

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tujuan Teori

1. Konsep dasar bayi baru lahir

a. Pengertian bayi baru lahir

Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir selama satu jam pertama kelahiran (Saifudin, 2010).

Bayi baru lahir adalah bayi dari lahir sampai usia 4 minggu, lahirnya biasanya dengan usia gestasi 38-42 minggu. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram. (Saifudin, 2010).

Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat. (Saifudin, 2010).

b. Ciri-ciri bayi baru lahir.

- 1) Berat badan 2500-4000 gram.
- 2) Panjang badan 48-52 cm.
- 3) Lingkar dada 30-38 cm.
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm.
- 5) Frekwensi jantung 120-160 kali/menit.
- 6) Pernafasan 40-60 kali/menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan

- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya lebih sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.
- 10) Genetalia
- 11) perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora.
- 12) laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- 13) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 14) Reflek morrow atau gerak memeluk bila di gerakan sudah baik.
- 15) Reflek grapsatau menggenggam sudah baik.
- 16) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

c. Klasifikasi bayi baru lahir

Menurut Wiknjosastro (2005), Klasifikasi bayi baru lahir menurut usia gestasi, yaitu :

- 1) *Pre term* : kurang dari 37 lengkap (kurang dari 259 hari).
- 2) *Term* : mulai dari 37 minggu sampai kurang dari 42 minggu lengkap (259–293 hari).
- 3) *Post term* : 42 mg lengkap atau lebih (294 hari atatu lebih).

d. Perubahan-perubahan yang terjadi pada bayi baru lahir

1) Pernafasan

Pernafasan pertama pada bayi baru lahir normal terjadi dalam waktu 30 detik setelah lahir, pada menit-menit pertama kurang lebih 80 x/menit disertai pernafasan cuping hidung rintihan 10

berlangsung 10 –15 menit. Pada pernafasan normal perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi maupun ekspirasi. Respirasi kurang lebih 30 –50 x/menit (Saifuddin, 2002).

2) Suhu

Sesaat sesudah bayi lahir ia akan berada di tempat yang suhunya lebih rendah dari dalam kandungan dan dalam keadaan basah. Bila dibiarkan saja dalam suhu kamar 25⁰C maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi, konveksi dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg BB/menit. Sedangkan pembentukan panas yang dapat diproduksi hanya seper sepuluh daripada yang tersebut diatas, dalam waktu yang bersamaan. Hal ini akan menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak 2 C dalam waktu 15 menit (Wiknjosastro, 2005).

3) Perubahan sistem sirkulasi

Dengan berkembangnya paru-paru, tekanan oksigen di dalam alveoli meningkat. Sebaliknya, tekanan karbon dioksida turun. Hal-hal tersebut mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh-pembuluh darah paru, sehingga aliran darah ke alat tersebut meningkat. Ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru vena umbilicus dan kemudian dipotongnya tali pusat, aliran darah dari plasenta melalui vena inferior dan foramen di atrium kanan, ini menyebabkan foramen ovale menutup. Sirkulasi janin sekarang

berubah menjadi sirkulasi bayi yang hidup di luar badan ibu (Wiknjosastro, 2005).

4) Faeces

Faeces berbentuk mekoneum berwarna hijau tua yang telah berada di saluran pencernaan sejak janin berumur 16 minggu, akan mulai keluar dalam waktu 24 jam, pengeluaran ini akan berlangsung sampai hari ke 2 – 3. Pada hari ke-4 sampai hari ke-5 warna tinja menjadi coklat kehijau-hijauan. Selanjutnya warna faeces akan tergantung dari jenis susu yang diminumnya. Misalnya bayi yang mendapat ASI, faecesnya akan berwarna kuning dan lembek. Defekasi mungkin 3 sampai 8 kali sehari. Bayi yang mendapat susu buatan faecesnya berwarna keabu-abuan dengan bau yang sedikit menusuk (Wiknjosastro, 2005).

5) Perubahan lain

Alat-alat pencernaan, hati, ginjal dan alat-alat lain berfungsi.

6) Penanganan Bayi Baru Lahir

e. Asuhan kebidanan segera pada bayi baru lahir, adalah asuhan yang di berikan pada bayi tersebut selama jam pertamasetelah kelahiran. Aspek - aspek penting dari asuhan segera baru lahir :

1) Membersihkan jalan nafas

Bayi normal akan menangis dalam 30 detik; tidak perlu dilakukan apa-apa lagi oleh karena bayi mulai bernafas spontan dan warna kulitnya kemerah-merahan. Kemudian bayi diletakkan

mendatar kira-kira sama tingginya dengan atau sedikit di bawah introitus vagina. Bila mulut bayi masih belum bersih dari cairan dan lendir, pengisapan lendir diteruskan, mula-mula dari mulut, kemudian dari lubang hidung, supaya jalan nafas bebas dan bayi dapat bernafas sebaik-baiknya (Winkjosastro, 2005).

2) Memotong dan merawat tali pusat

(a) Memotong tali pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis, maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi. Tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan ikat dengan pengikat steril. Apabila masih terjadi perdarahan dapat dibuat ikatan baru (Saifuddin, 2002).

(b) Perawatan tali pusat

Membungkus pusar atau perut ataupun mengoleskan bahan atau ramuan apapun keujung tali pusat tidak diperbolehkan. Tali pusat hanya dibungkus dengan kassa steril saja. Mengusap alkohol ataupun povidon iodine masih diperkenankan sepanjang tidak menyebabkan tali pusat basah atau lembab (Depkes RI, 2007).

(c) Mempertahankan suhu tubuh

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur suhu tubuh badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu tubuh harus dicatat (Saifuddin, 2002).

(d) Pemberian vit K

Kejadian perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, berkisar 0,25 –0,5 %. Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K per oral 1 mg/hari selama 3 hari, sedangkan bayi resiko tinggi diberi vitamin K parental dengan dosis 0,5 –1 mg IM (Saifuddin, 2002).

(e) Pemberian obat tetes atau salep mata

Di beberapa negara perawatan mata bayi baru lahir secara hukum diharuskan untuk mencegah terjadinya aftalmia neonatorum. Di daerah dimana prevalensi gonorea tinggi, setiap bayi baru lahir perlu diberi salep mata sesudah 5 jam bayi lahir. Pemberian obat mata eritromisin 0,5 % atau

tetrasiklin 1 % dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual).

7) Identifikasi bayi

Apabila bayi dilahirkan di tempat bersalin yang persalinannya mungkin lebih dari satu persalinan, maka sebuah alat pengenalan yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap ditempatnya sampai waktu bayi dipulangkan.

(a) Peralatan identifikasi bayi baru lahir selalu tersedia ditempat penerimaan pasien, di kamar bersalin, dan di ruang rawat bayi.

(b) Alat yang digunakan, hendaknya kebal air, dengan tepi yang halus tidak mudah melukai, tidak mudah sobek, dan tidak mudah lepas.

(c) Pada alat / selang identifikasi harus tercantum

(d) Di setiap tempat tidur harus diberi tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor identifikasi.

Sidik telapak kaki bayi dan sidik jari ibu harus dicetak di catatan yang tidak mudah hilang. Sidik telapak kaki bayi harus dibuat oleh personil yang berpengalaman menerapkan cara ini, dan dibuat dalam catatan bayi. Bantalan sidik kaki harus 15 disimpan dalam ruangan bersuhu kamar. Ukurlah berat lahir, panjang bayi, lingkaran

kepala, lingkaran perut dan catat dalam rekam medik (Saifuddin, 2002).

8) Memulai pemberian ASI

Berikan pada bayi pada ibunya untuk memulai pemberian ASI secara dini. Anjurkan ibu untuk memeluk dan mencoba menyusukan bayinya segera setelah tali pusat diklem dan dipotong. Tentramkan ibu bahwa penolong akan membantu ibu menyusukan bayi setelah plasenta lahir dan penjahitan laserasi selesai dikerjakan. Anggota keluarga mungkin bisa membantunya untuk memulai pemberian ASI lebih awal. Setelah semua prosedur yang diperlukan diselesaikan ibu sudah bersih dan mengganti baju, bantu ibu untuk menyusukan bayinya (Depkes RI, 2007).

f. Komplikasi Pada Bayi Baru Lahir

1. Asfiksia

Asfiksia adalah keadaan dimana bayi tidak dapat segera bernafas secara spontan dan teratur setelah lahir (Wiknjastro, 2005).

2. Sianosis

Sianosis menunjukkan adanya insufisiensi jalan napas yang mungkin disebabkan oleh kelainan paru, perdarahan intrakranial atau anoksia otak. Apabila sianosis disebabkan oleh kelainan paru maka pernapasan cenderung cepat dan diikuti

retraksi sedangkan yang disebabkan oleh susunan saraf pusat, pola penapasan menjadi tidak teratur, lemah dan lambat (Markum, 2002).

3. Kelainan Kongenital

Kelainan kongenital merupakan kelainan morfologik dalam pertumbuhan struktur bayi yang dijumpai sejak bayi lahir selain itu pengertian lain tentang kelainan sejak lahir adalah defek lahir yang dapat berwujud dalam bentuk berbagai gangguan tumbuh kembang bayi baru lahir (Markum, 2002).

4. BBLR (Berat Badan Lahir Rendah)

Adalah pandangan sekilas di ruang bersalin sudah cukup untuk menyimpulkan bahwa semua bayi baru lahir dengan bentuk ukuran yang sama, misalnya kira-kira satu dari empat belas bayi berbobot kurang dari 2,5 kg (Michael, 2004).

5. Bayi premature

Adalah bayi baru lahir hidup sebelum usia kehamilan minggu ke-37 (Surasmi, 2003).

6. Ikterus

Adalah warna kuning yang dapat terlihat pada sklera, selaput lendir, kulit atau organ lain akibat penumpukan bilirubin (Surasmi, 2003).

7. Hiperbillirubin

a. Pengertian hiperbilirubin

Hiperbilirubin adalah istilah yang dipakai untuk ikterus neonatorum setelah ada hasil laboratorium yang menunjukkan peningkatan kadar serum bilirubin (Iyan, 2009). Hiperbilirubinemia adalah suatu keadaan dimana kadar bilirubin mencapai suatu nilai yang mempunyai potensi menimbulkan kern ikterik bila tidak ditanggulangi dengan baik (Prawirohardjo, 2005).

b. Menurut Prawirohardjo (2005), meliputi :

1) Hiperbilirubin fisiologi

(a) Timbulnya pada hari kedua atau ketiga.

(b) Kadar bilirubin *indirek* sesudah 2 x 24 jam tidak melewati 15 mg% pada neonatus cukup bulan dan 10 mg% pada neonatus kurang bulan.

(c) Kadar bilirubin *direk* tidak melebihi 1 mg%.

(d) Kecepatan peningkatan kadar bilirubin tak melebihi 1 mg%.

(e) Hiperbilirubin menghilang pada 10 hari pertama.

(f) Tidak terbukti mempunyai hubungan dengan keadaan patologik.

c. Klasifikasi hiperbilirubin

1) Hiperbilirubin fisiologis

- a) Timbul pada hari kedua, ketiga.
- b) Kadar bilirubinidentik (larut dalam air)tidak melewati 12mg/dl. Pada neonates cukup bulan dan 10 mg/dl pada kurang bulan.
- c) Kecepatan peningkatan kadar bilirubin tidak melebihi 5 mg/dl per hari.
- d) Kadar bilirubindirek (larut dalam air)kurang dari 1 mg/dl.
- e) Hiperbilirubin akan hilang pada 10 hari pertama.
- f) Tidak terbukti mempunyai hubungan dengan keadaan patologis tertentu.

2) Hiperbilirubin patologis.

Hiperbilirubinyang kemiungkinan besar menjadi patologis yaitu :

- a) Hiperbilirubinyang terjadi pada 24 jam pertama setelah lahir apabila kadar bilirubin meningkat melebihi 15 mg%.
- b) Peningkatan kadar bilirubin 5 mg % atau lebih setiap 24 jam.
- c) Hiperbilirubinklinis yang menetap setelah bayi berusia > 8 hari atau 14 hari.
- d) Hiperbilirubinyang disertai proses hemolisis.

e) Hiperbilirubin yang disertai berat lahir kurang dan 2000 gram, masa gestasi kurang dari 36 minggu, asfiksia, hipoksia, infeksi.

3) Metabolisme bilirubin

Meningkatnya kadar bilirubin dapat disebabkan produksi yang berlebihan. Sebagian besar bilirubin berasal dari destruksi eritrosi yang menua. Pada neonatus 75% bilirubin berasal dari mekanisme ini. 1 gram hemoglobin dapat menghasilkan 35 mg bilirubin indirek (*free bilirubin*) dan bentuk inilah yang dapat masuk ke jaringan otak dan menyebabkan kernicterus. Sumber lain kemungkinan besar dari sum-sum tulang dan leher, yang terjadi dari dua komponen, yaitu komponen non-eritrosit dan komponen eritrosit yang terbentuk dari eritropoiesis yang tidak sempurna. (Surasmi 2003).

Sebagian besar bilirubin yang terkonjugasi ini diekskresikan melalui duktus hepatikus ke dalam saluran pencernaan dan selanjutnya menjadi urobilinogen dan keluar dengan tinja sebagai sterkobilin. Dalam usus sebagian diabsorpsi kembali oleh mukosa usus dan terbentuklah proses enterohepatik. Pada janin sebagian bilirubin yang diserap kembali diekskresikan melalui

plasenta pada BBL ekskresi melalui plasentaterputus, karna bila fungsi hepar belum matang atau terdapat gangguan dalam fungsi hepar akibat hipoksa, asidosis, atau bila terdapatkekurangan enzim glukoronilteansferaseatau kekurangan glukosa, maka keadaan bilirubinidentikdalam darah dalam meninggi. Masalah akan timbul apabila produksi bilirubinini terlalu berlebihan atau konjugasihati menurun, sehingga terjadi akumulasi didalam darah. Peningkatan kadarbilirubinyang berlebihan dapat menimbulkan kerusakan sel tubuh tertentu, misal kerusakan sel otak yang akan meningkatkan gejala sisa di kemudian hari, karna itu bayi penderita hiperbilirubinsebaiknya baru dianggap fisiologis apabila dibuktikan bukan suatu keadaan patologis. Sehubungan dengan hal tersebut, maka pada konsentrasi tertentu hiperbilirubin, pemeriksaan lengkap harus dilakukan untuk mengetahui penyebabnya pengobatanpun dapat di laksanakan secara dini. Kadar bilirubinyang menimbulkan efek patologisini di sebut hiperbilirubinemia.

- d. Etiologi Hiperbilirubin dapat disebabkan oleh berbagai keadaan:

Peningkatan produksi.

- a) Hemolisis, missal pada inkompatilibitasyang terjadi bila terdapat ketidaksesuaian golongan darah dan anak pada penggolongan rhesus dan ABO.
- b) Pendarahan tertutup, misalnya pada trauma kelahiran.
- c) Ikatan bilirubindengan protein terganggu seperti gangguan metabolik yang terdapat pada bayi gipoksaatau asidosis.
- d) Kurangnya enzim glukoroniltranseferase, sehingga kadar bilirubinidentikmeningkat, misalnya pada bayi lahir rendah.
- e) Kelainan congenital dan dubin hiperbilirubin.
- f) Gangguan transpertasi akibat penurunan kapasitas pengangkutan, misalnya pada hipoalbuminatau karena pengaruh obat-obat tertentu misalnya sulfadiazine.
- g) Ganggaun fungsi hati yang di sebabkan oleh beberapa mikro organisme, atau toksin yang langsung merusak sel hati darah merah seperti infeksi toksoplasmosis, syphilis.
- h) Gangguan ekspresiyang terjadi intra atau ekstra hapatik.
- i) Peningkatan sirkulasi enterohepatik, misalnya pada ileusobstruktif. (Maryanti,2011).

e. Jenis – jenis hiperbilirubin

Menurut Prawirohardjo (2005) jenis-jenis hiperbilirubinyaitu sebagai berikut :

1) Hiperbilirubin hemolitik

Pada umumnya merupakan suatu golongan penyakit yang disebabkan oleh inkompabilitas golongan darah ibu dan bayi, seperti :

- a) Inkompabilitas Rhesus
- b) Inkompabilitas ABO 20
- c) Inkompabilitas golongan darah lain
- d) Kelainan eritrosit congenetal
- e) Defisiensi enzim G6PD

2) Hiperbilirubin Obstruktiva

Hiperbilirubin yang terjadi karena sumbatan penyaluran empedu baik dalam hati maupun diluar hati. Akibat sumbatan itu terjadi penumpukan bilirubin tidak langsung.

3) Hiperbilirubin yang disebabkan oleh hal lain, seperti :

- a) Pengaruh hormon atua obat yang mengurangi kesanggupan hepar untuk mengadakan konjugasi bilirubin.
- b) Hipolbuminemia.

- c) Adanya obat atau zat kimia yang mengurangi ikatan bilirubin tidak langsung pada albumin misalnya, sulfafurzole, salsilat dan heparin.
- d) Sindroma Griger –Najur. Penyakit ini tidak terdapat atau sangat kurang glukoronil transferase dalam hepar.
- e) Ikterus karena late feeding. f) Asidosis metabolik.
- f) Pemakaian vitamin K, kalau dosis melebihi 10 mg %.

4) Kern-hiperbilirubin

Hiperbilirubin ini menimbulkan sindrom neurologis akibat pengendapan bilirubin tak terkonjugasi di dalam sel-sel otak (Nelson, 2002). Pada permulaan tanda klinik tidak jelas tetapi dapat disebutkan, seperti :

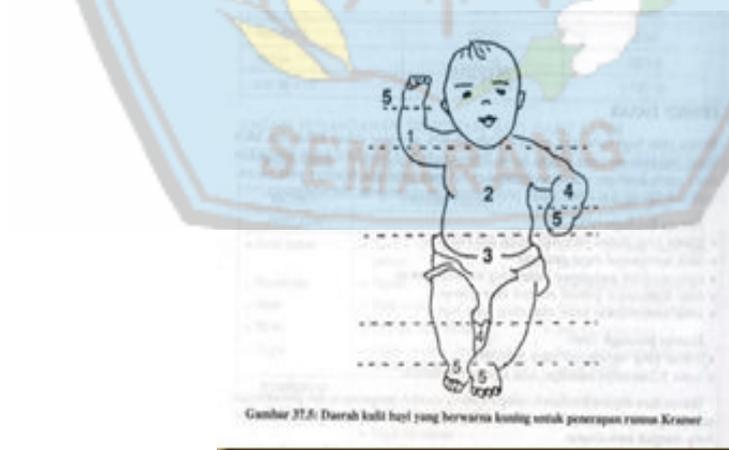
- a) Letargi
- b) Layuh dan malas minum
- c) Hipertonik
- d) Opistotonus
- e) Tangisan melengking
- f) Kejang (Prawirohardjo, 2005) Oleh karena itu, bidan perlu mengetahui dengan baik kapan terjadinya ikterus atau hiperbilirubinemia apakah berkepanjangan atau tingkat intensitasnya meninggi,

sehingga dapat melakukan konsultasi atau merujuk penderita ke rumah sakit (Prawirohardjo, 2005).

f. Penilaian

Pengamatan hiperbilirubinemia baik dilakukan dalam cahaya matahari dan dengan menekan sedikit kulit yang akan diamati untuk menghilangkan warna karena pengaruh sirkulasi darah.

Untuk penilaian hiperbilirubin, Kremer membagi tubuh bayi baru lahir dalam 5 bagian yang dimulai dari kepala dan leher, dada sampai pusat, pusat bagian bawah sampai tumit, tumit pergelangan kaki dan bahu pergelangan tangan dan kaki serta tangan termasuk telapak tangan (Sarwono, 2006).



Gambar derajat Hiperbilirubin

Derajat I : kepala sampai leher

Derajat II : kepala, badan sampai umbilicus

Derajat III : kepala, badan, paha sampai dengan lutut

Derajat IV : kepala, badan, paha sampai dengan lutut

Derajat V : kepala, badan, semua ekstremitas sampai ujung jari

g. Metabolisme hiperbilirubin

Untuk mendapatkan pengertian yang cukup mengenai masalah ikterus pada neonatus, perlu diketahui tentang metabolisme bilirubin pada janin dan neonatus. Menurut Prawirohardjo (2005) metabolisme bilirubin mempunyai tingkat seperti berikut :

1) Produksi

Sebagian besar bilirubin terbentuk sebagai akibat pemecahan haemoglobin pada sistem R.E.S. Tingkat penghancuran hemoglobin ini pada neonatus lebih tinggi dari pada bayi yang lebih tua.

2) Transportasi

Bilirubin indirek kemudian diikat oleh albumin ke "uptake" bilirubin oleh hepar dilakukan oleh protein Y dan Z.

3) Konjuggasi

Di dalam hepar bilirubin ini mengalami proses konjuggasi yang membutuhkan energi dan enzim glukoronil

transferase. Sesudah mengalami proses ini bilirubin berubah menjadi bilirubin direk.

4) Ekskresi

Bilirubin direk kemudian diekskresi ke usus, sebagian dikeluarkan dalam bentuk bilirubin dan sebagian lagi dalam bentuk sterkobilin. Bilirubin ini kemudian diangkut ke hepar lagi untuk diproses.

h. Patofisiologi

Peningkatan kadar bilirubintubuh dapat terjadi pada beberapakeadaan. Keadaan yang sering di temukan adalah apabila terjadi penambahan bebanbilirubinpada sel hepar yang berlebihan hal ini dapat ditemukan bila terjadi peningkatan penghancuran eritrosit, polistemia (Maryanti 2011).

Gangguan pemecahan bilirubinplasma juga dapat menimbulkan peningkatan kadar bilirubintubuh. Hal ini dapat terjadi apabila kadar protein Y dan Z berkurang, atau pada bayi hipoksia, asidosis, keadaan lain yang memperhatikan peningkatan kadarbilirubinadalah apa bila ditemukan gangguan konjugasi hepar atau neonatus yang mengalami gangguan ekskresi, misalnya sumbatan saluran empedu, pada derajat tertentu bilirubin ini akan bersifat toksik dan merusak jaringan tubuh. Toksisitas terutama di temukan ada bilirubin indirek yang bersifat sukar larut dalam air tapi mudah

larut dalam lemak, saat ini memungkinkan efek patologis pada sel otak apabila bilirubin tadi dapat menembus darah otak. Kelainan yang terjadi pada otak disebut kernikterus, pada umumnya dianggap bahwa kelainan dalam syaraf pusat tersebut mungkin akan timbul apabila kadar bilirubin melewati darah otak ternyata tidak hanya tergantung pada kenyataan neonatus, bilirubin indirekakan mudah melewati darah otak apabila bayi terdapat keadaan berat badan lahir rendah, hipoksia, dan hipoglikemia (Maryanti 2011).

- i. Tanda dan gejala.
 - a) Dampak Pada permulaan tidak jelas, tampak mata berputar-putar.
 - b) Letargik (lemas).
 - c) Kejang.
 - d) Tidak mau menghisap puting susu.
 - e) Dapat tuli, gangguan bicara, dan retardasi mental.
 - f) Bila bayi hidup pada umur lebih lanjut dapat disertai spasme otot, epistotonus, kejang, stenosis, yang disertai dengan ketegangan otot.
 - g) Perut buncit.
 - h) Pembesaran pada hati.
 - i) Feses berwarna seperti dempul.

- j) Tamapak ikterus, sklera, kuku, kulit dan membrane mukosa kuning pada 24 jam pertama yang di sebabkan oleh penyakit hemolitik waktu lahir, sepiasis atau ibu dengan diabetic/infeksi.
- k) Muntah, anoreksia, warna urin kecoklatan atau aga gelap (Maryanti 2011).
- j. Dampak hiperbilirubin.

Hiperbilirubin dapat menyebabkan gangguan pendengaran, apabila bilirubin tak terkonjugasi melewati bloodbrain barrier, bilirubin tersebut juga di timbulkan di daerah gangliabasis, dan juga pada daerah vestibule-cochlear nucleus dan sebagai akibatnya adalah sebagai terjadi gangguan pendengaran sensorineural, Zamia dkk (2004) telah melaporkan bahwa 33% bayi baru lahir dengan kadar bilirubin 15-25 mg/dl mengalami kehilangan gelombang kompleks pada IV dan V pada pemeriksaan *auditory brainstem responses* (ABR). Dengan demikian didapatkan hubungan yang signifikan antara hiperbilirubinemia dengan gangguan pendengaran pada bayi, mereka menemukan bahwa pada keadaan hiperbilirubinemia berat didapatkan beberapa kerusakan pada koklea terutama trauma pada sel rambut bagian luar, keadaan ini juga ditemukan pada

hiperbilirubinsedang (<20 mg/dl) yang juga dapat menyebabkan gangguan pendengaran.

k. Pencegahan hiperbilirubin

- a) Pencegahan penyakit kuning neonatal parah yang terbaik dicapai melalui perhatian terhadap status risiko bayi belum pulang dari rumah sakit, melalui pendidikan orang tua, dan melalui perencanaan yang matang dari tidak lanjut.
- b) Sebuah predischarge bilirubin pengukuran, diperoleh dalam pengukuran transkutan atau serum dan diplot menjadi nomogram, telah terbukti menjadi alat yang digunakan pada bayi yang membedakan dengan risiko rendah kemudian mengembangkan nilai-nilai bilirubin.
- c) Faktor risiko klinis termasuk usia kehamilan kurang dari 38 minggu, penggunaan oksitosin atau vakum pada saat bersalin, pemberian ASI eksklusif saudara yang lebih tua dengan penyakit kuning neonatal yang dibutuhkan fototerapi, kenaikan ≥ 6 mg/dl / hari (≥ 100 μ mol / L / hari) secara total kadar bilirubin serum, dan hematoma atau memar yang luas. Berat badan lahir juga berhubungan dengan risiko pengembangan penyakit kuning signifikan semakin tinggi berat lahir semakin tinggi risiko (Maryanti, 2011). Cara paling mudah untuk

mengatasi hiperbilirubin pada bayi dengan cara pemberian ASI sesering mungkin agar cepat terjadi pergantian cairan dalam tubuh bayi, serta menjemur bayi pada jam 7 sampai jam 9 pagi, bila hiperbilirubin pada bayi mempunyai kadar hiperbilirubin cukup tinggi harus dilakukan fototerapi dimana bayi di beri sinar biru yang diarahkan ke kulit sehingga proses kimia pada molekul bilirubin di bawah jaringan kulit, sehingga bilirubin dapat segera di buang tanpa perlu metabolisme terlebih dahulu oleh hati. Dikhawatirkan akan menyebabkan kerusakan otak bayi, maka kemungkinan dilakukan transfusi harus dipenuhi jika hiperbilirubin pada bayi mencapai kadar bilirubin yang sangat tinggi (Maryanti 2011).

1. Penatalaksanaan hiperbilirubin

Penanganan hiperbilirubin pada bayi baru lahir menurut Varney (2007), antara lain:

1) Memenuhi kebutuhan atau nutrisi

- (a) Beri minum sesuai kebutuhan. Karena bayi malas minum, berikan berulang-ulang, jika tidak mau menghisap dot berikan pakai sendok. Jika tidak dapat habis berikan melalui sonde.

- (b) Perhatikan frekuensi buang air besar, mungkin susu tidak cocok (jika bukan ASI) mungkin perlu ganti susu.
- 2) Mengenal gejala dini mencegah meningkatnya ikterus
- (a) Jika bayi terlihat mulai kuning, jemur pada matahari pagi (sekitar pukul 7 –8 selama 15 –30 menit).
 - (b) Periksa darah untuk bilirubin, jika hasilnya masih dibawah 7 mg% ulang esok harinya.
 - (c) Berikan banyak minum.
 - (d) Perhatikan hasil darah bilirubin, jika hasilnya 7 mg% lebih segera hubungi dokter, bayi perlu terapi.
- 3) Gangguan rasa aman dan nyaman akibat pengobatan
- (a) Mengusahakan agar bayi tidak kepanasan atau kedinginan.
 - (b) Memelihara kebersihan tempat tidur bayi dan lingkungannya.
 - (c) Mencegah terjadinya infeksi (memperhatikan cara bekerja aseptik).

Bila kadar bilirubin serum bayi tinggi sehingga di duga akan terjadi kern ikterik, maka perlu dilakukan penatalaksanaan khusus. 24
Penanganan terapi khusus antara lain :

1. Terapi sinar

Terapi sinar diberikan jika bilirubin indirek darah mencapai 15 mg %. Cremer melaporkan bahwa pada bayi penderita ikterus yang diberi sinar matahari lebih dari penyinaran biasa, ikterus lebih cepat menghilang dibandingkan dengan bayi lain yang tidak disinari. Dengan penyinaran bilirubin dipecah menjadi dipyrole yang kemudian dikeluarkan melalui ginjal dan traktus digestivus. Hasil perusakan bilirubin ternyata tidak toksik untuk tubuh dan di keluarkan tubuh dengan sempurna. Mekanisme utama terapi sinar adalah fotoisomer. Dengan kata lain bilirubin 42,152 diubah menjadi bilirubin 42,15 E, bilirubin isomer mudah larut dalam air. Penggunaan terapi sinar untuk mengobati hiperbilirubinemia harus dilakukan dengan hati-hati, karena jenis pengobatan ini dapat menimbulkan komplikasi, yaitu dapat menyebabkan kerusakan retina, dapat meningkatkan kehilangan air tidak terasa (*insensible water losses*), dan dapat mempengaruhi pertumbuhan serta perkembangan bayi walaupun hal ini masih dapat dibalikkan, kalau digunakan terapi sinar, sebaiknya dipilih sinar dengan spektrum antara 420 –480 nano meter. Sinar ultraviolet harus dicegah dengan plexiglass dan bayi harus mendapat cairan yang cukup.

Alat-alat untuk terapi sinar :

- a) 10 lampu neon biru masing-masing berkekuatan 20 watt.
- b) Susunan lampu dimasukkan ke dalam bilik yang diberi ventilasi disampingnya.

- c) Di bawah susunan dipasang plexiglass setebal 1,5 cm untuk mencegah sinar ultraviolet.
 - d) Alat terapi sinar diletakkan 45 cm di atas permukaan bayi.
 - e) Terapi sinar diberikan selama 72 jam atau sampai kadar bilirubin mencapai 7,5 mg %.
 - f) Mata bayi dan alat kelamin ditutupi dengan bahan yang dapat memantulkan sinar.
 - g) Gunakan kain pada boks bayi atau incubator, dan letakkan tirai putih mengelilingi area sekeliling alat tersebut berada untuk memantulkan kembali sinar sebanyak mungkin ke arah bayi.
- (Prawirohardjo, 2005)

Pelaksanaan pemberian terapi sinar dan yang perlu diperhatikan (Ladewig, 2006) antara lain :

- a) Letakkan bayi tanpa mengenakan pakaian di bawah sinar fototerapi, kecuali untuk menutupi alat kelamin, untuk memaksimalkan pajanan terhadap sinar.
- b) Tutup mata bayi saat disinari
- c) Pantau tanda-tanda vital setiap 4 jam.
- d) Pantau asupan dan keluaran setiap 8 jam
- e) Berikan asupan cairan 25% diatas kebutuhan cairan normal. Untuk memenuhi peningkatan kehilangan cairan yang tidak tampak mata serta pada feces.
- f) Reposisi bayi sedikitnya setiap 2 jam. 26.

- g) Matikan sinar terapi saat orang tua berkunjung dan memberikan ASI.
- h) pantau panjang gelombang sinar fototerapi menggunakan bilimeter, setiap penggantian sorotan cahaya ke area mata yang lain.
- i) Pantau kadar bilirubin setiap 8 jam selama 1 hingga 2 hari pertama atau setiap pemberian sesuai dengan protokol institusi setelah penghentian fototerapi.

Kelainan yang mungkin timbul pada neonatus yang mendapat terapi sinar (Asrining, dkk, 2003) antara lain :

- 1) Peningkatan kehilangan cairan yang tidak tertukar (*insensible water loss*).
- 2) Frekuensi defekasi meningkat, pemberian susu dengan kadar laktosa rendah akan mengurangi timbulnya diare.
- 3) Timbulnya kelainan kulit "*flea bite rash*" di daerah muka badan dan ekstremitas, kelainan ini akan segera hilang setelah terapi dihentikan.
- 4) Beberapa neonatus yang mendapat terapi sinar menunjukkan kenaikan suhu tubuh, disebabkan karena suhu lingkungan yang meningkat atau gangguan pengaturan suhu tubuh bayi.
- 5) Kadang ditemukan kelainan seperti, gangguan minum, letargi, dan iritabilitas. Keadaan ini bersifat sementara dan akan hilang dengan sendirinya.
- 6) Gangguan pada mata dan pertumbuhan.

2. Transfusi Tukar

Penggantian darah sirkulasi neonatus dengan darah donor dengan cara mengeluarkan darah neonatus dan memasukkan darah donor secara berulang dan bergantian melalui suatu prosedur. Jumlah darah yang diganti sama dengan yang dikeluarkan. Pergantian darah bisa mencapai 75 –85 % dan jumlah darah neonatus (Surasmi, 2003).

Transfusi tukar akan dilakukan pada neonatus dengan kadar bilirubin indirek sama dengan atau lebih tinggi dan 20 %, pada neonatus dengan kadar bilirubin tali pusat kurang dari 14 mg% dan coombs test langsung positif (Prawirohardjo, 2005). Tujuan transfusi tukar :

- a) Menurunkan kadar bilirubin indirek
- b) Mengganti eritrosit yang dapat dihemolisis
- c) Membuang antibodi yang menyebabkan hemolisis
- d) Mengoreksi anemia

Prosedur pelaksanaan pemberian transfusi tukar antara lain :

- a) Bayi ditidurkan rata diatas meja dengan fiksasi longgar.
- b) Pasang monitor jantung, alarm jantung diatur diluar batas 100 –180 kali / menit.
- c) Masukkan kateter ke dalam vena umbilikalis
- d) Melalui kateter, darah bayi dihisap sebanyak 20 cc dimasukkan ke dalam tubuh bayi. Setelah menunggu 20 detik, lalu darah bayi 28 diambil lagi sebanyak 20 cc dan dikeluarkan. Kemudian dimasukkan

darah pengganti dengan jumlah yang sama, demikian siklus pengganti tersebut diulang sampai selesai.

- e) Kecepatan menghisap dan memasukkan darah ke dalam tubuh bayi diperkirakan 1,8 kg/cc BB/menit. Jumlah darah yang ditransfusi tukar berkisar 140 –180 cc/ kg BB tergantung pada tinggi kadar bilirubin sebelum transfusi tukar (Prawirohardjo, 2005).

Hal-hal yang perlu diperhatikan selama transfusi tukar :

- a) Neonatus harus dipasang alat monitor kardio-respirasi
- b) Tekanan darah neonatus harus terus dipantau
- c) Neonatus dipuasakan bila perlu dipasang selang nasogastrik
- d) Neonatus dipasang infus
- e) Suhu tubuh dipantau dan dijaga dalam batas normal
- f) Disediakan peralatan resusitasi (Surasmi, 2003).

B. Manajemen Kebidanan.

1. Pengetian

Manajemen kebidanan adalah suatu metode berpikir dan bertindak secara sistematis dan logis dan memberi asuhan kebidanan, agar menggantung kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan, manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan keterampilan, dalam rangkaian atau tahapan yang logis pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (soepardan, 2008).

2. Proses Manejemen Kebidanan

Menurut varney dalam soepardan (2008), menyatakan langkah-langkah dalam manajemen kebidanan, yaitu sebagai berikut.

a. Langkah I : pengumpulan data dasar

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi (data) yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien untuk memperoleh data dilakukan dengan cara :

- 1) Anamnesis dilakukan untuk mendapatkan data, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, dan nifas bio-fisiko-sosio-spiritual, serta pengetahuan klien.
- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi :
 - a) Pemeriksaan kasus (inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi).
 - b) Pemeriksaan penunjang (laboratorium dan catatan baru dan catatan sebelumnya).

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada formulir pengumpulan data kehamilan, persalinan dan masa nifas. Dalam manajemen kolaborasi, bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter, kepada bidan akan melakukan upaya konsultasi, tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang di hadapi akan menentukan benar tidaknya proses interperasi pada tahap sebelumnya oleh karena itu pendekatan itu harus

komprehensif, mencakup data objektif dan subjektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi klien yang sebenarnya serta valid kaji ulang data yang sudah di kumpulkan apabila sudah tepat lengkap dan akurat.

b. Langkah II

Interprasi data dasar

Pada langkah kedua dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan inferensi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar tersebut kemudian diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik, rumusan diagnostik maupun masalah keduanya harus ditangani. Meskipun masalah tidak dapat diartikan sebagai diagnosis, tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang sedang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian, masalah juga sering menyertai diagnosis.

c. Langkah III

Identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan antisipasi penanganannya sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap mencegah diagnosis/masalah potensial ini menjadi kenyataan. Langkah ini penting sekali dalam memutuskan asuhan yang aman. 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 masalah atau diagnosis tersebut tidak terjadi. Langkah ini bersifat antisipasi yang rasional/logis.

d. Langkah IV

Menetapkan perlunya konsultasi dan kolaborasi segera dengan tenaga kesehatan yang lain. Pada langkah ini bidan mengidentifikasi perlunya bidan atau dokter melakukan konsultasi atau penanganan segera bersama anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan proses manajemen kebidanan, jadi manajemen tidak hanya berlangsung selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja. Tetapi selama wanita tersebut dalam dampingi bidan. Misalnya pada saat wanita tersebut dalam persalinan. Dalam kondisi tertentu, seorang bidan mungkin juga perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir, dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi seperti klien untuk menentukan kepada siapa siapa sebaiknya konsultasi dilakukan. Penjelasan diatas menunjukkan bahwa dalam melakukan suatu tindakan harus disesuaikan dengan prioritas masalah/kondisi keseluruhan yang dihadapi klien. Setelah bidan merumuskan hal-hal

yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosis/masalah potensial pada langkah sebelumnya. Bidan juga harus merumuskan tindakan emergensi/darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Rumusan ini mencakup tindakan segera yang bias dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan.

e. Langkah V

Menyusun Rencana Asuhan Menyeluruh. Pada langkah kelima direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen untuk masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap data dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi segala hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang terkait, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi untuk klien tersebut, pedoman antisipasi ini mencakup perkiraan tentang hal yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah bidan perlu merujuk klien bila ada sejumlah masalah terkait sosial, ekonomi, kultural, atau psikologis, dengan kata lain asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan dan sudah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan klien agar dapat

dilaksanakan secara efektif. Semua keputusan yang telah disepakati dikembangkan dalam asuhan menyeluruh. Asuhan ini harus bersifat rasional dan valid yang didasarkan pada pengetahuan, teori terkini. Dan sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

f. Langkah VI

Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien dan Aman. Pada langkah keenam, rencana asuhan menyeluruh dilakukan dengan efisien dan aman pelaksanaan ini biasa dilakukan seharusnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, namun ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya dengan memastikan bahwa langkah tersebut benar-benar terlaksana). Situasi ketika bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, bidan tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana bersama yang menyeluruh tersebut, penatalaksanaan yang efisien dan berkualitas berpengaruh pada waktu serta biaya.

g. Langkah VII Evaluasi.

Evaluasi dilakukan secara siklus dan dengan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui faktor mana yang menguntungkan atau menghambat keberhasilan asuhan yang diberikan. Pada langkah terakhir, dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini meliputi evaluasi pemenuhan

kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sebagaimana didefinisi di dalam diagnosis dan masalah, rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif, sedang sebagian lagi belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan merupakan suatu kegiatan yang bersinambungan, maka bidan perlu mengulang kembali setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa rencana asuhan tidak berjalan efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.

3. Pendokumentasian Kebidanan Dengan Metode SOAP.

Menurut Elisabeth (2015) bahwa pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. Uraian dari metode SOAP adalah:

a. S. Data Subyektif.

Data subyektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis, Data Subyektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

b. O. data Obyektif.

Data obyektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama adalah pengkajian data.

Terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medis dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data obyektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

c. *A. Analysis* atau *Assessment*

Analisis atau Assessment (A) merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, Analisis yang tepat dan akurat akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, sehingga dapat diambil keputusan atau tindakan yang tepat.

d. *Planning* atau perencanaan

Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesehatannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang akan dilaksanakan harus membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain. Antara lain dokter, dalam planning ini juga

harus mencantumkan evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektifitas asuhan atau hasil pelaksanaan tindakan, evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan atau asuhan.

C. Teori Hukum Kewenangan Bidan

Lingkup praktik kebidanan adalah terkait erat dengan fungsi, tanggung jawab dan aktivitas bidan yang telah mendapatkan pendidikan, kompeten dan memiliki kewenangan untuk melaksanakannya. Bidan dalam melaksanakan peran, fungsi dan tugasnya didasarkan pada kemampuan dan kewenangan yang diberikan. Kewenangan tersebut diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010. Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, kewenangan Bidan adalah :

1. Kewenangan Bidan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, kewenangan yang dimiliki bidan meliputi:

a) Pasal 9

Bidan dalam penyelenggaraan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan meliputi :

- 1) Pelayanan kesehatan ibu
- 2) Pelayanan kesehatan anak
- 3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

b) Pasal 11

- 1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah.
- 2) Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berwenang untuk :
 - (a) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari), dan perawatan tali pusat.
 - (b) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk.
 - (c) Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
 - (d) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah.
 - (e) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah.
 - (f) Pemberian konseling dan penyuluhan.
 - (g) Pemberian surat keterangan kelahiran, dan Pemberian surat keterangan kematian.

Menurut keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Standar Profesi Bidan Nomor: 369/MENKES/SKIII/2007 Asuhan Pada Bayi Baru Lahir Kompetensi ke- 6 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.

a. Pengetahuan Dasar

- 1) Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan di luar uterus.
- 2) Kebutuhan dasar bayi baru lahir : kebersihan jalan napas, perawatan tali pusat, kehangatan, nutrisi, “bonding & attachment”.
- 3) Indikator pengkajian bayi baru lahir, misalnya dari APGAR.
- 4) Penampilan dan perilaku bayi baru lahir.
- 5) Tumbuh kembang yang normal bayi baru lahir selama 1 bulan.
- 6) Memberikan imunisasi pada bayi.
- 7) Masalah yang lazim terjadi pada bayi baru lahir normal seperti caput, molding, Mongolian, spot, hemangioma.
- 8) Komplikasi yang lazim terjadi pada bayi baru lahir normal seperti *hypoglikemia*, *hypotermi*, dehidrasi, diare dan infeksi, ikterus
- 9) Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit pada bayi baru lahir sampai 1 bulan.
- 10) Keuntungan dan resiko imunisasi pada bayi11)Pertumbuhan dan perkembangan bayi *premature*.
- 11) Komplikasi tertentu pada bayi baru lahir, seperti trauma intra-cranial, fraktur clavicula, kematian mendadak, hematoma.

b. Keterampilan Dasar

- 1) Membersihkan jalan nafas dan memelihara kelancaran pernafasan, dan merawat tali pusat.
- 2) Menjaga kehangatan dan menghindari panas yang berlebihan.
- 3) Menilai segera bayi baru lahir seperti APGAR.

- 4) Membersihkan badan bayi dan memberikan identitas.
 - 5) Melakukan pemeriksaan fisik yang terfokus pada bayi baru lahir dan screening untuk menemukan adanya tanda kelainan-kelainan pada bayi baru lahir yang tidak memungkinkan untuk hidup.
 - 6) Mengatur posisi bayi pada waktu imunisasi.
 - 7) Memberikan imunisasi pada bayi.
 - 8) Mengajarkan pada orang tua tentang tanda-tanda bahaya dan kapan harus membawa bayi untuk minta pertolongan medik.
 - 9) Melakukan tindakan pertolongan kegawat daruratan pada bayi baru lahir seperti: kesulitan bernafas/asfiksia, hypotermi, hypoglikemia.
 - 10) Memindahkan secara aman bayi baru lahir ke fasilitas kegawat daruratan apabila dimungkinkan.
 - 11) Mendokumentasikan temuan-temuan dan intervensi yang dilakukan.
- c. Ketrampilan Tambahan
- 1) Melakukan penilaian masa gestasi.
 - 2) Mengajarkan pada orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan bayi yang normal asuhanya.
 - 3) Membantu orang tua dan keluarga untuk memperoleh sumber daya yang tersedia di masyarakat.
 - 4) Memberikan dukungan kepada orang tua selama masa berduka cita sebagai akibat bayi dengan cacat bawaan, keguguran, atau kematian bayi.

- 5) Memberikan dukungan kepada orang tua selama bayinya dalam perjalanan rujukan diakibatkan ke fasilitas perawatan kegawat daruratan. Dalam menjalankan tugasnya, bidan melakukan kolaborasi konsultasi dan merujuk sesuai dengan kondisi pasien, kewenangan dan kemampuannya.

Dalam keadaan darurat bidan juga diberi wewenang pelayanan kebidanan yaitu yang ditunjukkan untuk menyelamatkan jiwa. Lingkup praktik bidan adalah pada BBL, bayi, balita, anak, perempuan, remaja putri, wanita pranikah, wanita selama masa hamil, bersalin dan nifas, wanita pada masa interval dan wanita menopause (Mufdilah, 2012:104) Kewenangan Bidan dalam penanganan Bayi Baru Lahir Menurut SPK (Standar Pelayanan Kebidanan) tahun 2005:

1. Bidan dapat melakukan pengawasan sedikitnya 2 jam setelah persalinan.
2. Semua pencatatan tersedia untuk dipelajari.
3. Menggunakan kartu ibu/pencatatan neonatus.
4. Semua pencatatan diisi lengkap dan benar.
5. Bidan terampil dalam pemeriksaan neonatus, termasuk penggunaan APGAR SKOR.
6. Bidan terampil untuk pemberian ASI termasuk mengatur posisi mulut bayi terhadap puting susu ibu.
7. Memberikan perlengkapan seperti sabun, air bersih, handuk, kain untuk menyelimuti bayi dan termometer.
8. Memberikan salep mata tetrasiiklin 1% atau teramphmicol salep mata.

9. Rujuk sesuai dengan keperluan.
10. Rujuk ditindaklanjuti oleh bidan.
11. Pencegahan infeksi.
12. Meminta ijin pada ibu keluarga dan sesuai dengan standar.



