses tersebut.

6) Hati

Selama periode neonatus, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah. Hati juga mengontrol kadar bilirubin tak terkonjugasi, pigemen berasal dari Hb dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah. Saat bayi lahir enzim hati belum aktif total sehingga neonatus memperlihatkan gejala ikterus fisiologis. Bilirubin tak terkonjugasi dapat mengakibatkan warna kuning yang disebut jaundice atau ikterus. Asam lemak berlebihan dapat menggeser bilirubin dari tempat pengikatan albumin. Peningkatan kadar bilirubin tidak berikatan mengakibatkan peningkatan resiko kern-ikterus bahkan kadar bilirubin serum 10 mg/dL (*Midwifery*, 2017).

7) Sistem muskuloskeletal

Otot-otot sudah dalam keadaan lengkap saat lahir, tetapi tumbuh melalui proses hipertropi. Tumpang tindih (moulage)

dapat terjadi pada waktu lahir karena pembungkus tengkorak belum seluruhnya mengalami asifikasi. Kepala bayi cukupbulan berukuran $\frac{1}{4}$ panjang tubuhnya. Lengan lebih sedikit panjang dari tungkai (*Midwifery*, 2017).

8) Keseimbangan asam basa

Ph darah pada waktu rendah karena glikolisis anaerobik. 24 jam neonatus telah mengkompensasi asidosis ini. (*Midwifery care*, 2017).

9) *Immunoglobulin*

Pada neonatus tidak terdapat sel plasma pada sum sum tulang dan lamina propria ilium dan apendiks. Placenta merupakan sawar sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada bbl hanya terdapat gama globulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat melalui placenta karena berat molekulnya kecil. Tetapi bila ada infeksi dapat melalui placenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks, dll) reaksi imunologi dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma dan anti body gama A, G dan M. (*Midwifery care*, 2017).

10) System saraf

Ada beberapa refleks yang terdapat pada BBL menandakan adanya kerjasama antara sistem saraf dan sistem muskuloskeletal. Beberapa refleks menurut (*Midwifery*, 2017).:

a) Refleks moro

Pada refleks ini dimana bayi mengembangkan tangannya lebar-lebar dan melebarkan jari-jarinya, lalu membalikkan tangannya cepat seakan-akan memeluk seseorang. Kaki juga mengikuti gerakan serupa. Refleks ini biasanya akan hilang 3-4 bulan.

b) Refleks rooting

Refleks ini timbul karena stimulasi taktil pipi dan daerah mulut. Refleks rooting akan berkaitan dengan refleks menghisap. Refleks ini dapat dilihat pada pipi atau sudut mulut bila disentuh dengan pelan, maka bayi akan spontan melihat kearah sentuhan, mulutnya akan terbuka dan mulai menghisap. Refleks ini biasanya akan menghilang saat berusia 7 bulan.

c) Refleks sucking

Refleks ini berkaitan dengan refleks rooting untuk menghisap dan menelan ASI.

d) Refleks batuk dan bersin

Refleks ini timbul untuk melindungi bayi dan obstruksi pernapasan.

e) Refleks grasps

Refleks ini timbul bila ibu jari diletakkan pada telapak tangan bayi maka bayi akan menutup tangannya. Pada

refleks ini bayi akan menggenggam jari dan biasanya akan hilang pada 3-4 bulan.

f) Refleks babinsky

Refleks ini muncul jika ada rangsangan pada telapak kaki.

Ibu jari akan bergerak keatas dan jari-jari membuka dan biasanya menghilang setelah 1 tahun.

d. Kebutuhan dasar Bayi Baru Lahir

Kebutuhan dasar BBL menurut (Jeklin, 2019). :

1) Nutrisi

Dalam sehari bayi akan lapar setiap 2-4 jam. Bayi hanya memerlukan ASI selama enam bulan pertama. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi, setiap 3-4 jam bayi harus dibangunkan untuk diberi ASI.

2) Eliminasi

a) BAK

Normalnya, dalam sehari bayi BAK sekitar 6 kali sehari.

Pada bayi urin dibuang dengan cara mengosongkan kandung kemih secara refleks.

b) BAB

Defekasi pertama akan berwarna hijau kehitam-hitaman dan pada hari ke 3-5 kotoran akan berwarna kuning kecoklatan. Normalnya bayi akan melakukan defekasi sekitar 4-6 kali dalam sehari. Bayi yang hanya mendapat

ASI, kotorannya akan berwarna kuning, agak cair, dan berbiji. Sedangkan bayi yang mendapatkan susu formula, kotorannya akan berwarna coklat muda, lebih padat, dan berbau.

3) Tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, normalnya bayi akan sering tidur, dan Ketika telah mencapai umur 3 bulan bayi akan tidur rata-rata 16 jam sehari. Jumlah waktu tidur bayi akan berkurang seiring dengan pertambahan usia bayi.

4) Kebersihan

Kesehatan neonatus dapat diketahui dari warna, integritas, dan karakteristik kulitnya. Pemeriksaan yang dilakukan pada kulit harus mencakup inspeksi dan palpasi. Pada pemeriksaan inspeksi dapat melihat adanya variasi kelainan kulit. Namun, untuk menghindari masalah yang tidak tampak jelas, juga perlu untuk dilakukan pemeriksaan palpasi dengan menilai ketebalan dan konsistensi.

5) Keamanan

a) Pencegahan infeksi yang dilakukan dengan cara :

1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah menangani bayi.
2. Setiap bayi harus memiliki alat dan pakaian tersendiri untuk mencegah infeksi silang.

3. Mencegah anggota keluarga atau tenaga kesehatan yang sakit untuk merawat bayi.

4. Menjaga kebersihan tali pusat.

5. Menjaga kebersihan area bokong.

b) Pencegahan masalah pernafasan :

1. Menyendawakan bayi setelah menyusui untuk mencegah aspirasi saat terjadi gumoh atau muntah.

2. Memosisikan bayi terlentang atau miring saat bayi tidur.

c) Pencegahan masalah hipotermi :

1. Tidak menempatkan bayi pada udara terlalu dingin.

2. Menjaga suhu ruangan sekitar 25°C.

3. Mengenakan pakaian yang hangat pada bayi.

4. Segera mengganti pakaian yang basah.

5. Memandikan bayi dengan air hangat dengan suhu 37°C.

6. Memberikan bayi topi, bedong, dan selimut.

2. Asfiksia

a. Pengertian asfiksia

Asfiksia neonatorum adalah kegagalan bernafas secara spontan dan teratur pada saat segera setelah lahir atau beberapa saat setelah lahir (Unairnews, 2023). Asfiksia merupakan keadaan bayi baru lahir yang mengalami gagal nafas secara spontan atau teratur segera setelah lahir sehingga bayi tidak dapat memasukan oksigen

dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya dan dapat menurunkan oksigen (O_2) dan meningkatkan karbondioksida (CO_2) yang mengakibatkan buruk di kehidupan lanjut (Kasidi & Dewi, 2018).

Asfiksia neonatorum adalah keadaan bayi tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Keadaan ini dapat disertai adanya hipoksia, hiperkapne, dan asidosis (Nurfa dan Ananda, 2018).

b. Klasifikasi asfiksia

Klasifikasi asfiksia menurut (Kasidi & Dewi, 2018) :

- 1) Bayi normal atau tidak asfiksia (skor APGAR 8-10)

Bayi normal tidak memerlukan resusitasi dan pemberian oksigen terkendali.

- 2) Asfiksia Ringan (skor APGAR 5-7)

Bayi dianggap sehat dan tidak memerlukan tindakan pemberian oksigen dan resusitasi.

- 3) Asfiksia Sedang (skor APGAR 3-4)

Pada pemeriksaan fisik frekuensi jantung lebih dari 100 kali/menit, tonus otot kurang baik atau baik, sianosis, tidak ada refleks iritabilitas dan memerlukan Tindakan resusitasi serta pemberian oksigen sampai bayi bernafas normal.

- 4) Asfiksia Berat (skor APGAR 0-3)

Diperlukan resusitasi segera secara aktif dan pemberian oksigen yang adekuat. Pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung kurang dari 100 kali/menit, tonus otot buruk, sianosis berat, tidak ada refleks iritabilitas.

c. Etiologi dan faktor risiko

Faktor risiko terjadinya asfiksia menurut (Manuaba, 2016) :

1) Faktor Ibu

Faktor ibu seperti preeklamsia dan eklamsia, perdarahan abnormal, partus lama atau partus macet, demam selama persalinan, infeksi berat, kehamilan lewat waktu dan umur ibu.

2) Faktor Tali Pusat

Faktor tali pusat seperti lilitan tali pusat, tali pusat pendek, simpul tali pusat, dan prolaps tali pusat.

3) Faktor Bayi

Faktor bayi seperti berat badan bayi lahir rendah, persalinan dengan tindakan, kelainan kongenital, air ketuban bercampur mekonium.

Berdasarkan penelitian menurut (Arta Mutiara, Fitri Apriyanti, 2020), mengatakan bayi berat lahir rendah merupakan risiko tinggi karena menunjukkan angka kematian dan kesehatan yang lebih tinggi dari pada berat bayi lahir cukup dan berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Jodjana and Suryawan, 2020), didapatkan neonatus yang mengalami asfiksia

neonatorum dengan persalinan tindakan yang tertinggi dengan tindakan persalinan section caesarea sebanyak 29 bayi (64,4%) dari 45 bayi sedangkan persalinan spontan sebanyak 16 bayi (35,6%).

4) Faktor Predisposisi

Melibuti faktor ibu seperti faktor plasenta, faktor fetus dan faktor neonatus. Menurut (Azzahroh and Ariolena Delsy, 2018), mengatakan bayi baru lahir dengan presentase bokong atau sungsang adalah salah satu faktor terjadinya hipoksia dan asfiksia. Hasil penelitian menyatakan bahwa resiko asfiksia pada bayi letak sungsang 11,04 kali lebih besar dibandingkan dengan presentasi kepala. Sehingga terdapat hubungan yang signifikan antara persalinan letak sungsang pervaginam dengan kejadian asfiksia.

d. Patofisiologi

Asfiksia neonatorum dimulai saat bayi kekurangan oksigen akibat gangguan aliran oksigen dari plasenta ke janin saat kehamilan, persalinan, ataupun segera setelah lahir karena kegagalan adaptasi dimasa transisi. Saat kedaan hipoksia akut, darah cenderung mengalir ke organ vital seperti batang otak dan jantung, dibandingkan ke serebrum, pleksus koroid, substansia alba, kelenjar adrenal, kulit, jaringan muskuloskeletal, organ-organ toraks dan abdomen lainnya seperti paru-paru, hati ginjal, dan traktus

gastrointestinal. Perubahan dan redistribusi aliran darah tersebut disebabkan oleh penurunan resistensi vaskular pembuluh darah otak dan jantung serta peningkatan resistensi vaskular perifer. Keadaan ini ditunjang hasil pemeriksaan ultrasonografi *Doppler* yang menunjukkan kaitan erat antara peningkatan endotelin-1 (ET-1) saat hipoksia dengan penurunan kecepatan aliran darah dan peningkatan resistensi arteri ginjal dan mesenterika superior. Hipoksia yang tidak mengalami perbaikan akan berlanjut ke kondisi hipoksik-iskemik padan organ vital (WHO, 2021).

Tingkat pertama hanya terjadi asidosis respiratorik. Apabila berlanjut di dalam tubuh bayi maka akan terjadi proses metabolisme an aerobic yang berupa glikolisis glikogen tubuh sehingga glikogen tubuh pada jantung dan hati akan berkurang. Tingkat selanjutnya akan terjadi perubahan kardiovaskular yang disebabkan oleh beberapa keadaan diantaranya :

- 1) Hilangnya sumber glikogen dalam jantung akan mempengaruhi fungsi jantung.
- 2) Terjadi asidosis metabolic yang akan menimbulkan kelemahan otot jantung.
- 3) Pengisian udara alveolus yang tidak adekuat dapat mengakibatkan tingginya resistensi pembuluh darah paru sehingga sirkulasi darah ke paru dan ke system sirkulasi tubuh lainnya akan mengalami gangguan.

e. Tanda dan gejala asfiksia

Tanda dan gejala asfiksia pada bayi baru lahir meliputi bayi yang tidak bernapas atau napas yang megap-megap, denyut jantung yang kurang dari 100 kali/menit, pucat, kulit sianosis, tonus otot menurun, tidak ada respon terhadap refleks rangsangan (Rahman, 2017).

Bayi yang mengalami asfiksia berat, sedang atau ringan dapat ditentukan dengan menggunakan penilaian APGAR

Tabel 1.1 Penilaian APGAR skor

Klinis	0	1	2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Biru pucat	Tubuh merah Ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (detak jantung)	Tidak ada	<100x/menit	≥100x/menit
<i>Grimace</i> (refleks rangsangan)	Tidak ada	Meringis	Bersin/batuk
<i>Activity</i> (tonus otot)	Tidak ada	Sedikit Gerak	Gerak aktif
<i>Respiration</i> (pernafasan)	Tidak ada	Tak teratur	Langsung menangis

Sumber : (Ita Suhaeti, 2021)

f. Diagnosis

Asfiksia yang terjadi pada bayi biasanya kelanjutan dari anoksia dan hipoksia, diagnosis asfiksia neonatorum dapat ditegakan berdasarkan :

1) Anamnesis

Anamnesis diarahkan untuk mencari faktor resiko terhadap terjadinya asfiksia neonatorum.

2) Pemeriksaan fisik

- a) Bayi tidak bernafas atau menangis.
- b) Denyut jantung kurang dari 100 kali/menit. Peningkatan denyut jantung sementara dapat mengindikasikan asfiksia intrauterus dan menunjukkan derajat stress pada janin.
- c) Tonus otot menurun.
- d) Cairan ketuban bercampur mekonium atau terdapat sisa mekonium pada tubuh bayi.

3) Pemeriksaan penunjang

Menurut (Sigara, 2018), pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada BBL dengan asfiksia, meliputi :

- a) Nilai APGAR : memberikan pengkajian yang cepat mengenai kebutuhan untuk resusitasi neonatal.
- b) Rontgen thorax dan abdomen : untuk menyingkirkan abnormalis/cedera struktural dan penyebab masalah ventilasi.
- c) Pemeriksaan ultrasonografi kepala : untuk mendeteksi abnormalis/cedera kranial atau otak atau adanya malformasi kongenital.
- d) Kultur darah : untuk menyingkirkan atau memastikan adanya bakteremia.

e) Skrining toksinologi : untuk menemukan adanya toksisitas obat atau kemungkinan sindrom alcohol janin atau fetal alcohol syndrome.

f) Skrining metabolisme : untuk menyingkirkan adanya gangguan endokrin atau metabolisme.

g. Komplikasi

Komplikasi yang muncul pada asfiksia menurut (Suparyanto dan Rosad (2015, 2020). :

1) Edema otak dan perdarahan otak

Pada penderita asfiksia yang sudah berlarut-larut dengan gangguan jantung akan terjadi renjatan neonatus, sehingga aliran darah ke otak menurun dan menyebabkan hipoksia dan iskemik otak yang berakibat terjadinya edema otak, ini juga menimbulkan perdarahan otak.

2) Anuria atau Oliguria

Pada keadaan ini curah jantung akan lebih banyak mengalir ke organ seperti mesentrium dan ginjal. Hal ini menyebabkan terjadinya hipoksemia pada pembuluh darah mesentrium dan ginjal yang menyebabkan pengeluaran urin sedikit.

3) Kejang

Terjadinya gangguan pertukaran gas dan transport O₂ sehingga kekurangan persediaan O₂ dan kesulitan pengeluaran

CO₂ dan dapat menyebabkan kejang pada anak karena perfusi jaringan tidak efektif.

4) Koma

Jika tidak segera ditangani dapat menyebabkan koma karena hipoksia dan perdarahan otak.

5) Hipotermi

Apabila bayi asfiksia dapat mengakibatkan hipotermi ditandai dengan akral dingin, bayi tidak mau minum, kurang aktif, kutis marmorata, pucat.

6) Hipoglikemi

Apabila bayi asfiksia mengalami hipotermi yang berkepanjangan akan menyebabkan terjadinya hipoglikemi, keadaan dimana kadar gula darah (glukosa) secara abnormal rendah yaitu kurang dari 30 mg/dl.

h. Penanganan atau penatalaksanaan asfiksia

Segera setelah bayi lahir, sambil meletakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut ibu, segera lakukan penilaian. Dalam bagan alur manjemen bayi baru lahir dapat dilihat alur pelaksanaan baru lahir mulai dari persiapan, penilaian dan keputusan serta alternatif tindakan yang sesuai dengan hasil penilaian keadaan bayi baru lahir. Untuk bayi baru lahir cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernafas

spontan dan bergerak aktif cukup dilakukan manjemen bayi baru lahir normal.

Jika bayi baru lahir tidak mulai bernafas memadai (setelah tubuhnya dikeringkan dan lendir dihisap) berikan rangsangan taktil secara singkat. Pastikan posisi bayi diletakkan dalam posisi yang benar dan jalan nafasnya telah bersih. Rangsangan taktil harus dilakukan secara lembut (Lince Karlina Wati et al., 2022).

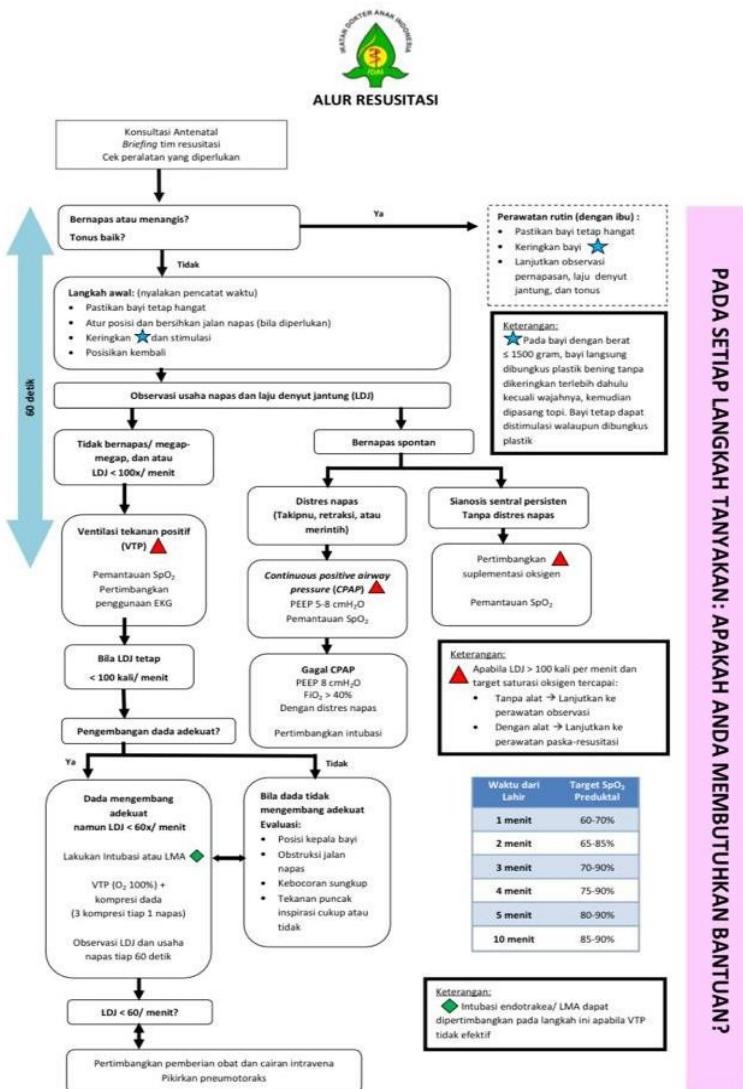
1) Ventilasi Tekanan Positif (VTP)

- a) Ventilasi Tekanan Positif (VTP) merupakan Tindakan memasukan sejumlah udara kedalam paru dengan tekanan positif, membuka alveoli untuk bernafas secara spontan dan teratur.
- b) Bila bayi tidak menangis atau megap-megap, warna kulit bayi biru atau pucat, denyut jantung kurang dari 100 kali/menit, lakukan Langkah resusitasi dengan melakukan Ventilasi Tekanan Positif (VTP).
- c) Sebelumnya periksa dan pastikan bahwa alat resusitasi (balon resusitasi dan sungkup muka) telah tersedia dan berfungsi dengan baik.
- d) Cuci tangan dan gunakan sarung tangan sebelum memegang dan memeriksa bayi.

- e) Selimuti bayi dengan kain kering dan hangat, kecuali pada bagian muka dan dada bagian atas, kemudian letakkan pada alas dan lingkungan yang hangat.
- f) Periksa ulang posisi bayi dan pastikan kepala telah dalam posisi setengah tengadah (sedikit ekstensi).
- g) Letakkan sungkup melingkupi dagu, hidung, dan mulut sehingga terbentuk seperti pertautan antara sungkup dan wajah.
- h) Tekan balon resusitasi dengan jari atau dengan seluruh jari tangan (bergantung pada ukuran balon resusitasi).
- i) Lakukan pengujian pertautan dengan melakukan ventilasi sebanyak dua kali dan periksa kembali dinding dada.
- j) Bila pertautan baik (tidak bocor) dan dinding dada mengembang, maka lakukan ventilasi dengan menggunakan oksigen (bila tidak tersedia oksigen gunakan udara ruangan).
- k) Pertahankan kecepatan ventilasi sekitar 40 kali perdetik dengan tekanan yang tepat sambil melihat garakana dada (naik turun) selama ventilasi.
- l) Bila dinding dada naik turun berarti ventilasi berjalan adekuat.
- m) Bila dinding dada tidak naik, periksa ulang posisi dan betulkan posisi bayi, atau terjadi kebocoran lekatan atau tekanan ventilasi yang kurang.

n) Lakukan ventilasi selama 2x30 detik atau 60 detik, kemudian lakukan penilaian segera tentang upaya bernafas spontan dan warna kulit.

2) Bagan Alur Resusitasi



Sumber : Kepmenkes RI No. HK.01.07/MENKES/214/2019

i. Standar Prosedur Operasional (SPO) Asfiksia Neonatorum No. 30/Bid.YM/RSIFC/V/2023 yang ditetapkan pada tanggal 03 Mei 2023 di RSI Fatimah Cilacap.

1. Awali kegiatan dengan membaca *Bismillahirrahmanirrahim*.
2. Siapkan semua alat resusitasi setiap ada proses persalinan oleh petugas.
3. Lakukan resusitasi adekuat sesuai dengan protap resusitasi.

A = *Airway managements*, pembersihan jalan nafas dan cegah hipotermi.

- a. Isap lendir nasofaring (bila ketuban campur mekonium/keruh/kental).
- b. Mengeringkan dan menghangatkan tubuh bayi.
- c. Rangsang taktil k/p dengan oksigenasi dan katetr intra nasal

B = *Breathing*, memberikan bantuan nafas secara aktif, bila:

- a. Nafas tidak adekuat/denyut jantung <100x/menit pada penilaian 1
- b. Menggunakan VTP (Ventilasi Tekanan Positif) dengan amubag = masker hidung-mulut atau k/p intubasi endotrakeal

C = *Circulation*, terpeliharanya system sirkulasi

- a. VTP saja bila HR antara 60-100x/menit

- b. Pijat jantung (bila HR <60x/menit), bersama VTP
- c. Sianosis, oksigenasi/VTP

D = *Drug*, obat/medikamentosa

- a. Glukosa 20-40% 1-2 ml/kg untuk cegah hipoglikemi
- b. Na bikarbonat 1-2 mEq/hr untuk koreksi asidosis metabolic
- c. Adrenalin 0,01 ml/kg /x(1:10000) atau 0,1 ml/kg/(1:10000)
diberikan setelah PJL+VTP, HR tetap <60x/menit.

E = Evaluasi tiap tindakan ± 30 detik

- a. Nafas spontan belum adekuat : VTP
- b. Denyut jantung <100x/menit : VTP
- c. Denyut jantung <60x/menit : VTP + pijat jantung + adrenalin
- d. Sianosis : oksigenasi + VTP

4. Lakukan tindakan pasang infuse D5% / D10% dengan tetesan rumatan jika asfiksia berat-sedang
5. Pertahankan oksigenasi 0,5-2 lt/menit, untuk cegah hipoksia otak, sampai dengan kondisi stabil.

3) Asuhan kebidanan

- a. Pengertian Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah aktivitas atau intervensi yang dilaksanakan oleh bidan kepada klien yang mempunyai kebutuhan atau permasalahan khususnya KIA dan KB.

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi, kegiatan dan tanggungjawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan atau masalah kebidanan meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, dan keluarga berencana termasuk Kesehatan reproduksi Perempuan serta pelayanan Kesehatan Masyarakat (Sari, 2023).

Menurut Undang-undang Republik Indonesia No.4 Tahun 2019 asuhan kebidanan adalah rangkaian kegiatan yang didasarkan pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan (Suparyanto dan Rosad 2020).

b. Pengertian Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan keputusan yang berfokus pada klien (Junianti, 2022).

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berpikir logis sistematis dalam memberi asuhan kebidanan agar menguntungkan kedua belah pihak baik bagi klien maupun pemberi asuhan. Oleh karena itu, manajemen kebidanan merupakan alur fikir bagi seorang bidan dalam memberikan

arah/kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya (Arlenti, 2021).

c. Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen asuhan kebidanan sesuai 7 langkah varney, yaitu:

1) Langkah I : Pengumpulan/Pengkajian Dasar

Pada Langkah ini bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, lengkap dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam penatalaksanaan maka kita perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Tahap ini merupakan langkah awal untuk menentukan langkah berikutnya sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga kita harus melakukan pendekatan yang komprehensif meliputi data subjektif, objektif, dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi/masukan sebenarnya dari klien dan valid.

Setelah itu, kita perlu melakukan pengkajian ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah lengkap, tepat, akurat, ataukah belum (Arlenti, 2021).

2) Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini bidan akan melakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnose dan masalah yang spesifik.

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan standar nomenklatur diagnosa kebidanan seperti dibawah ini :

- a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi
- b. Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
- c. Memiliki ciri khas kebidanan
- d. Didukung oleh clinical judgement dalam praktik kebidanan
- e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan (Arlenti, 2021).

3) Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan antisipasi

Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Pada Langkah ketiga ini, bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosa atau masalah potensial tidak terjadi (Sari, 2023).

4) Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan ditangani atau dikonsultasikan bersama dengan tim tenaga Kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan asuhan kebidanan. Jadi, pada penatalaksanaannya bukan hanya selama asuhan primer *periodic* atau kunjungan prenatal saja tetapi selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus (Sari, 2023).

Pada penjelasan di atas menunjukan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/kebidanan yang dihadapi oleh klien. Setalah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk

mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada Langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan segera untuk ditangani baik ibu maupun bayinya termasuk tindakan segera yang dilakukan baik secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan (Arlenti, 2021).

5) Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini bidan merencanakan asuhan secara menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi pada langkah sebelumnya. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar terlaksana dengan efektif. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang *up to date* serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien (Arlenti, 2021).

6) Langkah VI : Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini rencan asuhan secara menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara aman dan efisien. Dalam kondisi ini, bidan dapat melibatkan klien, dokter maupun tenaga

Kesehatan yang lainnya dengan tetap terlibat dalam bertanggung jawab terhadap terlaksananya asuhan secara menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya (Arlenti, 2021).

7) Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keaktifan dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa atau masalah (Sari, 2023).

d. Pendokumentasian asuhan kebidanan (SOAP)

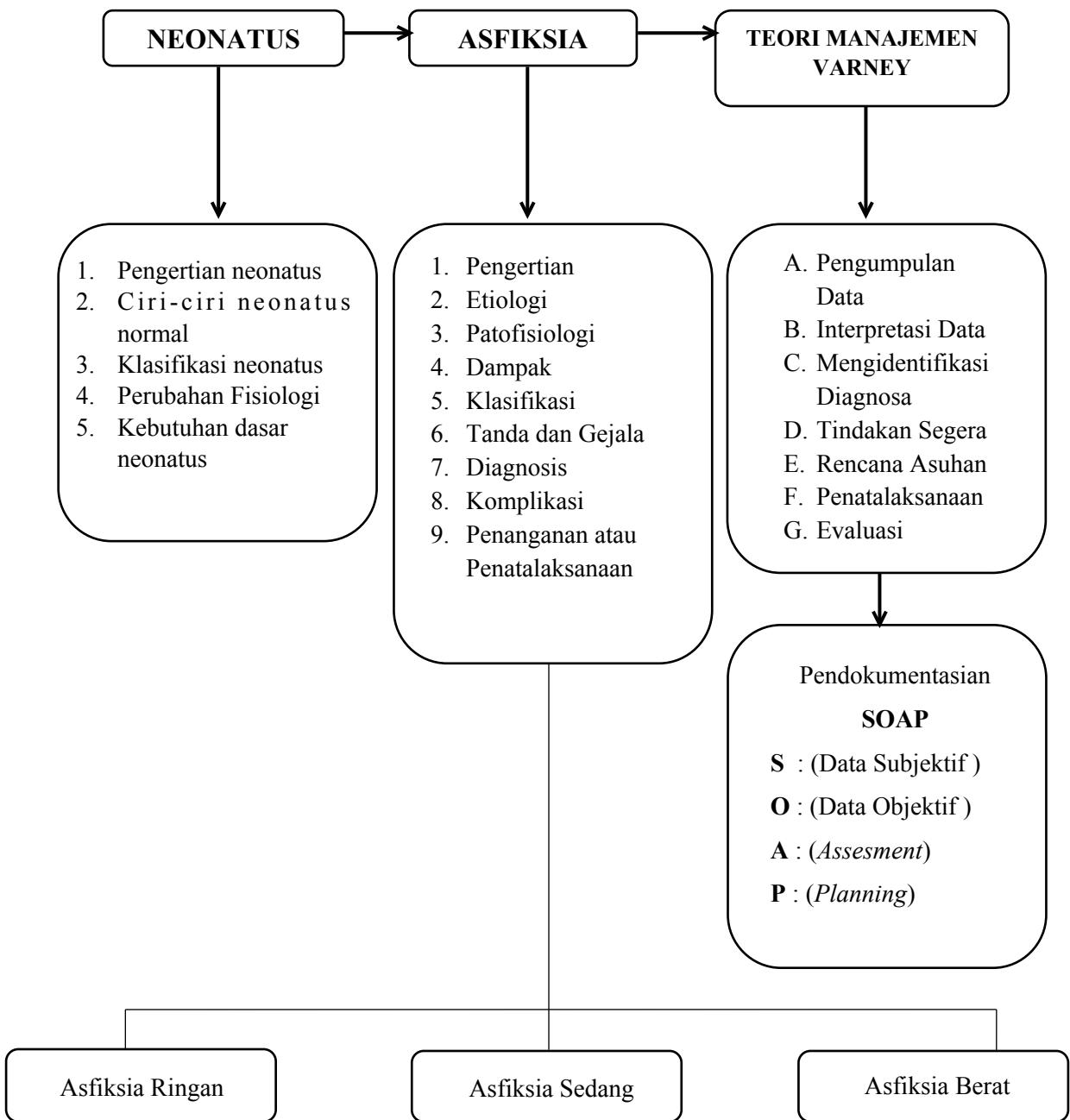
Menurut Helen Varney, alur berfikir bidan saat menghadapi klien meliputi 7 langkah, agar dapat diketahui orang lain apa saja melalui proses berfikir yang sistematis, maka dikakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP yaitu :

- 1) Subjektif, menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data pasien dan keluarga melalui anamnesa sebagai langkah 1 Varney.
- 2) Objektif, menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik pasien sesuai kebutuhan, hasil laboratorium dan diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai langkah 1 Varney.

3) *Assesement* atau Analisa data menggambarkan pendokumentasian hasil Analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam satu identifikasi : diagnosa masalah, antisipasi diagnosa atau masalah potensial, perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi atau kolaborasi dan rujukan sebagai langkah 2, 3, dan 4 Varney.

4) *Planning* atau penatalaksanaan menggambarkan pendokumentasian dan perencanaan, tindakan, implementasi, dan evaluasi berdasarkan *Assesement* sebagai langkah 5, 6, dan 7 Varney (Sari, 2023).

B. KERANGKA TEORI



Bagan 2.1 Kerangka Teori

Sumber : (Yusri,2020), (Nugroho, 2021), (Sari, 2023), (Fallis, 2013), (Salni, et al, 2024), (Lydia, 2024), (Nika, 2019), (Murniati et al, 2021), (WHO,

2022), (Suprayanto dan Rosad, 2020), (Nur Fakriyah Mumtihani et al, 2023), (Arlenti, 2021).