

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. Neonatus

a. Definisi Neonatus

Bayi Baru Lahir atau biasa disebut juga dengan neonatus adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari usia kehamilan 37 minggu sampai usia kehamilan 42 minggu dengan berat badan lahir 2500 gram sampai 4000 gram, dan menangis spontan kurang dari 30 detik setelah lahir dengan nilai APGAR antara 7-10 (Nur Fakhriyah 2023). Bayi baru lahir adalah hasil konsepsi ovum dan spermatozoa dengan masa gestasi memungkinkan hidup di luar kandungan. Bayi baru lahir disebut dengan neonatus, dengan tahapan:

- 1) Umur 0-7 hari disebut neonatal dini
- 2) Umur 8-28 hari disebut neonatal lanjut.

Neonatus yang normal memiliki ciri utama yang menunjukkan kesehatan yang optimal. Bayi yang lahir pada usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu biasanya mempunyai berat badan antara 2.500 hingga 4.000 gram, serta panjang badan sekitar 48 hingga 52 cm. Lingkar kepala bayi yang normal berkisar antara 33 hingga 35 cm, sementara lingkar dada berada pada rentang 30 hingga 38 cm. Sesaat setelah dilahirkan, bayi akan menangis, bergerak aktif, dan

memiliki kulit berwarna kemerahan serta licin berkat lapisan verniks kaseosa. (Afrida 2022)

Rambut kepala bayi juga tumbuh dengan baik tanpa adanya lanugo. Selain itu, refleks-refleks penting seperti refleks Moro, refleks mengisap (sucking), dan refleks menggenggam (grasping) sudah terbentuk dengan baik. Bayi ini juga mampu menyusu ASI dengan efektif, tidak memiliki cacat bawaan, dan umumnya memperoleh nilai APGAR ≥ 7 , yang menunjukkan bahwa mereka beradaptasi dengan baik setelah lahir (Abdirahman 2024).

b. Klasifikasi Neonatus

Klasifikasi Neonatus berdasarkan masa gestasinya menurut (Titiek dkk 2022) yaitu :

- 1) Bayi kurang bulan (preterm infant) merupakan bayi yang lahir dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu
- 2) Bayi cukup bulan (term infant) merupakan bayi yang lahir dengan masa kehamilan mulai dari 37 sampai dengan 42 minggu.
- 3) Bayi lebih bulan (postterm infant) merupakan bayi yang lahir dengan masa kehamilan mulai dari 42 minggu atau lebih.

Klasifikasi Neonatus berdasarkan berat lahir menurut

- 1) Berat lahir ekstrem rendah yaitu < 1000 gram
- 2) Berat lahir sangat rendah yaitu < 1500 gram
- 3) Berat lahir rendah yaitu 1500-2500 gram.

- 4) Berat lahir cukup yaitu 2500-4000 gram.
- 5) Berat lahir lebih yaitu >4000 gram.

c. Kebutuhan Dasar Neonatus

- 1) Jaga bayi tetap hangat
 - a) Kontak skin to skin
 - b) Ganti handuk/kain yang basah dan bungkus bayi dengan selimut
 - c) Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak bayi tiap 15 menit bila dingin periksa suhu axilla dan bila suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, hangatkan
- 2) Pernafasan
 - a) Periksa pernafasan dan warna kulit bayi tiap 5 menit.
 - b) Bila bayi tidak segera bernafas maka lakukan resusitasi
 - c) Bila sianosis/ sukar bernafas (frekuensi nafas < 30 atau > 60 X/menit) dengan memberi 02 kateter nasal.
- 3) Perawatan Mata
 - a) Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% untuk mencegah penyakit mata kerena klamidia.
 - b) Berikan jam pertama setelah kelahiran.

d. Asuhan Bayi Baru Lahir

Dalam waktu 24 jam, bayi baik maka:

- 1) Lanjutkan pengamatan pernafasan, warna kulit dan aktifitas
- 2) Pertahankan suhu bayi:

- a) Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya 6 jam.
- b) Bungkus bayi dengan kain kering dan hangat, kepala tertutup

3) Pemeriksaan fisik:

- a) Gunakan tempat yang hangat dan bersih.
- b) Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan, gunakan sarung tangan dan bertindak lembut.
- c) Lihat, dengar dan rasakan tiap-tiap daerah dari kepala sampai dengan kaki.
- d) Bila ada masalah cari bantuan
- e) Rekam hasil pemeriksaan.

4) Beri vitamin K

Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi Vitamin K pada bayi baru lahir. Lakukan

- a) Bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberikan Vitamin K per oral 1 mg/hari selama 3 hari
- b) Bayi risiko tinggi diberi vitamin K parenteral dosis 0,5-1 mg IM

5) Identifikasi bayi:

- a) Alat yang digunakan yaitu kebal air, tapi tidak mudah melukai, tidak mudah sobek dan terlepas
- b) Gelang yang bertuliskan nama (bayi dan ibu), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, nomor urut.

c) Tempat tidur cantumkan adalah nama, tanggal lahir dan no identifikasi, sidik telapak kaki bayi dan sidik jari ibu

d) Ukur BB, PB, LK, LD, LLA.

6) Perawatan lain

a) Perawatan tali pusat.

b) Dalam waktu 24 jam bila ibu dan bayi belum pulang, beri imunisasi BCG, Polio dan Hepatitis B.

c) Ajarkan tanda bahaya pada orang tua.

d) Ajarkan cara perawatan bayi:

e) Beri ASI sesuai kebutuhan tiap 2-3 jam.

f) Pertahankan bayi tetap bersama ibu

g) Jaga bayi agar tetap bersih, hangat dan kering.

h) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering

i) Pegang, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi

e. Tanda Bahaya yang Harus Diwaspadai

1) Pernafasan > 60x/menit.

2) Kehangatan > 37,5°C.

3) Warna kuning (24 jam 1), biru/pucat, memar

4) Pemberian makanan, hisapan lemak, mengantuk dan muntah.

5) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan/nanah, bau busuk dan berdarah.

6) Infeksi yaitu yang ditandai dengan suhu tinggi, merah, bengkak (nanah, bau busuk, pernafasan sulit).

- 7) Tinja/kemih yaitu dalam waktu 24 jam, tinja lembek dan sering, hijau tua, ada lendir ada darah pada tinja.
- 8) Aktivitas yaitu menggigil, tangis, kejang halus, lemas, mengantuk.

2. *Neonatal Jaundice*

a. *Neonatal Jaundice*

Neonatal Jaundice merupakan manifestasi klinis dari peningkatan bilirubin serum total, yang disebut *Neonatal Jaundice*, yang disebabkan oleh bilirubin yang mengendap di kulit bayi. Ciri khas *Neonatal Jaundice* meliputi kulit, sklera, dan selaput lendir yang berwarna kekuningan. Penyakit kuning pada neonatus biasanya merupakan kondisi yang ringan, sementara, dan dapat sembuh sendiri yang dikenal sebagai penyakit kuning fisiologis. Akan tetapi, hal ini harus dibedakan dari penyakit kuning patologis yang lebih parah. Kegagalan dalam mengidentifikasi dan mengobati penyakit kuning patologis dapat mengakibatkan ensefalopati bilirubin dan gejala neurologis terkait. (Ansung. A dkk 2024)

Neonatal Jaundice merupakan kondisi dimana sklera dan kulit menguning disebabkan oleh kadar bilirubin total yang melebihi angka 5mg/dL. Jika kadar bilirubin total melebihi angka 20 mg/dL bahkan lebih, hal tersebut dapat memicu terjadinya bilirubin encephalopathy atau neurotoksisitas. (Dewi dan Santoso 2024)

Salah satu penyebab *Neonatal Jaundice* adalah kelahiran premature. *Neonatal Jaundice* yang dialami oleh bayi prematur karena belum matangnya fungsi hati bayi untuk memproses pemecahan eritrosit. Saat lahir hati bayi belum cukup baik untuk melakukan tugasnya. Sisa pemecahan eritrosit disebut bilirubin, bilirubin ini menyebabkan kuning pada bayi dan apabila jumlah bilirubin semakin menumpuk ditubuh menyebabkan bayi terlihat warna kuning. Keadaan ini timbul dapat dilihat pada sklera dan kulit. (Hutabarat, S. dkk 2025). Dilaporkan sekitar 5,5% hingga 7% dari seluruh kasus neonatus, dengan sekitar 2% mengalami ensefalopati akut akibat hyperbilirubinemia. (WHO 2024)

Gangguan bilirubin pada bayi disebabkan organ hati yang mengalami kelainan. Ketika kandungan bilirubin terlalu tinggi, otak bayi mungkin saja mengalami kelainan yang disebut dengan *kern ikterus*. Berikut akibat bilirubin bayi tinggi terhadap kernicterus. Bilirubin adalah zat kuning yang dihasilkan dari pemecahan sel darah merah. Pada bayi baru lahir, hati belum dapat memproses bilirubin dengan efisien, sehingga menyebabkan peningkatan kadar bilirubin dalam darah. Jika kadar bilirubin tinggi dalam darah, maka tubuh akan mengalami penyakit kuning (jaundice). Ketika bilirubin terlalu banyak dan tidak segera diatasi, serta telah terlalu banyak menumpuk di otak, gangguan kernikterus dapat terjadi. Penyakit tersebut dapat menyebabkan kerusakan otak. (Purnamiati 2020).

Bilirubin adalah pigmen berwarna kuning kecokelatan yang dihasilkan melalui pemecahan hemoglobin dalam sel darah merah yang telah mengalami proses kematian. Proses ini berlangsung di sistem retikuloendotelial, di mana heme diubah menjadi biliverdin dan kemudian menjadi bilirubin. (Yoyok dan Zairen 2022)

Di aliran darah, terdapat dua jenis bilirubin: bilirubin yang sudah diproses di hati dan terikat dengan gula, yang disebut "bilirubin langsung" atau "bilirubin terkonjugasi", dan bilirubin tanpa gula, yang dikenal sebagai "bilirubin tidak langsung" atau "bilirubin tak terkonjugasi", yang merupakan hasil langsung dari pemecahan eritrosit. Jumlah total seluruh bilirubin dalam darah disebut "bilirubin total". Pemahaman mengenai bentuk-bentuk bilirubin ini dan pemeriksannya sangat penting untuk mengevaluasi fungsi hati serta mendeteksi adanya gangguan kesehatan tertentu. (Ahmad Muhlisin 2020)

b. Klasifikasi *Neonatal Jaundice*

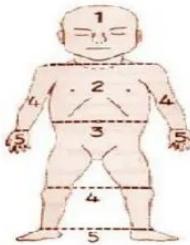
- 1) *Neonatal Jaundice* fisiologis merupakan kondisi akibat kesenjangan antara pemecahan sel darah merah dan kemampuan bayi untuk mentransport, mengkonjugasi dan mengeksresi bilirubin tak terkonjugasi.
 - a) Mulai timbul pada hari kedua dan ketiga setelah bayi lahir.

- b) Kadar bilirubin identik (larut dalam air) tidak melewati 12,5 mg/dl pada neonatus cukup bulan (aterm) dan 10 mg/dl pada nenates kurang bulan (premature)
- c) Kecepatan peningkatan kadar bilirubin tidak melebihi 5 mg/dl per hari.
- d) *Neonatal Jaundice* akan hilang pada 10 hari pertama
- e) Kadar bilirubin indirek (larut dalam air) kurang dari 1 mg/dl
- f) Tidak terbukti mempunyai hubungan dengan keadaan patologis tertentu.
- 2) *Neonatal Jaundice* patologis merupakan keadaan akibat terjadinya gangguan dalam proses produksi, transport, konjugasi atau eksresi hiperbilirubin. Hiperbilirubin yang berpotensi menjadi patologis yaitu:
- a) Penyakit kuning klinis timbul dalam waktu 24 jam pertama atau lebih dari 14 hari setelah kelahiran
- b) Peningkatan kadar bilirubin total $> 0,5$ mg/dl per jam atau > 5 mg/dl per 24 jam
- c) Total bilirubin mencapai $> 19,5$ mg/dl
- d) *Neonatal Jaundice* klinis yang menetap setelah bayi berusia > 8 hari atau 14 hari
- e) *Neonatal Jaundice* yang disertai proses hemolisis

f) *Neonatal Jaundice* yang disertai berat lahir kurang dan 2000 gram, masa gestasi kurang dari 36 minggu, asfiksia, hipoksia, infeksi

3). Sistem derajat *Neonatal Jaundice* yang membagi *Neonatal Jaundice* menjadi lima derajat berdasarkan lokasi penyebaran warna kuning pada kulit dan perkiraan kadar bilirubin yang menggunakan dua pendekatan utama penilaian visual berdasarkan penyebaran area kulit yang menguning (Skor Kramer) dan pengukuran kadar bilirubin serum total. Penilaian visual dengan Skor Kramer membagi ikterus menjadi lima derajat berdasarkan area yang terkena. (Sampurna 2020).

- a) Derajat 1: Kuning terbatas pada daerah kepala dan leher.
- b) Derajat 2: Kuning meluas sampai badan bagian atas (di atas umbilikus).
- c) Derajat 3: Kuning meluas sampai badan bagian bawah (di bawah umbilikus) hingga paha.
- d) Derajat 4: Kuning meluas sampai lutut/siku dan pergelangan tangan.
- e) Derajat 5: Kuning meluas sampai telapak tangan dan kaki.



Derajat Ikterus	Daerah Ikterus	Perkiraan Kadar bilirubin
I	Kepala dan Leher	5,0 mg%
II	Sampai badan atas (diatas umbilikus)	9,0 mg%
III	Sampai badan bawah (dibawah umbilicus hingga tungkai atas di atas lutut)	11,4 mg%
IV	Sampai lengan, tungkai bawah lutut	12,4 mg%
V	Sampai telapak tangan dan kaki	16,0 mg%

Gambar 2. 1 Derajat Ikterus

c. Etiologi *Neonatal Jaundice*

Neonatal jaundice terjadi karena kadar bilirubin dalam darah >10 mg/dL yang menyebabkan warna kuning pada kulit dan sklera bayi. Penyebab utama adalah fungsi hati yang belum matang untuk mengeluarkan bilirubin dari darah. (Betty, A, S, dkk 2025)

Neonatal jaundice fisiologis disebabkan oleh ketidakseimbangan antara pemecahan sel darah merah dan kemampuan bayi untuk mengangkut, mengkonjugasi, serta mengekskresikan bilirubin tak terkonjugasi. Faktor penyebab meliputi:

1. Peningkatan pemecahan sel darah merah
2. Penurunan kemampuan mengikat albumin
3. Peningkatan reabsorpsi enterohepatic

4. Breast milk jaundice (hormon dalam ASI)
5. Breastfeeding jaundice (ASI belum lancar keluar).

Neonatal jaundice patologis dapat disebabkan oleh faktor tambahan seperti inkompatibilitas golongan darah ABO dan rhesus antara ibu dan bayi. Faktor-faktor yang memengaruhi ikterus neonatorum meliputi:

1. Faktor maternal: ras, usia gestasi, komplikasi kehamilan, penggunaan infus oksitosin, induksi persalinan.
2. Faktor perinatal: infeksi, asfiksia (20-60%), trauma persalinan (5-10%).
3. Faktor neonatal: prematuritas, berat badan lahir rendah, rendah asupan ASI, hipoglikemia, penggunaan obat-obatan.

Kekurangan asupan ASI pada 2-3 hari pertama setelah lahir dapat menyebabkan *neonatal jaundice* karena nutrisi yang kurang dan pengeluaran bilirubin terganggu. Prematuritas dan berat badan lahir rendah adalah faktor risiko utama yang sering dikaitkan dengan kejadian ikterus neonatorum. Inisiasi menyusui dini (IMD) dan pola pemberian ASI berhubungan signifikan dengan kejadian ikterus neonatorum; pemberian ASI segera setelah lahir dapat menurunkan risiko ikteru (Betty, A, S, dkk 2025)

d. Patofisiologi *Neonatal Jaundice*

Penyebab terjadinya *neonatal jaundice* dipengaruhi oleh berbagai sebab. Secara garis besaretiologi *neonatal jaundice* pada neonatus adalah sebagai berikut :

- 1) Gangguan dalam proses uptake dan konjugasi hepar.

Gangguan ini dapat disebabkan oleh imaturitas hepar, kurangnya substrat untuk konjugasi kadar bilirubin, gangguan fungsi hepar akibat asidosis, hipoksia, dan infeksi atau tidak terdapatnya enzim glukorinil transferase. Penyebab lain adalah defisiensi protein Y dalam hepar yang berperan penting dalam uptake kadar bilirubin ke sel hepar.

- 2) Gangguan dalam transportasi.

Bilirubin dalam darah terikat oleh albumin kemudian di angkut ke hepar, ikatan bilirubin dengan albumin ini dapat dipengaruhi oleh obat-obatan misalnya: salisilat dan sulfatfurazole. Defisiensi albumin menyebabkan lebih banyak terdapatnya bilirubin indirek yang bebas dalam darah yang mudah melekat ke sel otak.

- 3) Gangguan dalam sekresi.

Gangguan yang terjadi karena obstruksi dalam hepar atau luar hepar biasanya akibat infeksi atau kerusakan hepar oleh penyebab lain.

- 4) Obstruksi saluran pencernaan.

Obstruksi saluran pencernaan dapat mengakibatkan *neonatal jaundice* akibat penambahan dari bilirubin yang berasal dari sirkulasi enteropatik.

- 5) Akibat Air Susu Ibu (ASI) kurang lancar.

Kurangnya pemberian ASI yang masuk ke usus juga mempengaruhi proses pembuangan bilirubin dari dalam tubuh bayi. Pengobatanya yaitu bukan dengan menghentikan pemberian ASI, melainkan dengan meningkatkan frekuensi menyusui. (Hidayati E,2025)

e. **Tanda dan Gejala Neonatal Jaundice**

Menurut (Akmal, A. F., & Theresia, 2020) Tanda dan gejala hiperbilirubin memiliki karakteristik sebagai berikut :

- 1) Terjadi dalam 24 jam pertama
- 2) Kadar bilirubin melebihi 10 mg mg/dl pada neonatus cukup bulan atau melebihi 12,5 mg/dl pada neonatus cukup bulan
- 3) Peningkatan kadar bilirubin melebihi 5 mg/dl per hari
- 4) Menetap sesudah 2 minggu pertama setelah kelahiran
- 5) Kadar bilirubin direct lebih dari 1 mg/ dl
- 6) Mempunyai tabungan dengan proses hemolotik

Menurut (Febriani, 2023) gejala hiperbilirubin dikelompokkan menjadi:

- 1) Gejala akut: gejala yang dianggap sebagai fase pertama kern ikterus pada neonatus adalah letargi, tidak mau minum dan hipotoni.
- 2) Gejala kronik: tangisan yang melengking (high pitch cry) meliputi hipertonus dan opistotonus (bayi yang selamat biasanya menderita gejala sisa berupa paralisis serebral dengan atetosis, gangguan pendengaran, paralisis sebagian otot mata dan displasia dentalis)

f. Faktor Resiko *Neonatal Jaundice*

Faktor risiko hiperbilirubin menurut (Febriani, 2023) yaitu :

- 1) Asupan nutrisi yang kurang, nutrisi yang di peroleh bayi melalui ASI kurang menyebabkan tidak cukupnya asupan ASI yang masuk ke usus untuk memproses pembuangan kadar bilirubin dari dalam tubuh. Hal ini dapat terjadi pada bayi premature, karena ibu belum cukup memproduksi ASI.
- 2) Peningkatan jumlah sel darah merah, peningkatan jumlah sel darah merah beresiko untuk terjadinya hiperbilirubin. Contoh, bayi yang memiliki jenis golongan darah berbeda dengan ibunya, lahir dengan anemia akibat abnormalitas eritrosit atau mendapatkan transfusi darah, maka hal tersebut bisa menjadi resiko tinggi akan mengalami hiperbilirubin
- 3) Infeksi/ inkompatibilitas ABO-Rh bermacam infeksi yang dapat terjadi pada bayi atau di tularkan dari ibu kepada janin di dalam

rahim dapat meningkatkan resiko hiperbilirubin. Kondisi ini dapat meliputi infeksi kongenitas virus herpes, sifilis kongenital, rubella, dan sepsis (Febriani, 2023).

g. Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis penyakit kuning diawali dengan pemeriksaan gejala dan riwayat kesehatan pasien secara detail, dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik. Untuk memastikan diagnosis, dokter akan melakukan pemeriksaan kadar bilirubin melalui tes darah. Kadar bilirubin yang lebih tinggi dari kadar normal dapat menandakan penyakit kuning.

Pada orang dewasa, kadar bilirubin normal adalah di bawah 1,2 mg/dL. Sedangkan pada anak-anak (usia di bawah 18 tahun), kadar bilirubin normal adalah kurang dari 1 mg/dL. Khusus pada bayi baru lahir, kadar bilirubin normal tergantung pada usia bayi. Berikut penjelasan lengkapnya:

- 1) Usia kurang dari 1 hari: di bawah 10 mg/dL
- 2) Usia 1 sampai 2 hari: di bawah 15 mg/dL
- 3) Usia 2 sampai 3 hari: di bawah 18 mg/dL
- 4) Usia lebih dari 3 hari: di bawah 20 mg/dL

Untuk mengetahui penyebab yang mendasarinya, dokter dapat menjalankan beberapa pemeriksaan di bawah ini:

- 1) Tes darah

Tes darah bertujuan untuk mengukur kadar bilirubin dan

memeriksa fungsi hati. Melalui tes darah, dokter juga dapat mendeteksi penyakit autoimun atau infeksi, seperti malaria atau hepatitis C.

2) Tes urine

Tes urine atau urinalisis bertujuan untuk mengukur kadar zat bilirubin yang telah diolah (urobilinogen). Tes ini juga bisa membantu dokter untuk mengetahui jenis penyakit kuning yang diderita pasien.

3) Pemindaian

Pemindaian bertujuan untuk mengetahui kondisi organ hati, kantong empedu, dan saluran empedu. Jenis pemindaian yang dapat dilakukan meliputi USG, CT scan, MRI, koleskintigrafi, atau ECRP.

Pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan sesuai dengan waktu timbulnya *Neonatal Jaundice*, yaitu:

- 1) *Neonatal Jaundice* yang timbul pada 24 jam pertama. Penyebab *Neonatal Jaundice* terjadi pada 24 jam pertama menurut besarnya kemungkinan dapat disusun sbb:
 - a) Inkomptabilitas darah Rh, ABO atau golongan lain.
 - b) Infeksi Intra Uterin (Virus, Toksoplasma, Sifilis dan kadang-kadang Bakteri)
 - c) Kadang-kadang oleh Defisiensi Enzim G6PD. Pemeriksaan yang perlu dilakukan adalah kadar bilirubin serum berkala,

darah tepi lengkap (blood smear perifer) untuk menunjukkan sel darah merah abnormal atau imatur, eritoblastosis pada penyakit Rh atau sferosis pada inkompatibilitas ABO, golongan darah ibu dan bayi untuk mengidentifikasi inkompeten ABO, Test Coombs pada tali pusat bayi baru lahir yang mana jika hasil positif test Coombs indirek membuktikan antibodi Rh+ anti A dan anti B dalam darah ibu dan jika hasil positif dari test Coomb direk menandakan adanya sensitisasi (Rh+, anti A, anti B dari neonatus), pemeriksaan skrining defisiensi G6PD, biakan darah atau biopsi Hepar bila perlu.

- 2) *Neonatal Jaundice* yang timbul 24-72 jam sesudah lahir.
 - a) Biasanya hiperbilirubin fisiologis.
 - b) Masih ada kemungkinan inkompatibilitas darah ABO atau Rh, atau golongan lain. Hal ini diduga kalau kenaikan kadar Bilirubin cepat misalnya melebihi 5 mg/dl per 24 jam.
 - c) Defisiensi Enzim G6PD atau Enzim Eritrosit lain juga masih mungkin.
 - d) Polisetimia.
 - e) Hemolisis perdarahan tertutup (pendarahan subaponeurosis, pendarahan Hepar, sub kapsula dll).
- Bila keadaan bayi baik dan peningkatannya cepat maka pemeriksaan yang perlu dilakukan:

- a) Pemeriksaan darah tepi.
 - b) Pemeriksaan darah Bilirubin berkala.
 - c) Pemeriksaan skrining Enzim G6PD.
 - d) Pemeriksaan lain bila perlu.
- 3) *Neonatal jaundice* yang timbul sesudah 72 jam pertama sampai akhir minggu pertama.
- a) Sepsis.
 - b) Dehidrasi dan Asidosis.
 - c) Defisiensi Enzim G6PD.
 - d) Pengaruh obat-obat.
 - e) Sindroma Criggler-Najjar, Sindroma Gilbert
- 4) *Neonatal Jaundice* yang timbul pada akhir minggu pertama dan selanjutnya:
- a) Hipotiroidisme
 - b) Breast milk Jaundice.
 - c) Infeksi.
 - d) Hepatitis Neonatal.
 - e) Galaktosemia
- 5) Pemeriksaan laboratorium yang perlu dilakukan:
- a) Pemeriksaan Bilirubin berkala.
 - b) Pemeriksaan darah tepi.
 - c) Skrining Enzim G6PD.
 - d) Biakan darah, biopsi Hepar bila ada indikasi

h. Komplikasi

Komplikasi dari *Neonatal Jaundice* adalah kern ikterus atau ensefalopati bilirubin yaitu suatu kerusakan otak akibat perlengketan bilirubin indirek pada otak terutama pada korpus striatum, thalamus, nucleus subthalamus, hipokampus, dan nucleus pada dasar ventrikel IV (Mustofa et al., 2022). Tatalaksana yang diberikan pada bayi *Neonatal Jaundice* menurut (Perinasia 2022) adalah:

- 1) Hidrasi yaitu dengan Pemberian Asupan

Bilirubin juga dapat pecah jika bayi banyak mengeluarkan feses dan urin. Untuk itu bayi harus mendapatkan cukup ASI. Seperti diketahui, ASI memiliki zat-zat terbaik bagi bayi yang dapat memperlancar buang air besar dan kecilnya. Akan tetapi, pemberian ASI juga harus di bawah pengawasan dokter karena pada beberapa kasus, ASI justru meningkatkan kadar bilirubin bayi (breast milk jaundice). Di dalam ASI memang ada komponen yang dapat mempengaruhi kadar bilirubinnya. Tetapi, komponen tersebut belum diketahui hingga saat ini. Kejadian ini yang pasti biasanya muncul di minggu pertama dan kedua setelah bayi lahir dan akan berakhir pada minggu ke-3. Biasanya untuk sementara ibu tak boleh menyusui bayinya. Setelah kadar bilirubin bayi normal, baru boleh disusui lagi.

2) Fototerapi (terapi sinar)

Fototerapi dilakukan pada bayi baru lahir jika kadar bilirubin totalnya melebihi 10 mg/dL dalam 24 jam pertama setelah kelahiran. Terapi ini bertujuan untuk menurunkan kadar bilirubin yang berlebihan yang menyebabkan penyakit kuning pada bayi. Fototerapi bekerja dengan cara mengubah bentuk isomer bilirubin sehingga dapat larut dalam air dan mudah dikeluarkan dari tubuh. Manfaat utama fototerapi adalah menurunkan kadar bilirubin secara signifikan dalam waktu 24 jam, sehingga mencegah komplikasi serius seperti kerusakan otak akibat hiperbilirubinemia. Selain itu, fototerapi juga dapat mengurangi kebutuhan transfusi tukar pada bayi yang mengalami peningkatan bilirubin yang tinggi. Namun, perlu diperhatikan efek samping jangka pendek seperti dehidrasi, diare, dan iritasi kulit. Pemantauan kadar bilirubin dilakukan secara berkala selama terapi untuk memastikan efektivitas dan keamanan pengobatan (Esti 2025) cara melakukan foto terapi:

- (1) Buka pakaian bayi agar seluruh bagian tubuh bayi kena sinar

- (2) Tutup kedua mata dengan penutup yang memantulkan cahaya.
 - (3) Jarak bayi dengan lampu kurang lebih 40 cm.
 - (4) Posisi sebaiknya diubah setiap 6 jam sekali.
 - (5) Lakukan pengukuran suhu setiap 4-6 jam.
 - (6) Periksa kadar bilirubin setiap 8 jam atau sekurang-kurangnya sekali dalam 24 jam.
 - (7) Lakukan pemeriksaan Hb secara berkala terutama pada penderita mengalami hemolisis.
 - (8) Lakukan observasi dan catat lamanya terapi sinar.
 - (9) Berikan atau sediakan lampu masing-masing 20 watt sebanyak 8-10 buah yang disusun secara paralel.
 - (10) Berikan ASI yang cukup, yang cara memberikan dengan mengeluarkan bayi tempat dan dipangku penutup mata dibuka dan diobservasi ada tidaknya iritasi.
- 3) Tranfusi Tukar
- Transfusi Tukar atau imediat diindikasikan adanya faktor-faktor:
- (1) Titer anti Rh lebih dari 1: 16 pada ibu.
 - (2) Penyakit hemolisis berat pada bayi baru lahir.
 - (3) Penyakit hemolisis pada bayi saat lahir perdarahan atau 24 jam pertama.

- (4) Tes Coombs positif
- (5) Kadar bilirubin direk lebih besar 3,5 mg/dl pada minggu pertama.
- (6) Serum bilirubin indirek lebih dari 20 mg/dl pada 48 jam pertama.
- (7) Hemoglobin kurang dari 12 gr/dl.
- (8) Bayi dengan hidrops saat lahir.

Bayi pada resiko terjadi kern ikterus transfusi pengganti digunakan untuk:

- (1) Mengatasi anemia sel darah merah yang tidak suseptible (rentan) terhadap sel darah merah terhadap antibodi maternal.
- (2) Menghilangkan sel darah merah untuk yang tersensitisasi (kepekaan)
- (3) Menghilangkan serum bilirubin
- (4) Meningkatkan albumin bebas bilirubin dan meningkatkan keterikatan dengan bilirubin

i. Tata Laksana *Neonatal Jaundice*

Penanganan *Neonatal Jaundice* pada bayi baru lahir menurut Ray Wagiu 2020, antara lain:

- 1) Pencegahan Primer
 - Memberikan masukan kepada ibu mengenai pentingnya menyusui dini dan memeriksa bayi apakah mereka

mendapatkan cukup ASI2. Pastikan ibu menjaga gizi selama menyusui untuk memenuhi kebutuhan ASI pada bayi.

2) Pemantauan dan Deteksi Dini

Melakukan pemeriksaan fisik untuk melihat adanya gejala ikterus (warna kuning pada kulit dan mata) pada bayi baru lahir.

Memonitor kadar bilirubin pada bayi, terutama yang memiliki faktor risiko.

3) Pemberian ASI yang Cukup

Memastikan bayi mendapatkan asupan ASI yang adekuat untuk membantu proses pembuangan bilirubin melalui feses. Breastfeeding jaundice adalah ikterus yang disebabkan oleh kekurangan asupan ASI. Biasanya timbul pada hari ke-2 atau ke-3 pada waktu produksi ASI belum banyak.

4) Edukasi pada Ibu

Memberikan informasi kepada ibu tentang penyebab hiperbilirubinemia, pentingnya penanganan yang tepat, dan cara mengenali tanda-tanda bahaya. Memberikan dukungan kepada ibu untuk terus menyusui bayinya, kecuali ada kontraindikasi medis.

5) Kolaborasi dengan Dokter

Jika ditemukan kadar bilirubin yang tinggi atau ada tanda-tanda bahaya, bidan harus segera merujuk bayi ke dokter untuk penanganan lebih lanjut. Bidan harus bekerja sama dengan

dokter dalam memberikan perawatan yang komprehensif pada bayi dengan hyperbilirubinemia.

6) Penatalaksanaan Awal di Rumah

Jika kadar bilirubin tidak terlalu tinggi dan bayi dalam kondisi baik, bidan dapat memberikan saran kepada ibu untuk meningkatkan frekuensi menyusui dan menjemur bayi di bawah sinar matahari pagi selama 15-20 menit).

7) Fototerapi

Pada kasus dengan peningkatan kadar bilirubin yang cukup tinggi, bayi memerlukan perawatan lebih lanjut di rumah sakit untuk disinar (fototerapi). Saat terapi sinar, bayi hanya akan menggunakan popok dan pelindung mata. Semakin banyak sinar terpapar dengan kulit, semakin cepat proses konjugasi berlangsung

j. Standar Operasional

Penanganan bayi dengan *Neonatal Jaundice* di RSI Fatimah Cilacap yaitu dengan hidrasi (pemberian asupan), fototerapi (terapi sinar), transfusi tukar yang sebelumnya dilakukan pemeriksaan meliputi keluhan subjektif, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan oleh bidan. Dengan ini, bidan dapat berkolaborasi dengan dokter spesialis untuk menangani kasus ini. Adapun prosedur yang tertulis pada SOP ruang perinatology RSI Fatimah yaitu mengawali kegiatan dengan mengucapkan

Bismillahirahmanirahim. Berikan ASI atau susu formula lebih sering, serta jemur bayi pada saat pagi hari pukul 7 sampai 8 pagi, terutama jika kadar bilirubin tidak terlalu tinggi. Jika kadar bilirubin cukup tinggi, yaitu di atas 10 mg/dl, lakukan fototerapi pada bayi. Namun, jika kadar bilirubin sangat tinggi dan berisiko menyebabkan kerusakan otak, segera lakukan transfusi tukar. Akhiri kegiatan ini dengan mengucapkan *Alhamdulilahirabil'alamin*. (Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap 2025)

3. Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan merupakan serangkaian kegiatan yang berdasarkan pada proses pengambilan keputusan serta tindakan yang dilakukan oleh bidan. Semua ini berlangsung sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya, dengan mengacu pada ilmu dan keterampilan kebidanan yang dimiliki. (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 320 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Bidan, 2020). Asuhan kebidanan merupakan kegiatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien yang memiliki masalah atau kebutuhan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana. (Astuti.2020) Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia SK No 004078 A 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.

a. Bidan

Bidan di definisikan dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan. Dijelaskan bahwa bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan kebidanan di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh pemerintah pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik kebidanan. Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang memiliki tanggung jawab dan akuntabilitas yang tinggi dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada perempuan selama masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Mereka berperan sebagai mitra perempuan, memberikan dukungan, asuhan, dan nasihat yang diperlukan selama perjalanan penting ini. Salah satu aspek penting dari tanggung jawab bidan adalah memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri, memberikan asuhan kepada bayi yang baru lahir, serta memberikan dukungan yang berkelanjutan kepada ibu dan bayi. (Kemenkes 2020)

Dalam memberikan asuhan bidan memiliki kewenangan yang telah diatur pada PERMENKES No. 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan terdapat pada pasal 18 sampai dengan 27. Bagian-bagian pasal tersebut dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Pasal 18 memuat tentang kewenangan bidan yang meliputi:
pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak dan
pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga
berencana.
- 2) Pasal 19, Bidan diberikan kewenangan untuk memberikan
asuhan pada ibu dari masa sebelum kehamilan, hamil,
persalinan, nifas dan menyusui serta masa di antara dua
kehamilan. Pelayanan kesehatan ibu yang meliputi:
 - a) Konseling pada masa sebelum kehamilan
 - b) Antenatal pada kehamilan normal
 - c) Persalinan normal
 - d) Ibu nifas normal
 - e) Ibu menyusui
 - f) Konseling pada masa antara dua kehamilan
- 3) Pasal 20, Bidan diberikan kewenangan untuk memberikan
asuhan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita dan anak
prasekolah. Pelayanan kesehatan anak yang meliputi:
 - a) Pelayanan neonatal essensial.
 - b) Penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan rujukan.
 - c) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak
prasekolah.
- 4) Pasal 21, Bidan diberikan kewenangan untuk memberikan
asuhan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan

keluarga berencana. Pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi:

- a) Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
- b) Pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.

b. Asuhan pada Neonatus

Asuhan segera pada neonatus adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran diantaranya:

- 1) Aspek-aspek penting dari asuhan segera pada neonatus:
 - a) Jaga agar bayi tetap kering dan hangat.
 - b) Usahakan kontak kulit ibu dengan bayi (skin to skin)
- 2) Segera setelah melahirkan badan:
 - a) Secara cepat nilai pernafasan, letakkan bayi dengan handuk diatas perut ibu.
 - b) Dengan kain bersih dan kering usap muka bayi dari lendir dan darah untuk mencegah jalan udara terhalang.
 - c) Bayi menangis/ bernafas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir.
 - d) Bila bayi tidak bernafas dalam waktu 30 detik, segera cari bantuan, mulai langkah-langkah resusitasi. (Maria 2022)

4. Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berfikir logis sistematis dalam member asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua

belah pihak baik 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. (Lety dan Erli 2021)

1. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini kita harus mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara:

- 1) Anamnesa
- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda- tanda vital
- 3) Pemeriksaan khusus
- 4) 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 yang akan 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 klien yang sebenarnya dan valid. Setelah itu, kita perlu melakukan pengkajian

ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah tepat, lengkap dan akurat ataukah belum. (Lety dan Erli 2021)

2. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini kita akan melakukan identifikasi terhadap diagnose atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan pada pengumpulan data dasar. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah yang terjadi pada klien tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosa. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Standar nomenklatur diagnose kebidanan adalah seperti di bawah ini:

- 1) Diakui dan telah disahkan oleh profesi
- 2) Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
- 3) Memiliki ciri khas kebidanan
- 4) Didukung oleh clinical judgement dalam praktik kebidanan
- 5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

(Lety dan Erli 2021)

3. Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita akan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa / masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dapat 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 penanganan agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi (Lety dan Erli 2021)

4. Langkah IV: Mengidentifikasi Perlunya Tindakan Segera Oleh Bidan / Dokter

Pada langkah ini kita akan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan / dokter dan, atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus. Pada penjelasan di atas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan Tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah / kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga

harus merumuskan tindakan emergency / segera untuk ditangani baik ibu maupun bayinya. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan. 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. (Lety dan Erli 2021)

5. Langkah V: Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh yang Ditentukan Oleh Langkah Sebelumnya

Pada langkah ini kita harus 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. 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 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 sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat

dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam (Lety dan Erli 2021)

6. Langkah VI: Rencana Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien (Lety dan Erli 2021)

7. Langkah VII: Evaluasi Keefektifan Asuhan

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar

efektif dalam pelaksanaannya. Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik, maka dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik. (Lety dan Erli 2021)

i. Data Perkembangan SOAP

1. Data Subjektif

Data ini sangat erat hubungannya dengan apa yang disampaikan oleh pasien atau klien, Karena data subjektif ini diperoleh dari hasil wawancara anata tenaga kesehatan dengan pasiennya atau kliennya. Semua data yang diperoleh dari pasien atau klien wajib kita catat, kemudian ekspresi wajah klien saat kita wawancara misalkan menahan rasa sakit atau mngeernyitkan dahi, itu semua kita catat. Perlu diketahui bahwa pada klien dengan tuna wicara, maka perlu ada tanda dibelakang huruf s atau subjektif yaitu tanda “O” atau “X”. data – data yang diperoleh dari hasil wawancara dengan klien ini akan menunjang diagnosis yang ditegakkan. (Diaz Capriani Randa Kusuma, 2023).

b. Data Objektif

Data ini merupakan data dari hasil pemeriksaan yang dilakukan langsung oleh tenaga kesehatan terhadap kliennya. Data ini

merupakan data penting yang akan digunakan untuk menegakkan diagnose. Dalam data objektif ini selain hasil pemeriksaan oleh tenaga kesehatan, ada data penunjang lain yaitu data dari riwayat Kesehatan keluarga, dan dari hasil pemeriksaan laboratorium. (Diaz Capriani Randa Kusuma, 2023).

c. Data Analisis

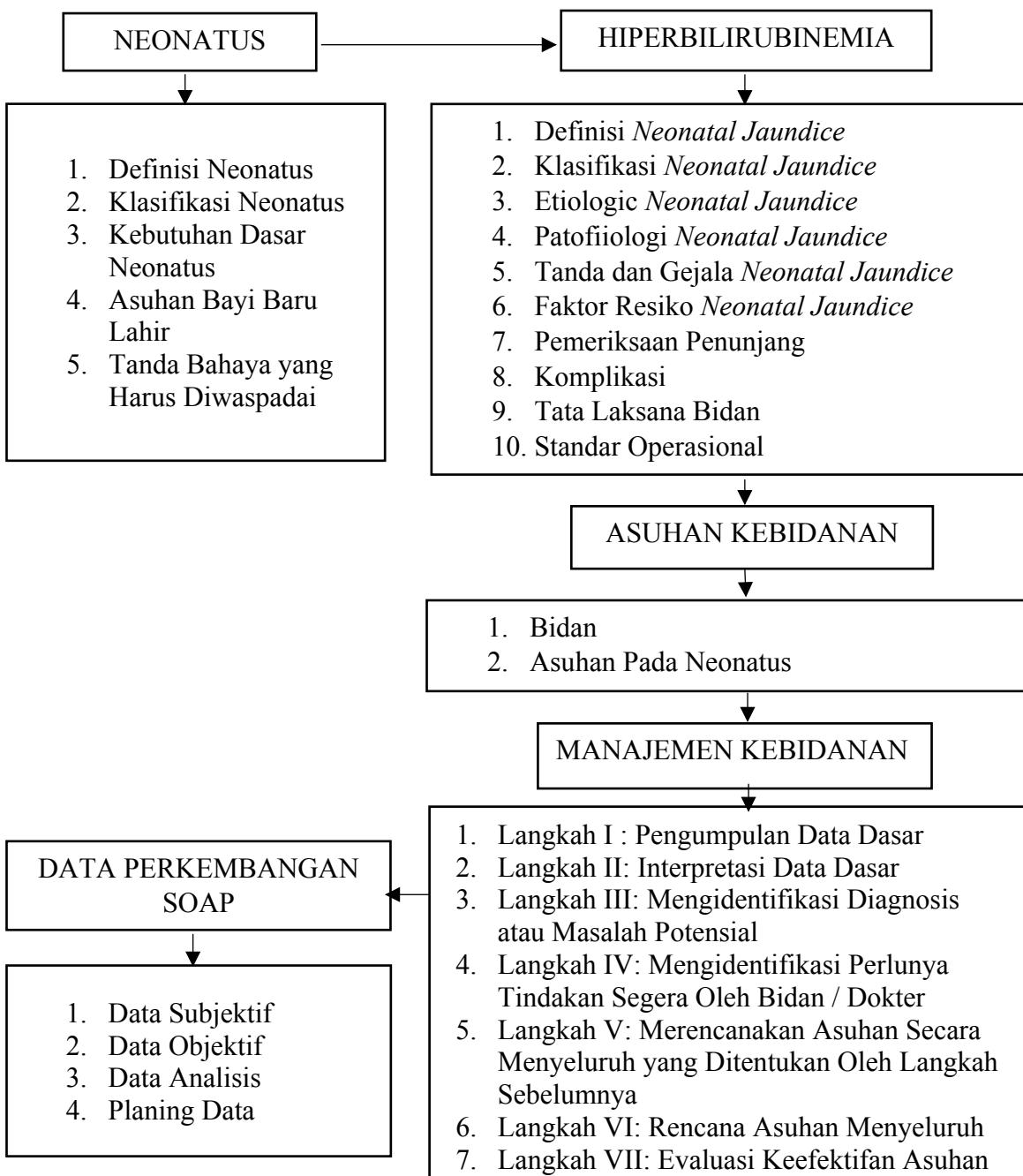
Data ini adalah data yang ditegakkan berdasarkan data subjektif dan data objektif (kesimpulan) sehingga diagnosa dapat ditegakkan dengan benar. Data analisis merupakan data yang mengharuskan bidan untuk dapat melakukan analisis data yang dinamis karena dalam data ini tenaga kesehatan harus mengikuti perkembangan kliennya. Perubahan yang cepat terjadi pada klien ini dapat diketahui karena adanya analisis yang tepat dan akurat serta keputusan atau tindakan yang tepat yang telah diambil oleh seorang tenaga kesehatan. Data yang telah dikumpulkan dan diinterpretasikan merupakan maksud dari Analisis data, yang didalamnya mencakup diagnosis/diagnosis dan masalah kebidanan atau diagnosis, masalah kebidanan dan kebutuhan. (Diaz Capriani Randa Kusuma, 2023).

d. Planning Data

Planning merupakan data yang didalamnya terdapat perencanaan asuhan yang akan dilakukan sekarang dan asuhan yang akan datang. Rencana asuhan yang diberikan oleh seorang klien merupakan rencana yang telah disusun berdasarkan data analisis yang didapat

dan data ininterpretasi data dari seorang tenaga kesehatan. Asuhan atau tindakan yang direncanakan ini bertujuan untuk mengoptimalkan kondisi klien dan mempertahankan kesejahteraan klien. Dalam planning ini harus tercapai karena ada tujuan – tujuan yang kita inginkan sebagai tenaga kesehatan dengan batas waktu tertentu. Asuhan yang diberikan oleh seorang tenaga kesehatan harus dapat menolong klien mencapai kesehatan yang baik dan tentunya dengan adanya kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain (dokter) maka kesehatan klien akan semakin baik.

B. KERANGKA TEORI



Tabel 2. 1 Kerangka Teori

(Nur Fakhriyah 2023), (Afrida 2022), (Abdirahman 2024), (Sofiani, 2022), (Ansorg. A dkk 2024), (Dewi dan Santoso 2024), (Hutabarat, S. dkk 2025), (WHO 2024), (Purnamianti 2020), (Yoyok dan Zairen 2022), (Ahmad Muhlisin 2020), (Sampurna 2020), (Betty, A, S, dkk 2025), (Hidayati E,2025), (Febriani, 2023), (Perinasia 2022), (Ray Wagiu 2020), (Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap 2025), (Kemenkes 2020), (Maria 2022), (Lety dan Erli 2021), (Diaz Capriani Randa Kusuma, 2023),