

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. TEORI MEDIS**

##### **1. Bayi Baru Lahir**

###### **a. Pengertian**

Bayi baru lahir adalah hasil konsepsi yang baru keluar dari rahim seorang ibu melalui jalan kelahiran normal atau dengan bantuan alat tertentu sampai usia 1 bulan ( Depkes RI, 2007 ).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu dengan berat badan antara 2500 gram sampai 4000 gram nilai APGAR > 7 dan tanpa cacat bawaan ( Rukiyah, 2010 ).

###### **b. Ciri- ciri bayi baru lahir normal menurut Dewi (2011), adalah sebagai berikut :**

- 1) Lahir aterm antara 37 – 42 minggu.
- 2) Berat Badan 2500 – 4000 gram.
- 3) Panjang Badan 48 – 52 cm.
- 4) Lingkar dada 30 - 38 cm.
- 5) Lingkar kepala 33 – 35 cm.
- 6) Lingkar Lengan 11 – 12 cm.
- 7) Frekuensi denyut jantung 120 – 160 x / mnt.

- 8) Pernafasan 40 – 60x/mnt.
- 9) Kulit Kemerah – merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- 10) Rambut Lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 11) Kuku agak panjang dan lemas.
- 12) Nilai APGAR > 7.
- 13) Gerak Aktif.
- 14) Bayi lahir langsung menangis kuat.
- 15) Reflek – reflek antara lain :
  - a) Reflek *rooting* ( mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut ) sudah terbentuk dengan baik.
  - b) Reflek *sucking* dan *swallowing* ( isap dan menelan ) sudah terbentuk dengan baik.
  - c) Reflek *morro* ( gerakan memeluk bila dikagetkan ) sudah terbentuk dengan baik.
  - d) Reflek *grasping* ( menggenggam ) sudah baik.
- 16) Genetalia
  - a) Laki – laki kematangan ditandai dengan testis yang tepat berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
  - b) Perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang serta adanya labia minora dan mayora.

17) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna kecoklatan.

## 2. Asfiksia Neonatorum

### a. Definisi

*Asfiksia neonatorum* adalah keadaan bayi yang tidak bisa bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir.

*Asfiksia neonatorum* merupakan suatu keadaan pada bayi baru lahir yang mengalami gagal bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir, sehingga bayi tidak dapat memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya ( Dewi, 2010 ).

*Asfiksia neonatorum* adalah keadaan bayi yang tidak dapat bernafas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan O<sub>2</sub> dan makin meningkatkan CO<sub>2</sub> yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lebih lanjut ( Manuaba, 2010 ).

Asfiksia adalah keadaan bayi tidak bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Seringkali bayi yang sebelumnya mengalami gawat janin akan mengalami asfiksia setelah persalinan. Masalah ini mungkin saling berkaitan dengan keadaan ibu, tali pusat atau masalah pada bayi selama atau sesudah persalinan (JNPK KR, 2008).

### b. Etiologi dan penyebab terjadinya asfiksia

Pengembangan paru-paru bayi baru lahir terjadi pada menit-menit pertama kelahiran dan kemudian disusul dengan pernafasan teratur. Bila terdapat gangguan dalam pertukaran gas atau pengangkutan oksigen dari ibu ke janin maka akan terjadi asfiksia janin atau neonatus. Jadi asfiksia disebabkan oleh hipoksia janin yang terjadi karena adanya gangguan pertukaran gas serta transpor O<sub>2</sub> dari ibu ke janin. Asfiksia dapat terjadi dalam kehamilan dan persalinan, tetapi dapat dicegah atau dikurangi dengan melakukan pemeriksaan antenatal yang sempurna, sehingga perbaikan sedini mungkin dapat diusahakan.

Adapun faktor penyebab asfiksia yaitu :

Penyebab terjadinya Asfiksia menurut (DepKes RI, 2009) adalah :

- 1) Faktor Ibu dari ibu selama hamil
  - a) Preeklamsia dan eklamsia.

Pre eklamsia atau eklamsia menurut para ahli dapat di dikumpulkan sebagai berikut : pre eklamsia adalah sindrom spesifik-kehamilan, yang terjadi setelah minggu ke-20 kehamilan, berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel (Cunningham, 2011). Pre eklamsia merupakan kumpulan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari trias ; hipertensi, proteinuri, dan oedema. Dapat disimpulkan bahwa pre eklamsia

adalah suatu kondisi spesifik kehamilan, yang terjadi setelah minggu ke-20 kehamilan, berupa berkurangnya *perfusi* organ akibat *vasospasme* dan aktivasi endotel, yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah, oedema, dan proteinuria. Pre-eklampsia bisa mengakibatkan aliran darah ibu melalui plasenta menjadi berkurang, sehingga aliran oksigen dari ibu ke janin menjadi berkurang dan menimbulkan terjadinya gawat janin dan berlanjut sebagai asfiksia pada bayi baru lahir.

b) Perdarahan abnormal ( Plasenta previa dan solutio plasenta ).

(1) Solusio plasenta

Merupakan suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terletak dari perlekatannya sebelum janin lahir, prognosisnya terhadap janin tergantung pada derajat perlepasan plasenta, dimana mengakibatkan terjadinya gangguan sirkulasi utero plasenter yang dapat menyebabkan asfiksia sampai kematian janin dalam rahim.

(2) Plasenta previa

Merupakan keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh

pembukaan jalan lahir (*ostium uteri internal*) dan oleh karenanya bagian terendah sering kali terkendala memasuki Pintu Atas Panggul (PAP) atau menimbulkan kelainan janin dalam rahim. Pada keadaan normal plasenta umumnya terletak di korpus uteri bagian depan atau belakang agak ke arah fundus uteri (Prawirohardjo, 2008).

Plasenta previa dapat menyebabkan perdarahan antepartum, apabila perdarahan banyak dapat terjadi gangguan sirkulasi oksigen dari ibu ke janin, hal ini menyebabkan gawat janin (Chalik, 2008).

c) Infeksi berat (Malaria, sifilis, TBC, HIV)

Pada ibu hamil yang mengalami infeksi berat, biasanya disertai demam tinggi yang menyebabkan gangguan peredaran darah dan metabolisme, sehingga mengganggu sirkulasi oksigen dari ibu ke janin (Kemenkes, 2013).

d) Usia ibu < 20 tahun / > 35 tahun pada primigravida

Pada kehamilan primigravida dengan usia ibu < 20 tahun sangat beresiko karena organ reproduksi belum matang sehingga mengganggu perkembangan janin, serta sirkulasi dari ibu ke janin juga dapat terganggu, hal ini bisa menimbulkan gawat janin. Sementara pada usia ibu >



35 tahun dua kali lipat lebih berisiko menderita tekanan darah tinggi yang mengancam jiwa (pre-eklampsia) selama kehamilan. Secara tidak langsung hal ini juga dapat menyebabkan gangguan sirkulasi oksigen ibu ke janin. (Manuaba, 2010).

e) Partus lama atau partus macet.

Partus lama di definisikan sebagai permulaan partus yang reguler, kontraksi uterus yang ritmis dan menyebabkan dilatasi serviks akan tetapi partus terjadi dalam waktu lebih dari 24 jam. Partus tidak maju atau macet adalah terjadi gangguan atau hambatan dalam penurunan kepala bayi melewati pelvis meskipun kontraksi uterusnya baik. Obstruksi biasanya disebabkan karena panggul sempit, bayi besar, ataupun malpresentasi. Partus lama merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primipara dan lebih dari 18 jam pada multipara, dimana terjadi kontraksi rahim yang berlangsung lama sehingga dapat menambah resiko pada janin dimana terjadi gangguan pertukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> yang dapat menyebabkan asfiksia.

f) Kehamilan post matur.

Kehamilan lewat waktu adalah kehamilan yang berlangsung lebih dari 42 minggu dihitung berdasarkan rumus *naegle* dengan siklus haid rata-rata 28 hari. Permasalahan yang timbul pada janin adalah asfiksia dimana terjadi *insufisiensi* plasenta yang menyebabkan plasenta tidak sanggup memberi nutrisi dan terjadi gangguan pertukaran CO<sub>2</sub> dan O<sub>2</sub> dari ibu ke janin (Sarwono, 2010).

2) Faktor Bayi

a) Persalinan sulit ( letak sungsang, bayi kembar ).

(1) Letak sungsang menyebabkan prognosis yang buruk pada ibu maupun bayi, pada ibu bisa berupa robekan pada perinium lebih besar, ketuban lebih cepat pecah, dan partus lebih lama, sehingga akan mudah terkena infeksi. Prognosis tidak begitu baik bagi bayi karena adanya gangguan peredaran darah plasenta setelah bokong lahir dan juga setelah perut lahir, tali pusat yang terjepit antara kepala dan panggul, bayi dimungkinkan bisa menderita asfiksia (Manuaba, 2009).

(2) Gemelli adalah suatu kehamilan dengan dua jenis atau lebih. Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi oleh



beberapa faktor di antaranya, adalah faktor genetik dan keturunan, umur dan paritas, ras atau suku bangsa dan obat pemicu ovulasi, keadaan ini termasuk keadaan kategori resiko tinggi dalam kehamilan dan persalinan. Selain itu kehamilan ganda dapat menyebabkan ketuban pecah dini, presentasi janin abnormal dan *prolaps* tali pusat. Sehingga berdampak pada gangguan sirkulasi dari ibu ke janin (Eisenberg, 2004).

b) Suspek Bayi Besar

Bayi baru lahir yang berat badan lahir pada saat persalinan lebih dari 4000 gram. Bayi baru lahir yang berukuran besar tersebut biasanya dilahirkan cukup bulan. Tetapi bayi preterm dengan berat badan dan tinggi menurut umur kehamilan mempunyai mortalitas yang secara bersama lebih tinggi dari pada bayi yang dilahirkan cukup bulan dengan ukuran yang sama. Diabetes dan obesitas ibu merupakan faktor predisposisi. Bayi besar dapat menyebabkan kesulitan dalam persalinan normal seperti distosia bahu sehingga bisa menyebabkan bayi mengalami asfiksia (Eisenberg, 2004).

### 3) Faktor Tali Pusat (Jumiarni, 2014)

#### a) Lilitan tali pusat.

Gerakan janin dalam rahim yang aktif pada tali pusat yang panjang memungkinkan terjadinya lilitan tali pusat pada leher sangat berbahaya, apalagi bila lilitan terjadi beberapa kali dimana dapat diperkirakan dengan makin masuknya kepala janin ke dasar panggul maka makin erat pula lilitan pada leher janin yang mengakibatkan makin terganggunya aliran darah ibu ke janin.

#### b) Tali pusat pendek

Tali pusat pendek adalah jika panjang tali pusat tidak mencapai 50 cm, kondisi seperti ini akan membuat ibu hamil berpotensi mengalami kesulitan saat melahirkan. Potensi kesulitan seperti ini bisa terjadi karena ukuran tali pusat yang terlalu pendek. Bisa juga dikarenakan diameternya kecil, sehingga aliran oksigen dan nutrisi yang diterima oleh janin tidak begitu optimal. Sehingga dapat menyebabkan asfiksia neonatorum.

#### c) Tali pusat terpuntir

Tali pusat dapat terpuntir karena janin di dalam kandungan terlalu banyak bergerak apalagi kalau gerakannya tidak terkontrol. Biasanya tali pusat dalam kondisi terpuntir sulit sekali dideteksi USG, sehingga saat

dibiarkan begitu saja sangat berbahaya bagi janin. Tali pusat terpuntir dapat menyebabkan aliran darah terjepit, sehingga berdampak buruk dan dapat mengganggu sirkulasi ibu ke janin.

d) Prolaps tali pusat

Prolaps tali pusat adalah kondisi di mana tali pusat keluar dari vagina pada saat kantung ketuban pecah sebelum bayi memasuki jalan lahir. Kelainan tali pusat ini bisa terjadi 1:300 dari kelahiran bayi yang ada. Hal ini menyebabkan gangguan sirkulasi dari ibu ke janin.

c. Diagnosis

Untuk dapat mendiagnosa gawat janin dapat ditetapkan dengan melakukan pemeriksaan sebagai berikut :

1) Denyut jantung janin

- a) DJJ meningkat 160 kali permenit tingkat permulaan.
- b) Mungkin jumlah sama dengan normal, tetapi tidak teratur.
- c) Frekuensi denyut jantung janin menurun  $< 100$  kali permenit, apalagi disertai irama yang tidak teratur.

2) Mekonium dalam air ketuban

Pengeluaran mekonium pada letak kepala menunjukkan gawat janin, karena terjadi rangsangan *nervus X*, sehingga peristaltik usus meningkat dan sfingter ani terbuka ( Manuaba, 2010 ).

### 3) Pernapasan

Awalnya hanya sedikit nafas. Sedikit nafas ini dimaksudkan untuk mengembangkan paru, tetapi bila paru mengembang saat kepala masih dijalan lahir, atau bila paru tidak mengembang karena suatu hal, aktivitas singkat ini akan diikuti oleh henti napas komplit. Kejadian ini disebut apnue primer ( drew, 2009 ).

### 4) Usia Ibu

Umur ibu pada waktu hamil sangat berpengaruh pada kesiapan ibu sehingga kualitas sumber daya manusia makin meningkat dan kesiapan untuk menyehatkan generasi penerus dapat terjamin. Kehamilan di usia muda/remaja (dibawah usia 20 tahun) akan mengakibatkan rasa takut terhadap kehamilan dan persalinan, hal ini dikarenakan pada usia tersebut ibu mungkin belum siap untuk mempunyai anak dan alat-alat reproduksi ibu belum siap untuk hamil. Begitu juga kehamilan di usia tua ( diatas 35 tahun ) akan menimbulkan kecemasan terhadap kehamilan dan persalinannya serta alat-alat reproduksi ibu terlalu tua untuk hamil ( Wiknjosastro, 2007 ).

### 5) Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan yang telah dilakukan ibu. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman di tinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas lebih dari 4

mempunyai angka kematian maternal yang disebabkan perdarahan pasca persalinan lebih tinggi. Paritas yang rendah ( paritas satu ), ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan yang pertama merupakan faktor penyebab ketidakmampuan ibu hamil dalam menangani komplikasi yang terjadi dalam kehamilan, persalinan dan nifas ( Wiknjosastro, 2007 ).

Paritas 1 beresiko karena ibu belum siap secara medis ( organ reproduksi ) maupun secara mental. Hasil penelitian menunjukkan bahwa primiparity merupakan faktor resiko yang mempunyai hubungan yang kuat terhadap mortalitas asfiksia, sedangkan paritas di atas 4, secara fisik ibu mengalami kemunduran untuk menjalani kehamilan. Keadaan tersebut memberikan predisposisi untuk terjadi perdarahan, plasenta previa, rupture uteri, solutio plasenta yang dapat berakhir dengan terjadinya asfiksia bayi baru lahir (Purnamaningrum, 2010).

#### 6) Lama Persalinan

Menurut tinjauan teori beberapa keadaan pada ibu dapat menyebabkan aliran darah ibu melalui plasenta berkurang, sehingga aliran oksigen ke janin berkurang yang dapat menyebabkan terjadi asfiksia pada bayi baru lahir yaitu partus lama atau partus macet dan persalinan sulit, seperti letak

sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vacum dan vorcep (JNPK-KR, 2008).

Pada multigravida tahapannya sama namun waktunya lebih cepat untuk setiap fasenya. Kala 1 selesai apabila pembukaan servik telah lengkap, pada multigravida berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam (sulistyawati, esti, 2010).

d. Klasifikasi dan Gejala (Dewi, 2011)

1) Asfiksia berat (nilai APGAR 0-3)

- a) Frekuensi jantung kecil, yaitu < 40 per menit.
- b) Tidak ada usaha napas.
- c) Tonus otot lemah bahkan hampir tidak ada.
- d) Bayi tampak pucat bahkan sampai berwarna kelabu.
- e) Terjadi kekurangan oksigen yang berlanjut sebelum atau sesudah persalinan.

2) Asfiksia sedang (nilai APGAR 4-6)

- a) Frekuensi jantung menurun menjadi 60-80 kali permenit.
- b) Usaha nafas lambat.
- c) Tonus otot biasanya dalam keadaan baik.
- d) Bayi masih bereaksi terhadap rangsangan yang diberikan.
- e) Bayi tampak sianosis.
- f) Tidak terjadi kekurangan oksigen yang bermakna selama proses persalinan.



- 3) Asfiksia ringan ( nilai APGAR 7-10 )
- a) Bayi tampak sianosis.
  - b) Adanya retraksi sela iga.
  - c) Bayi merintih.
  - d) Adanya pernafasan cuping hidung.
  - e) Bayi kurang aktifitas.

Tabel 2.1 Skor APGAR

Tanda	0	1	2
Frekuensi Jantung	Tidak ada	<100/menit	> 100x/menit
Tonus Otot	Tidak ada	Pelan, ireguler	Baik, Menangis
Pernafasan	Lemah	Ada fleksi	Gerak aktif
Refleks	Tidak ada	Menyeringai	Batuk, bersih, Menangis
Warna kulit	Biru Pucat	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh merah

Sumber : ( Icesmi, dkk 2017 ).

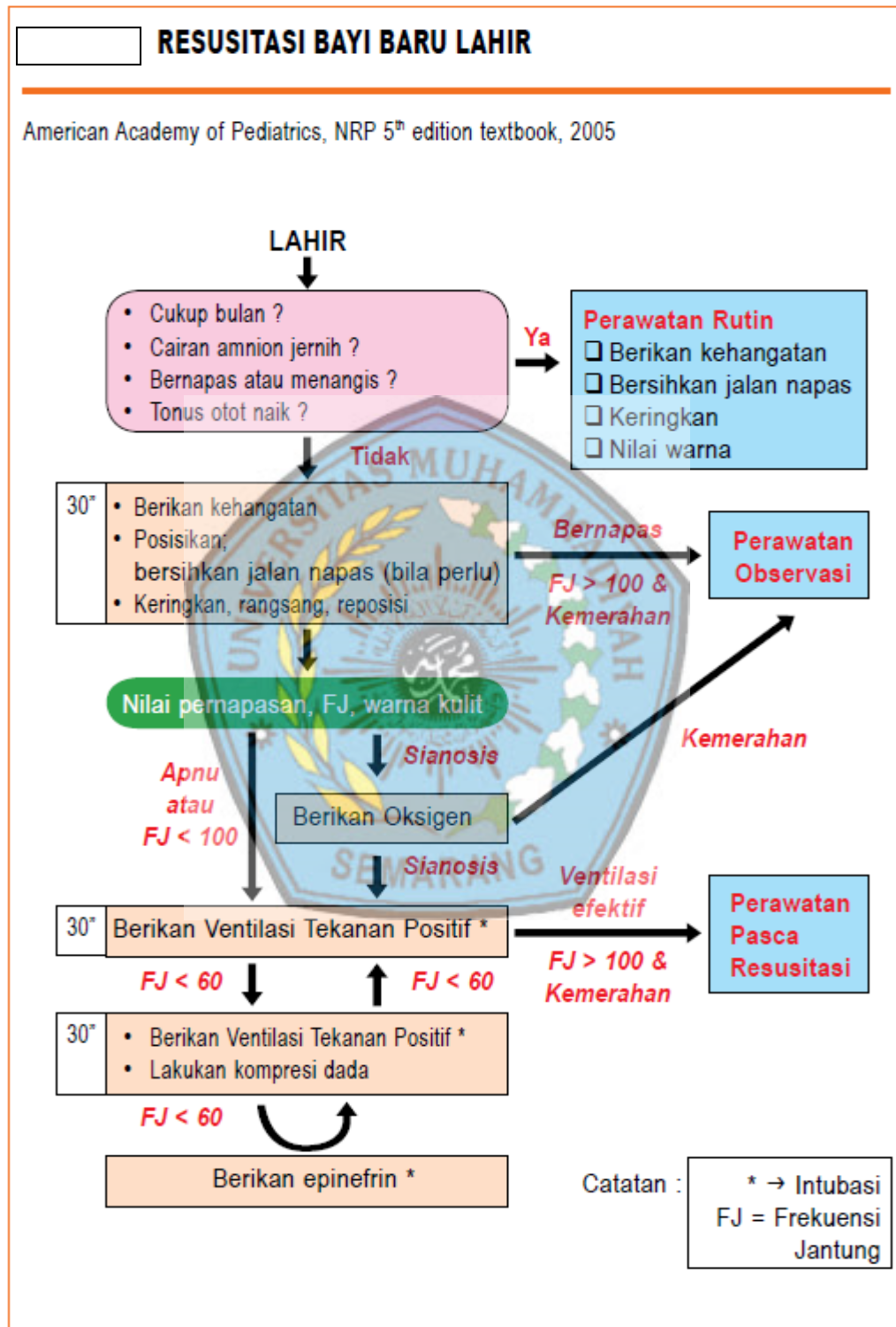
Nilai APGAR diukur pada menit pertama dan kelima setelah kelahiran. Pengukuran pada menit pertama digunakan untuk menilai bagaimana ketahanan bayi melewati proses persalinan. Pengukuran pada menit kelima menggambarkan sebaik apa bayi dapat bertahan setelah keluar dari rahim ibu. Pengukuran nilai APGAR dilakukan untuk menilai apakah bayi membutuhkan bantuan nafas atau mengalami kelainan jantung (Prawirohardjo, 2010).

Resusitasi merupakan sebuah upaya menyediakan oksigen ke otak, jantung dan organ-organ vital lainnya melalui sebuah tindakan yang meliputi pemijatan

jantung dan menjamin ventilasi yang adekuat. Tindakan ini merupakan tindakan kritis yang dilakukan pada saat terjadi keagatdaruratan terutama pada sistem pernafasan dan sistem kardiovaskuler kegawatdaruratan pada kedua sistem tubuh ini dapat menimbulkan kematiandalam waktu yang singkat (sekitar 4-6 menit) ( Rilantono, 2010 ).



Bagan 2.1 Resusitasi Bayi Baru Lahir



Sumber : American Academy of Pediatrics (APP), 2005.

Tabel.2.2 Keputusan Untuk Melakukan Resusitasi Bayi Baru Lahir

1. PENILAIAN	<p>A. Sebelum bayi lahir</p> <p>a) Apakah bayi cukup bulan ?</p> <p>b) Apakah air ketuban jernih,tidak bercampur mekonium(warna kehijauan) ?</p> <p>B. Segera setelah bayi lahir (jika bayi cukup bulan) :</p> <p>a) Menilai apakah bayi menangis atau bernapas / tidak megap-megap ?</p> <p>b) Menilai apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif ?</p>
2. KEPUTUSAN	<p>Memutuskan bayi perlu resusitasi jika :</p> <p>a. Bayi tidak cukup bulan dan atau</p> <p>b. Air ketuban bercampur mekonium dan atau</p> <p>c. Bayi megap-megap / tidak bernapas dan atau</p> <p>d. Tonus otot bayi tidak baik atau bayi lemas</p>
3. TINDAKAN	<p>Mulai lakukan resusitasi jika :</p> <p>a. Bayi tidak cukup bulan dan atau bayi megap-megap atau tidak bernapas dan atau tonus otot bayi tidak baik atau bayi lemas</p> <p>b. Air ketuban bercampur mekonium</p>

Sumber : APN, 2008.

e. Manajemen Resusitasi / Tahapan Resusitasi (*Buku Acuan Midwifery Update, 2016*)

Langkah Awal ( 30 detik ) yang terdiri dari :

- 1) Hangatkan bayi dibawah pemancar panas atau lampu.
- 2) Posisikan kepala bayi sedikit ekstensi.
- 3) Isap lendir dari mulut kemudian hidung.

- 4) Keringkan bayi sambil merangsang taktil dengan menggosok punggung atau menyentil ujung jari kaki dan mengganti kain yang basah dengan yang kering.
- 5) Reposisi kepala bayi.
- 6) Nilai bayi : usaha nafas, menangis, tonus otot baik.
- 7) Bila bayi tidak bernafas dan frekuensi jantung  $< 100$  dilakukan ventilasi tekanan positif (VTP) dengan memakai balon dan sungkup selama 30 detik dengan kecepatan 20 - 30 kali.
- 8) Nilai bayi : usaha nafas, warna kulit dan denyut jantung.
- 9) Bila belum bernafas dan denyut jantung, 60 x/ menit lanjutkan VTP dengan kompresi dada secara terkoordinasi selama 30 detik dengan perbandingan 3 : 1 ( 3 x kompresi, 1 x VTP ).
- 10) Nilai bayi : usaha nafas, warna kulit dan denyut jantung.
- 11) Bila denyut jantung  $< 60$  x / menit, beri epinefrin dan lanjutkan VTP dan kompresi dada (dilakukan dalam tim).
- 12) Bila denyut jantung  $> 60$  x /menit kompresi dada dihentikan VTP dilanjutkan.

**“JANGAN MEMBERIKAN O<sub>2</sub> NASAL JIKA BAYI BELUM BERNAFAS”.**

f. Penanganan pada bayi Asfiksia Neonatorum

Penanganan Asfiksia pada Bayi Baru Lahir Menurut Purnamaningrum, ( 2010 ).

1) Penanganan Asfiksia Ringan :

- a) Nilai keadaan bayi.
- b) Mencuci tangan pada air mengalir dan memakai sarung tangan steril.
- c) Mencegah kehilangan panas pada bayi dengan cara mengeringkan tubuh bayi dan membungkus bayi dengan kain yang bersih dan kering kecuali muka dan dada.
- d) Mengatur posisi bayi sedikit ekstensi dengan mengganjal bahu bayi dengan kain.
- e) Membersihkan jalan nafas dengan mengisap lendir menggunakan Dee-Lee, masukkan Dee-Lee 3-5 cm pada bagian mulut dan 2-3 cm pada bagian hidung.
- f) Berikan asuhan bayi baru lahir normal.

2) Penanganan Asfiksia Sedang

- a) Nilai keadaan bayi.
- b) Mencuci tangan pada air mengalir dan memakai sarung tangan steril.
- c) Mencegah kehilangan panas pada bayi dengan cara mengeringkan tubuh bayi dan membungkus bayi



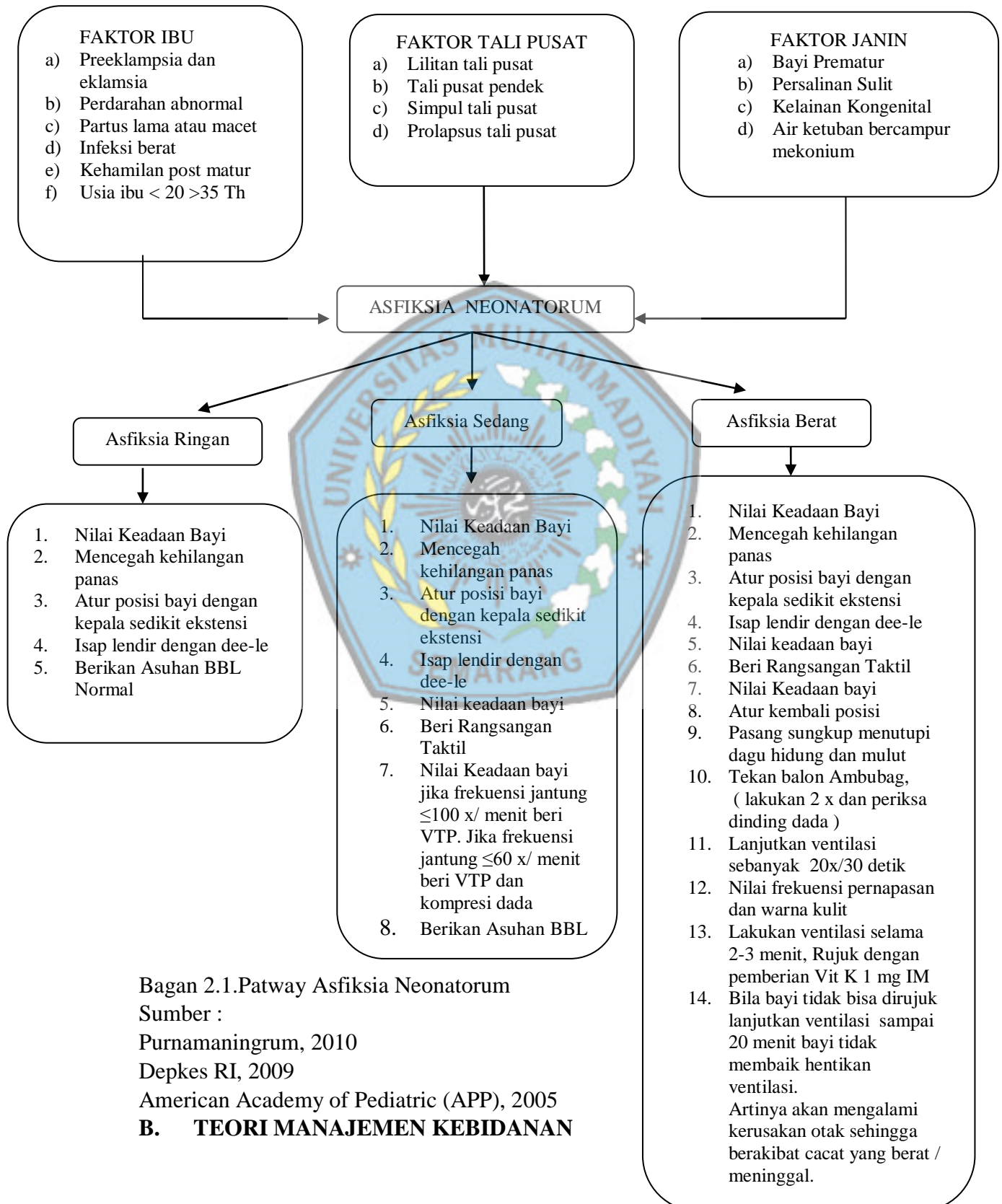
dengan kain yang bersih dan kering kecuali muka dan dada.

- d) Mengatur posisi bayi sedikit ekstensi dengan mengganjal bahu bayi dengan kain.
  - e) Membersihkan jalan nafas dengan mengisap lendir menggunakan Dee-Lee, masukkan Dee-Lee 3-5 cm pada bagian mulut dan 2-3 cm pada bagian hidung.
  - f) Nilai keadaan bayi.
  - g) Berikan rangsangan taktil dengan cara menggosok punggung bayi dan menepuk telapak kaki bayi.
  - h) Nilai kembali keadaan bayi bila frekuensi jantung < 100 x/mnt.
  - i) Lakukan VTP
  - j) Berikan oksigen 1-2 liter/menit.
  - k) Nilai kembali keadaan bayi, bila frekuensi jantung > 100 x/mnt.
  - l) Berikan asuhan bayi baru lahir normal.
- 3) Penanganan Asfiksia Berat
- a) Nilai keadaan bayi.
  - b) Mencuci tangan pada air mengalir dan memakai sarung tangan steril.
  - c) Mencegah kehilangan panas pada bayi dengan cara mengeringkan tubuh bayi dan membungkus bayi

dengan kain yang bersih dan kering kecuali muka dan dada.

- d) Mengatur posisi bayi sedikit ekstensi dengan mengganjal bahu bayi dengan kain.
- e) Membersihkan jalan nafas dengan mengisap lendir menggunakan Dee-Lee, masukkan Dee-Lee 3-5 cm pada bagian mulut dan 2-3 cm pada bagian hidung.
- f) Nilai keadaan bayi.
- g) Berikan rangsangan taktil dengan cara menggosok punggung bayi dan menepuk telapak kaki bayi.
- h) Berikan oksigen 1-2 liter/menit.
- i) Nilai kembali keadaan bayi.
- j) Periksa alat – alat resusitasi.
- k) Atur kembali posisi bayi.
- l) Pasang sungkup menutupi dagu, hidung dan mulut.
- m) Tekan balon ambubag. Lakukan sebanyak 2x dan periksa gerakan dinding dada.
- n) Lanjutkan ventilasi sebanyak 20 x 30 detik.
- o) Nilai frekuensi pernafasan bayi dan warna kulit bayi.
- p) Lakukan ventilasi selama 2 - 3 menit, jika belum membaik lakukan perujukan.
- q) Jika setelah 20 menit dilakukan ventilasi keadaan bayi belum membaik hentikan ventilasi.

### 3. PATHWAY ASFIKSIA NEONATORUM



Bagan 2.1. Patway Asfiksia Neonatorum

Sumber :

Purnamaningrum, 2010

Depkes RI, 2009

American Academy of Pediatric (APP), 2005

**B. TEORI MANAJEMEN KEBIDANAN**

## 1. Pengertian

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah melalui penemuan. Ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Varney, 2007).

## 2. Proses Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan 7 langkah, meliputi

### a. Langkah I : Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal yang dipakai dalam penerapan asuhan kebidanan pada pasien (Varney, 2007). Menurut Varney (2007), pada analisis untuk mengevaluasi keadaan meliputi :

1) Data Subyektif Adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi dan kejadian. Informasi tersebut dapat ditentukan dengan informasi atau komunikasi ( Nursalam, 2008 ).

#### a) Biodata

Menurut Nursalam (2008), pengkajian biodata antara lain :

- (1) Nama bayi : untuk mengenal pasien.
- (2) Tanggal lahir : untuk mengetahui kapan bayi lahir
- (3) Jenis kelamin : untuk mengetahui jenis kelamin yang dilahirkan.
- (4) Nama orang tua : untuk mengetahui identitas orang tua bayi.

- (5) Umur : untuk mengetahui faktor dan tingkat kesuburan.
- (6) Agama : berguna untuk memberi motivasi pasien sesuai dengan agamanya.
- (7) Pendidikan : untuk mengetahui tingkat pendidikan yang nantinya penting dalam memberikan KIE.
- (8) Pekerjaan : untuk mengetahui keadaan sosial ekonomi.
- (9) Alamat : untuk mengetahui tempat tinggal.
- b) Keluhan utama Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan pasien saat pemeriksaan (Varney, 2007).  
 Pasien dengan Asfiksia Sedang, mengeluh keadaan bayi lemah, bayi tidak menangis spontan (Arief, 2009).
- c) Riwayat kehamilan sekarang  
 Yang perlu dikaji adalah tanggal hari pertama haid terakhir, masalah dan kelainan pada kehamilan sekarang, pemakaian obat-obatan, keluhan selama hamil (Saifuddin, 2004).
- d) Riwayat penyakit kehamilan Untuk mengetahui apakah saat ini sedang menderita suatu penyakit, atau pernah menderita penyakit sistemik seperti jantung, ginjal, asma / TBC, hepatitis, DM, hipertensi, epilepsy dan lain-lain. Serta untuk

mengetahui apakah ada riwayat penyakit keluarga, riwayat keturunan kembar, dan riwayat operasi (Wiknjosastro, 2006).

e) Kebiasaan ibu waktu hamil

- (1) Pola Nutrisi Dikaji untuk mengetahui apakah ibu hamil mengalami gangguan nutrisi atau tidak, pada pola nutrisi yang perlu dikaji meliputi frekuensi, kualitas, keluhan, makanan pantangan (Manuaba, 2008).
- (2) Pola Eliminasi Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAB dan BAK adalah kaitannya dengan obstipasi atau tidak (Mufdlilah, 2009).
- (3) Pola Istirahat Istirahat merupakan kebiasaan yang dianjurkan bagi kehamilannya (Mufdlilah, 2009).
- (4) Pola seksualitas Untuk mengetahui berapa kali ibu melakukan hubungan suami istri dalam seminggu, ada keluhan atau tidak (Varney, 2007).
- (5) Personal Hygiene Personal Hygiene perlu dikaji untuk mengetahui tingkat kebersihan Pasien. Kebersihan perorangan sangat penting supaya tidak terjadi infeksi kulit (Mufdlilah, 2009).

b. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini, data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan diagnosis yang spesifik (sesuai dengan “nomenklatur standar diagnosa”) dan atau masalah yang



menyertai. Dapat juga dirumuskan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Masalah dan diagnosis keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosis, tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien.

Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa.

Standar nomenklatur diagnosis kebidanan :

- 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

c. Langkah III : Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnose / masalah potensial ini benar-benar terjadi.

d. Langkah IV : Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang  
Memerlukan Penanganan Segera

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti pekerja sosial, ahli gizi atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan kebidanan.

e. Langkah V : Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, dan pada langkah ini reformasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada

masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

Dengan perkataan lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

f. Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya : memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan mengurangi waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

g. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ke-tujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang sesuai dengan masalah dan diagnosis klien, juga benar dalam pelaksanaannya. Disamping melakukan evaluasi terhadap hasil asuhan yang telah diberikan, bidan juga dapat melakukan evaluasi terhadap proses asuhan yang telah diberikan. Dengan harapan, hasil evaluasi proses sama dengan hasil evaluasi secara keseluruhan.

**C. TEORI HUKUM KEWENANGAN BIDAN**

1. Bidan dalam menjalankan prakteknya diberi kewenangan yang diatur dalam peraturan menteri kesehatan republic Indonesia No.28 Tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik Bidan :
  - a. Pasal 18 Dalam Penyelenggaraan praktik kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :
    - 1) Pelayanan kesehatan Ibu.
    - 2) Pelayanan kesehatan Anak.
    - 3) Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan, dan Keluarga Berencana.

b. Pasal 20 huruf b

- 1) Pelayanan Kesehatan Anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf b di berikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita dan anak pra sekolah.
- 2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1). Bidan berwenang melakukan :
  - a) Pelayanan neonatal esensial.
  - b) Penanganan kegawat daruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
  - c) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
  - d) Konseling dan penyuluhan.
  - e) Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan vit K1, pemberian imunisasi Hb0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
  - f) Penanganan kegawat daruratan, dilanjutkan dengan perujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi :
    - (1) Penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan napas, ventilasi tekanan positif, dan atau kompresi jantung.

- (2) Penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitas dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kanguru
- (3) Penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alcohol atau povidone iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering.
- (4) Membersihkan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore.
- (5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak pra sekolah, sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkaran kepala.
- (6) Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI Eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

2. Keputusan Menteri Kesehatan (KEPMENKES NO 369/Menkes/Kes/111/2007) tentang standard profesi bidan meliputi :

- a. Pelayanan Kebidanan



Pelayanan kebidanan adalah bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan yang telah terdaftar yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau rujukan.

Layanan kolaborasi : adalah layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau dari salah satu sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan.

b. Falsafah Kebidanan tentang keyakinan fungsi profesi dan manfaat.

Mengupayakan kesejahteraan ibu dan bayinya, proses fisiologis harus dihargai, didukung dan dipertahankan. Bila timbul penyulit, dapat menggunakan teknologi tepat guna dan rujukan yang efektif, untuk memastikan kesejahteraan perempuan, janin atau bayi.

c. Asuhan pada bayi baru lahir

Kompetensi ke-6 bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan satu bulan.

- 1) Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan diluar uterus.
- 2) Kebutuhan dasar bayi baru lahir seperti kebersihan jalan napas, perawatan tali pusat, kehangatan, nutrisi dan bonding attachmen.
- 3) Indikator pengkajian bayi baru lahir seperti APGAR.
- 4) Penampilan dan perilaku bayi baru lahir.
- 5) Tumbuh kembang yang normal pada bayi baru lahir selama satu tahun.