

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi baru dilahirkan dengan berat pada saat kelahiran kurang dari 2.500 gram (WHO, 2022). Bayi Berat Lahir Rendah seringkali dikaitkan dengan sindrom gangguan pernafasan, hipotermi, perdarahan intra kranial, hiperbilirubinemia dan hipoglikemia, yang disebabkan oleh daya hisap bayi lemah sehingga intake nutrisi tidak adekuat. Bayi berat badan lahir rendah memiliki mekanisme menghisap dan menelan yang belum berkembang maksimal, sebagaimana dikemukakan oleh Johnston 2003 dalam (Syaiful et al., 2019). Keterlambatan menyusui, berat badan rendah dan dehidrasi pada minggu awal kelahiran semuanya terkait dengan timbulnya masalah pemberian nutrisi oral secara prematur yang disebabkan oleh pengembangan menghisap bayi BBLR yang belum matang. Ketidakmampuan bayi untuk berhasil menyusu akan berlangsung sampai sistem saraf dan otot mulutnya mulai berkembang sepenuhnya (Nomita, 2022). Untuk memenuhi nutrisi bayi BBLR yang belum sempurna system neurologisnya, pemberian nutrisi untuk sementara waktu dibantu dengan menggunakan orogastric tube (OGT) sampai bayi dapat menyusu langsung atau sudah matang reflek hisapnya (Shafa & Triana, 2022). Inilah sebabnya mengapa penting untuk melatih bayi BBLR menghisap langsung saat menyusui dengan memberikan stimulasi oral. Teknik oro motor stimulasi (perioral dan Intraoral) dapat diterapkan sebagai intervensi keperawatan untuk meningkatkan kemampuan menghisap pada bayi BBLR (Lie et al.,2020).

Data badan kesehatan dunia (World Health Organization), menyatakan bahwa prevalensi bayi dengan BBLR di dunia yaitu 15,5% atau sekitar 20 juta bayi yang lahir setiap tahun, sekitar 96,5% diantaranya terjadi di negara berkembang, dengan cakupan pemberian ASI Eksklusif hanya sebesar 36% (WHO, 2018). Menurut data Riskesdas tahun 2018, mencatat bahwa proporsi bayi dengan BBLR di Indonesia sebesar 6,2%, dengan proporsi pola pemberian ASI

sebanyak 37,3% ASI eksklusif, 9,3% ASI parsial, dan 3,3% ASI predominan (World et al., 2018). Artinya pemberian ASI eksklusif di Indonesia masih jauh dari harapan. Angka tersebut masih jauh di bawah rekomendasi WHO (Badan Kesehatan Dunia) sebesar 50%. Kejadian BBLR di Jawa Timur di tahun 2022 mencapai 3,4% dari keseluruhan angka kelahiran yang ada, yaitu mencapai 21.544 bayi yang tersebar diseluruh wilayah kota/kabupaten (DEPKES, 2022) dengan proporsi pola pemberian ASI ASI Eksklusif sebanyak 40,05%, ASI predominan sebanyak 12,01%, dan ASI parsial sebanyak 1,45% (Kesehatan BPPK Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan, 2018). Angka ini belum mencapai dari target cakupan ASI eksklusif yang ditetapkan oleh pemerintah, yaitu 80% (Statistik, 2018). Sedangkan khusus wilayah Kabupaten Pasuruan angka kejadian BBLR di tahun 2020 masih tinggi yaitu sebanyak 680 kasus yang terbagi menjadi beberapa kategori, kategori bayi berat badan lahir amat sangat rendah / BBLASR atau berat badan kurang dari 1.000 gram sebesar 12%, kategori bayi berat badan lahir sangat rendah (BBLSR) dengan berat badan 1.000 gram – 1.500 gram sebesar 22% dan prosentase terbanyak sebesar 66% kategori BBLR dengan berat badan 1500 gram sampai 2.500 gram, dengan cakupan bayi yang mendapat ASI Eksklusif di Kabupaten Pasuruan tahun 2020 sebesar 76.2% (Profil Dinkes Kabupaten Pasuruan, 2020). Masih belum tercapainya targer pencapaian pemberian ASI baik diwilayah global maupun regional secara garis besar dipengaruhi kondisi fisik bayi-bayi yang terlahir dengan BBLR, dengan keterbatasan fungsi organ yang dimiliki (World et al., 2018).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Ruang Perinatologi RSUD Bangil pada bulan September hingga Desember tahun 2023, didapatkan jumlah bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah sebanyak 118 bayi (55%) dari jumlah keseluruhan kelahiran bayi 214 kasus baik secara spontan maupun Sectio Caesarea. Dari keseluruhan jumlah BBLR, yang mengalami masalah dengan *oral feeding* sebanyak 80% dari jumlah BBLR yang ada yaitu sebanyak 94 bayi dengan kemampuan menghisap yang beragam, ada yang reflex hisapnya sudah ada tetapi masih sangat lemah sekali, ada yang reflex hisapnya lemah meskipun ibu bayi rajin memberikan ASI secara langsung, bahkan lebih dari separuhnya (sebanyak 50 bayi BBLR) reflex hisapnya baru muncul setelah

beberapa hari perawatan dengan menetek langsung kepada ibunya sehingga memperpanjang hari perawatan hingga bayi benar-benar siap untuk dipulangkan.

Bayi berat badan lahir rendah memiliki tiga gerak reflek bayi, yaitu reflek hisap dan menelan, reflek morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan, dan reflek graps atau menggenggam. BBLR belum mempunyai kemampuan minum yang adekuat. Ketidakmampuan minum pada BBLR disebabkan oleh kemampuan otot menghisap masih lemah, kemampuan oral belum stabil, dan penyebab yang berhubungan dengan gangguan neurologi pada keefektifan refleks menghisap, menelan, dan bernafas pada BBLR dipengaruhi oleh kematangan terhadap struktur otak dan saraf kranial (Da Costa, Van den Engel Hoek dan Bos, 2018).

Kurang matangnya perkembangan menghisap pada bayi BBLR ditandai dengan munculnya permasalahan oral feeding yang akan menyebabkan keterlambatan dalam menyusui, berat badan lahir rendah, dan dehidrasi selama awal Minggu pasca kelahiran. Kelemahan menghisap ini dikaitkan dengan kematangan struktur saraf bayi dan kekuatan otot mulut. Salah satu upaya untuk membantu bayi berat badan lahir rendah adalah dengan pemberian ASI langsung, namun bayi berat badan lahir rendah terdapat kelemahan daya hisap. Untuk mengatasi hal ini maka diupayakan untuk memberikan stimulasi oral terhadap refleks hisap yaitu melatih oral untuk dapat menghisap secara langsung pada saat memberikan ASI.

Pemberian stimulasi oral didukung hasil penelitian yang dilakukan oleh Ely Nurhayan (2022) di Ruang NICU Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan yang menunjukkan hasil terdapat perbedaan reflek hisap bayi sebelum dilakukan oral motor dan sesudah dilakukan oral motor atau terdapat pengaruh dilakukan oral motor terhadap reflek hisap pada bayi BBLR, dengan bantuan program komputer spss versi 16.0 dengan $n=35$ di dapat t hitung -16.233 dan $p=0,000$ dimana <0.05 maka H_1 diterima, artinya terdapat pengaruh yang signifikan antara oral motor pada bayi BBLR terhadap reflek hisap bayi. Penelitian lain yang dilakukan Heri Saputro & Feri Megawati (2019) menunjukkan refleks hisap bayi BBLR sebelum dilakukan stimulasi oral di IRNA Mawar RSUD dr. Iskak Tulungagung dari 30 responden, semua bayi BBLR mengalami refleks hisap lemah (100%), sedangkan dilakukan stimulasi oral memberikan efektifitas pada

bayi BBLR dengan reflek hisap kuat sebesar 23 bayi (76,7%). Uji statistic menggunakan Paired Sample T-Test diperoleh nilai p value = 0,000 < 0,05 α sehingga H0 ditolak dan H1 diterima.

Metode stimulasi oral yaitu dengan melalui sentuhan dan stimulasi terutama jaringan otot daerah sekitar mulut dapat meningkatkan peredaran darah, meningkatkan fungsi otot, merangsang refleks hisap pada bayi berat badan lahir rendah, merangsang nervus bagus sehingga merangsang timbulnya lapar. Efek inilah yang menyebabkan refleks hisap bayi semakin meningkat, sehingga stimulasi oral ini sangat bermanfaat untuk meningkatkan kekuatan refleks hisap bayi berat badan lahir rendah yang mempunyai ketidak maturan dalam sistem persarafan dan fungsi organ sehingga refleks - refleks tersebut menjadi lemah.

Hal inilah yang menjadi latar belakang penulisan KIAN untuk mencoba mengkaji dan mengintervensi secara lebih dalam terkait penerapan oromotor stimulasi terhadap kemampuan hisap bayi BBLR dalam mengatasi masalah menyusui tidak efektif.

1.2 TINJAUAN PUSTAKA

Pada sub bab ini akan diuraikan tentang konsep Oro Motor Stimulasi, konsep BBLR, dan konsep Asuhan Keperawatan BBLR, dan Konsep Asuhan Keperawatan Menyusui tidak Efektif.

1.2.1 Konsep Oro Motor Stimulasi

1.2.1.1 Definisi Oro Motor Stimulasi

Oral motor adalah koordinasi dan pergerakan jaringan keras, jaringan lunak, sistem vaskular, dan kontrol saraf daerah wajah dan mulut yang membentuk fungsi oral motor. Koordinasi struktur ini sangat penting dalam fungsi berbicara, mengunyah, dan menelan dengan berbagai macam tekstur makanan. Meskipun sistem ini lebih maju dibandingkan dengan sistem motorik lainnya (merespons terhadap rangsangan sentuhan sejak minggu ketujuh kehamilan), penyempurnaan lengkap kemampuan tersebut tercapai hingga usia enam atau tujuh tahun. Dalam proses ini, kontrol motorik berperan sebagai faktor sentral.

Kontrol motorik digambarkan berdasarkan model perkembangan fungsi saraf dari sudut pandang perkembangan sistem saraf dan kontrol hierarkis yang

tersedia di dalamnya. Proses tersebut melibatkan serangkaian organisasi dan koordinasi gerakan fungsional, beberapa di antaranya merupakan karakteristik mekanisme fisiologis dan yang lainnya merupakan mekanisme psikologis. Banyak gerakan oral motor yang memungkinkan makan dan minum serta digunakan dalam komunikasi lisan. Area anatomi mulut, lidah, rahang, dan bibir merupakan bagian integral dalam proses bicara serta dalam mengunyah dan menelan.

Oro motor stimulasi sendiri dapat didefinisikan sebagai suatu sentuhan dan pijatan pada jaringan otot daerah sekitar mulut untuk melancarkan peredaran darah dan merangsang syaraf-syaraf yang akan memberikan pengaruh yang positif. Intervensi oral motor atau stimulasi oral didefinisikan sebagai stimulasi sensoris pada bibir, rahang, lidah, palatum lunak, faring, laring, dan otot-otot respirasi yang berpengaruh didalam mekanisme orofaringeal. Stimulasi sensoris pada struktur oral ini dapat meningkatkan kemampuan struktur oral dalam proses menghisap (sucking) dan menelan (swallow) (Lyu, 2014).

1.2.1.2 Perkembangan Oro Motor

Kemampuan oral motor melibatkan fungsi bibir, pipi, rahang, dan lidah, yang semuanya memainkan peran besar dalam perkembangan anak dan sangat penting dalam proses bicara dan makan.

1) Bernapas

Dari sudut pandang fungsional, struktur sistem pernapasan dapat dibagi menurut aliran udara dalam dua zona: zona konduksi dan zona pernapasan. Juga, itu terdiri dari dua tahap yaitu inspirasi dan ekspirasi. Inspirasi (masuknya udara ke paru-paru) dilakukan melalui alpha motor neuron, yang merangsang kontraksi diafragma dan otot interkostal eksternal. Ketika diafragma berkontraksi, diafragma turun, meningkatkan diameter cephalocaudal toraks dan kontraksi otot interkostal eksternal yang menggerakkan tulang rusuk ke luar dan ke atas, yang meningkatkan ukuran anteroposterior tulang rusuk. Ekspirasi, dalam kondisi normal, dilakukan secara pasif karena sifat elastis rongga dada. Gerakan ekspirasi dimulai dengan relaksasi otot-otot inspirasi, yang mengurangi diameter toraks dan meningkatkan tekanan intra-alveolar, dengan cara ini memungkinkan

keluarnya udara dari paruparu. Komponen lain yang berhubungan langsung dengan respirasi meliputi keseluruhan tubuh, posisi kepala dan rahang.

2) Menelan

Menelan telah didefinisikan sebagai urutan kontraksi otot terkoordinasi yang membawa bolus atau cairan pencernaan dari rongga mulut ke lambung. Menelan adalah aktivitas neuromuskular yang kompleks dan terintegrasi. Pematangan proses oral ini terdiri dari penyempurnaan fungsi faring dan laring yang secara langsung bergantung pada stabilitas, kemampuan sensorimotor, dan koordinasi dengan respirasi. Selama kontrol menelan, tiga jenis variasi tekanan positif dan negatif yang mempengaruhi bolus yang termasuk: a) tekanan positif dan negatif yang berhubungan dengan otot-otot mulut, faring, dan kerongkongan; b) pengisian dan pengosongan bolus ke dalam saluran; dan c) tekanan yang berhubungan dengan respirasi, termasuk variasi tekanan subglotis. Menelan dengan normal termasuk pola primitif dan dewasa, yang mematuhi klasifikasi ontogenetik. Dalam pola primitif, orang hanya mampu menyelesaikan satu urutan menelan/menghisap setiap napas. Sedangkan pada model dewasa, orang dapat menyelesaikan dua kali atau lebih saat menelan setiap napas (menelan berturut-turut). Dalam pengertian ini, lima fase menelan dapat dibedakan: tahap antisipatif (memasukkan makanan ke dalam mulut), tahap persiapan (memanipulasi makanan di mulut dengan gigi), tahap oral atau tahap lingual, tahap faring, dan tahap esofagus.

3) Mengisap

Mengisap dikenal sebagai fase pertama menelan cairan atau padatan lunak. Kondisi ini juga dapat menjadi bagian dari fase menelan tahap oral. Dengan demikian, hal tersebut menyiratkan proses ritmik yang berasal dari 35 rahim dan dianggap sebagai refleks setelah lahir yang harus dimulai dengan mudah dengan ritme, dukungan, kekuatan, dan frekuensi. Proses ini dimulai dengan kontak mulut bayi dengan payudara, susu botol, jari, atau bahkan mainan. Dua proses terakhir terkait dengan non-nutritive sucking yang dapat menenangkan bayi dan mengarah pada pengorganisasian tubuhnya. Dalam perkembangan infantil pola mengisap, ada dua fase diidentifikasi yaitu menyusu dan mengisap.

4) Menggigit dan mengunyah

Menggigit didefinisikan sebagai refleks protektif yang dapat dipicu oleh serangkaian rangsangan termasuk: rangsangan penciuman dan visual; menyentuh sepertiga posterior palatum, permukaan palatal atau lingual gusi, faring; stimulasi saraf vagal di saluran usus, atau stimulasi kanalis semisirkularis di telinga bagian dalam dari gerakan cepat kepala atau tubuh. Menggigit diperlukan untuk melindungi tubuh dari rangsangan yang tidak dikenal atau negatif. Dua jenis menggigit dijelaskan: menggigit phasic dan menggigit dengan gerakan vertikal. Tindakan menggigit, menggiling, dan mengunyah makanan adalah tindakan fisiologis kompleks yang melibatkan aktivitas neuromuskular dan pencernaan. Seperti fase persiapan deglutisi, menelan dapat berlangsung secara memadai dan tanpa tekanan kompensasi karena proses pengunyahan yang efisien. Fungsi pengunyahan memiliki perkembangan bertahap yang tergantung pada pola pertumbuhan, perkembangan dan pematangan kompleks kraniofasial, sistem saraf pusat, dan panduan oklusal dari pendekatan yang tegas dan berirama dari lengkungan osteo-dental. Dalam proses ini, gerakan di tiga bidang ruang dilakukan: membuka, menutup, protrusi, retraksi, dan gerakan rotasi yang unik untuk pengunyahan. Pengunyahan dilakukan dimulai dengan membuka rahang disertai dengan penangkapan makanan melalui over bite vertikal di mana gigi seri memotong sepotong makanan. Sistem saraf pusat dan fungsi proprioseptifnya secara otomatis memprogram menurut informasi sensorik sebelumnya yang diambil oleh subjek, pembukaan rahang dan kekuatan gigi seri yang diperlukan untuk menelan setiap makanan.

5) Berbicara

Berbicara dipahami sebagai sebuah keterampilan dengan tingkat kerumitan yang tinggi, membutuhkan beberapa tahun untuk diperoleh, dan disempurnakan pada usia dewasa. Ini juga merupakan keterampilan fungsional di mana keterampilan fisiologis dan fonologis, struktur lidah dan sistem motorik lisan secara bersamaan dengan maksud semantik dalam menghasilkan pesan

1.2.1.3 Tujuan Oro Motor Stimulasi

Stimulasi oral merupakan bentuk stimulasi sensoris yang dapat bertujuan untuk menurunkan hipersensitifitas oral, meningkatkan lingkup gerak dan kekuatan otot-otot menghisap (Fucile, 2015), dan mengaktifkan reflek yang memfasilitasi proses menghisap (Greene, 2016). Program stimulasi oral yang digunakan pada penelitian ini merupakan koombinasi dari teknik massage stroking dan tapping pada otot-otot wajah dan stimulasi struktur oral (Fucile, 2015). Metode stimulasi oro motor ini merupakan intervensi khusus yang secara umum memiliki tujuan untuk memberikan stimulasi pada bayi yang memiliki gangguan minum. Sehingga membantu mengontraksikan otot-otot wajah dan mulut serta memberikan gerakan melawan tahanan untuk menghasilkan kekuatan.

Adapun tujuan khusus dilakukan latihan Oral Motor Stimulasi secara kontinyu dalam periode tertentu, antara lain :

- 1) Untuk menguatkan lidah
- 2) Untuk meningkatkan koordinasi oral motor
- 3) Untuk meningkatkan gerak dan koordinasi lidah
- 4) Untuk meningkatkan kekuatan lidah
- 5) Untuk menguatkan lidah bagian belakang
- 6) Untuk menstimulasi otot rahang
- 7) Untuk meningkatkan stimulasi dan kesadaran oral
- 8) Untuk meningkatkan kekuatan bibir
- 9) Untuk meningkatkan kekuatan oral motor

1.2.1.2 Prosedur Oro Motor Stimulasi

Beberapa langkah yang dilakukan dalam program oro motor stimulasi adalah berikut ini :

Stimulasi Perioral

- 1) Pipi
 - Tekan pipi dengan jari telunjuk dengan lembut (8x pada masing - masing pipi).
 - Belai pipi dengan telunjuk dari dasr hidung ke arah telinga kemudian ke sudut bibir (8x setiap pipi), ulangi di sisi lain.



Gambar 1.1 *Teknik Oro Motor Stimulasi Daerah Pipi*

2) Bibir

- Tempatkan jari telunjuk dan jari tengah di tengah bibir atas dan bibir bawah, dengan cepat tapi secara lembut regangkan ke luar (8x setiap bibir).



Gambar 1.2 *Teknik Oro Motor Stimulasi Daerah Bibir*

Stimulasi Intraoral

3) Gusi

- Gosok gusi atas dengan lembut, tapi tekan kuat dari gusi bagian tengah ke arah belakang dan kembali ke pusat untuk setiap sisi gusi dengan menggunakan ujung jari telunjuk (4x setiap sisi gusi). Ulangi prosedur pada gusi bagian bawah.



Gambar 1.3 *Teknik Oro Motor Stimulasi Daerah Gusi*

4) Lidah

- Tempatkan jari kelingking di lidah dengan lembut membelai maju, gabungkan dengan tekanan ke bawah 8x jika bayi menonjolkan lidah, hanya tekanan ke bawah yang berikan.



Gambar 1.4 Teknik Oro Motor Stimulasi Daerah Lidah

5) Palatum

- Tempatkan ujung jari kelingking di tengah langit – langit belai lembut langit – langit untuk memicu reflek menghisap. Biarkan bayi menghisap jari terapis selama beberapa saat. Setelah dirasa refleks hisapnya sudah mulai kuat, jari telunjuk bisa digantikan dot selama 2 menit.



Gambar 1.5 Teknik Oro Motor Stimulasi Daerah Palatum

1.2.2 Konsep Berat Badan Lahir Rendah

1.2.2.1 Definisi

Bayi Berat Lahir Rendah/ BBLR adalah bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram (WHO,2022). BBLR adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia kehamilan. Hal ini berarti bahwa berat lahir tersebut dapat sesuai masa kehamilan atau kecil masa kehamilan yaitu apabila berat lahir kurang dari normal menurut usia kehamilan tersebut ((Kosim, 2019). Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang ketika dilahirkan mempunyai berat badan kurang dari 2500 gram. Berat lahir yang rendah dapat disebabkan oleh kelahiran prematur atau retardasi pertumbuhan intrauterin (Hockenberry dan Wilson, 2018).

1.2.2.2 Klasifikasi

Klasifikasi BBLR menurut (WHO, 2022) dapat dikelompokkan dalam beberapa kategori :

- 1) Berdasarkan Masa Gestasi
 - a. Prematuritas murni, yaitu bayi lahir dengan umur kehamilan kurang dari 37 minggu dan mempunyai berat badan sesuai dengan berat badan untuk masa kehamilan atau Neonatus Kurang Bulan – Sesuai Masa Kehamilan (NKB - SMK).
 - b. Dismaturitas, yaitu bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilan. Dismatur dapat terjadi dalam preterm, term dan post term. Dismatur ini dapat disebut juga Neonatus Kurang Bulan – Kecil untuk Mas Kehamilan (NKB – KMK), Neonatus Cukup Bulan – Kecil Masa Kehamilan (NCB – KMK), Neonatus Lebih Bulan Kecil Masa Kehamilan (NLB – KMK).
- 2) Berdasarkan berat badannya, BBLR dibagi menjadi:
 - a. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan berat lahir <2500 gram
 - b. Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) dengan berat lahir <1500 gram
 - c. Bayi Berat Lahir Extrim Rendah dengan berat lahir <1.000 gman
- 3) Berdasarkan umur kehamilan BBLR dibagi menjadi :
 - a. *Exstremely Premature* (< 28 minggu)
 - b. *Very premature*(28 sampai <32 minggu)
 - c. *Moderate to late Prematur* (32 samapi <37 minggu)

1.2.2.3 Etiologi

Menurut Hasrini,dkk (2019), faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya BBLR antar lain :

1) Faktor Ibu

a. Usia

Berdasarkan penelitian menunjukkan persentase kejadian BBLR lebih tinggi terjadi pada ibu yang berumur 35 tahun (30,0%) dibandingkan dengan yang tidak BBLR (14,2%). Hal tersebut sesuai dengan pernyataan WHO yaitu usia yang paling aman adalah 20 – 35 tahun pada saat usia reproduksi, hamil dan melahirkan.

b. Parietas

Berdasarkan penelitian ibu grandemultipara (melahirkan anak empat atau lebih) 2,4 kali lebih berisiko untuk melahirkan anak BBLR, itu dikarenakan setiap proses kehamilan dan persalinan menyebabkan trauma fisik dan psikis, semakin banyak trauma yang ditinggalkan akan menyebabkan penyulit untuk kehamilan dan persalinan berikutnya.

c. Gizi Kurang saat hamil

Ibu yang mengalami gizi kurang saat hamil menyebabkan persalinan sulit/lama, persalinan sebelum waktunya (prematurn), serta perdarahan setelah persalinan. Ibu yang memiliki gizi kurang saat hamil juga lebih berisiko mengalami keguguran, bayi lahir cacat dan bayi lahir dengan berat badan yang kurang.

d. Jarak kehamilan

Berdasarkan penelitian ibu yang memiliki jarak kelahiran < 2 tahun berisiko 3,231 kali lebih besar melahirkan anak BBLR di bandingkan dengan ibu yang memiliki jarak kelahiran > 2 tahun, itu dikarenakan pola hidup, belum menggunakan alat kontrasepsi dan ibu tidak melakukan pemeriksaan dengan rutin.

e. Pola hidup

Ibu hamil yang terkena paparan asap rokok dan sering mengonsumsi alkohol dapat menyebabkan hipoksia pada janin dan menurunkan aliran darah umbilikal sehingga pertumbuhan janin akan mengalami gangguan dan menyebabkan anak lahir dengan BBLR

2) Faktor Lingkungan

- a. Lokasi tempat tinggal berpengaruh pada angka kejadian kelahiran bayi BBLR, seperti tempat tinggal didataran tinggi, bertempat tinggal di lingkungan yang penuh radiasi dan zat – zat racun.
- b. Kejadian tertinggi BBLR terdapat pada kondisi dengan tingkat sosial ekonomi rendah. Hal ini disebabkan karena keadaan gizi yang kurang baik dan pengawasan antenatal yang kurang

3) Faktor Kehamilan dan Janin

Faktor janin terkait kelahiran BBLR antara lain hidramnion, kehamilan ganda, kelainan kromosom atau cacat bawaan (kelainan kongenital). Sedangkan faktor penyakit yang berhubungan dengan kehamilan antara lain Eklampsia / Pre-eklampsia, Ketuban pecah dini, Perdarahan Antepartum, umur kehamilan kurang dari 37 minggu, infeksi dalam rahim.

1.2.2.4 Manifestasi Klinis BBLR

Secara umum, gambaran klinis dari bayi BBLR adalah sebagai berikut :

- 1) Berat kurang dari 2500 gram
- 2) Panjang badan kurang atau sama dengan 45 cm
- 3) Menangis lemah
- 4) Otot hipotonik lemah
- 5) Tulang tengkorak lunak atau mudah bergerak, lingkaran kepala kurang dari 33 cm, kepala bayi lebih besar dari badan, kepala tidak mampu tegak, rambut kepala tipis dan halus, elastisitas daun telinga
- 6) Integumen : kulit tipis, transparan, rambut lanugo banyak, jaringan subkutan sedikit, jaringan lemak bawah kulit sedikit
- 7) Dada : dinding thorak elastis, lingkaran dada kurang atau sama dengan 30 cm, puting susu belum terbentuk, pernafasan tidak teratur, dapat terjadi apnea, pernafasan 40-50 kali/menit
- 8) Ekstremitas : paha abduksi, sendi lutut/kaki fleksi-lurus, kadang terjadi oedem, garis telapak kaki sedikit, telapak kaki halus, tumit mengkilat
- 9) Genitalia : pada bayi laki-laki skrotum kecil dan testis tidak teraba (belum turun), dan pada bayi perempuan klitoris menonjol serta labia mayora belum menutupi labia minora atau labia mayora hampir tidak ada (Nuratif, 2015)

BBLR menunjukkan belum sempurnanya fungsi organ tubuh dengan keadaannya yang lemah, yaitu sebagai berikut :

- 1) Tanda – tanda bayi kurang bulan (KB)
 - a. Kulit tipis dan mengkilap
 - b. Tulang rawan telinga sangat lunak, karena belum terbentuk dengan sempurna

- b. Lanugo (rambut halus/lembut) masih banyak ditemukan terutama pada punggung
 - c. Jaringan payudara belum terlihat, puting masih berupa titik
 - d. Pada bayi perempuan, labia mayora belum menutupi labia minora
 - e. Pada bayi laki-laki skrotum belum banyak lipatan, testis kadang belum turun
 - f. Rajah telapak tangan kurang dari 1/3 bagian atau belum terbentuk
 - g. Kadang disertai dengan pernafasan yang tidak teratur
 - h. Aktivitas dan tangisnya lemah
 - i. Reflek menghisap dan menelan tidak efektif atau lemah
- 2) Tanda-tanda bayi Kecil Untuk Masa Kehamilan (KMK)
- a. Gerakannya cukup aktif, tangis cukup kuat
 - b. Kulit keriput, lemak bawah kulit tipis
 - c. Bila kurang bulan jaringan payudara kecil, puting kecil. Bila cukup bulan payudara dan puting sesuai masa kehamilan
 - d. Bayi perempuan bila cukup bulan labia mayora menutupi labia minora
 - e. Bayi laki-laki testis mungkin telah turun
 - f. Rajah telapak kaki lebih dari 1/3 bagian
 - g. Menghisap cukup kuat.

1.2.2.5 Komplikasi BBLR:

Menurut Marrison (2018) masalah yang sering di jumpai pada bayi BBLR antara lain :

1) Ketidakstabilan suhu

Bayi kurang bulan dan BBLR memiliki kesulitan untuk mempertahankan suhu tubuh akibat :

- a. Peningkatan hilangnya panas.
- b. Kurangnya lemak sub kutan.
- c. Rasio luas permukaan terhadap berat badan yang besar.
- d. Produksi panas berkurang akibat lemak coklat yang tidak memadai dan ketidakmampuan untuk menggigil.

- 2) Gangguan pernapasan
 - a. Defisiensi surfaktan paru atau PMH (Penyakit Membran Hialin).
 - b. Resiko aspirasi akibat belum terkoordinasinya refleks batuk, refleks menghisap dan refleks menelan.
 - c. Thoraks yang dapat menekuk dan otot pembantu respirasi yang lemah.
 - d. Pernafasan yang periodik dan apnea
- 3) Gangguan Immunologik

Daya tahan tubuh terhadap infeksi berkurang karena rendahnya kadar Ig G, maupun gamma globulin. Bayi prematur relatif belum sanggup membentuk anti bodi dan daya fagositosis serta reaksi terhadap infeksi belum baik, karena sistem kekebalan bayi belum matang
- 4) Kelainan gastrointestinal, nutrisi dan eliminasi
 - a. Refleks hisap dan telan yang buruk terutama sebelum 34 minggu.
 - b. Motilitas usus yang menurun.
 - c. Pengosongan lambung yang tertunda.
 - d. Kemampuan mengatur pembuangan sisa metabolisme dan air belum sempurna karena ginjal masih dalam kondisi imatur baik secara anatomis dan fungsinya.
 - e. Saluran pencernaan pada BBLR belum berfungsi sempurna sehingga penyerapan makanan dengan lemah atau kurang baik. Aktifitas otot pencernaan masih belum sempurna sehingga waktu pengosongan lambung bertambah dan absorpsi vitamin yang larut dalam lemak kurang.
 - f. Defisiensi enzim laktase pada brush border usus.
 - g. Gangguan endokrin (Hipoglikemia)
 - h. Menurunnya cadangan kalsium, fosfor, protein, dan zat besi dalam tubuh.
 - i. Meningkatnya resiko EKN (*Enterocolitis Nekrotikans*)

1.2.1.6 Penatalaksanaan BBLR

Menurut Haryani, dkk (2021), penanganan pada BBLR harus memperhatikan beberapa faktor, diantaranya :

1) Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Bayi premature akan cepat mengalami kehilangan panas badan dan menjadi hipotermia, karena pusat pengaturan panas badan belum berfungsi dengan

baik, metabolisemenya rendah dan permukaan badan relative luas. Oleh karena itu bayi premature harus dirawat di dalam incubator, sehingga panas badannya mendekati rahim. Bila belum memiliki incubator, bayi premature dapat dibungkus dengan kain dan di sampingnya di taruh botol yang berisi air panas atau menggunakan metode kanguru yaitu perawatan bayi baru lahir seperti bayi kanguru dalam kantung ibunya.

2) Pengaturan dan Pengawasan Intake Nutrisi

Pengaturan dan pengawasan intake nutrisi dalam hal ini adalah menentukan pilihan susu, cara pemberian dan jadwal pemberian yang sesuai dengan kebutuhan bayi BBLR. ASI (Air Susu Ibu) merupakan pilihan pertama jika bayi mampu menghisap. Permulaan pemberian cairan yang diberikan sekitar 200 cc/kg/BB/hari. Cara pemberian makanan BBLR harus diikuti tindakan pencegahan khusus untuk mencegah terjadinya regurgitasi dan masuknya udara dalam usus.

3) Pencegahan Infeksi

Infeksi adalah masuk bibit penyakit atau kuman dalam keadaan tubuh khususnya mikroba. BBLR sangat mudah mendapatkan infeksi. Rentan terhadap infeksi dikarenakan oleh kadar immunoglobulin serum pada BBLR masih rendah. BBLR tidak boleh kontak dengan penderita infeksi dalam bentuk apapun. Fungsi perawatan disini adalah memberikan perlindungan terhadap bayi BBLR dari bahaya infeksi. Oleh karena itu bayi BBLR tidak boleh kontak dengan penderita infeksi dalam bentuk apapun. Digunakan masker dan baju khusus dalam penanganan bayi, perawatan luka tali pusat, perawatan mata, hidung, kulit, tindakan aseptis dan antiseptic alat-alat yang digunakan, isolasi pasien, jumlah pasien dibatasi, rasio perawat pasien ideal, mengatur kunjungan, menghindari perawatan yang terlalu lama, mencegah timbulnya asfiksia dan pemberian antibiotik yang tepat.

4) Pemberian Oksigen

Ekspansi paru yang buruk merupakan masalah serius bagi bayi preterm akibat tidak adanya alveoli dan surfaktan. Konsentrasi diberikan sekitar 30%-35% dengan menggunakan head box. Konsentrasi O₂ yang tinggi dalam masa

yang panjang akan menyebabkan kerusakan pada jaringan retina bayi yang dapat menimbulkan kebutaan.

5) Kenaikan berat badan pada bayi

Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi atau nutrisi bayi oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat. Bayi BBLR dengan berat badan <1500 gram akan mengalami kehilangan berat badan 15% selama 7-10 hari pertama. Berat lahir biasanya tercapai kembali, kenaikan berat badan selama 3 bulan. Kenaikan berat badan bayi BBLR dengan berat badan <1500 gram adalah 150-200 gram seminggu (misalnya 20-30 gram/hari).

6) Pengawasan jalan nafas

Jalan nafas merupakan jalan udara melalui hidung, faring, trakea, bronkeolus, bronchioles respiratorius, dan duktus alveoleris ke alveoli. Terhambatnya jalan nafas dapat menimbulkan asfiksia, hipoksia dan akhirnya kematian. Selain itu bayi BBLR tidak dapat beradaptasi dengan asfiksia yang terjadi selama proses kelahiran sehingga dapat lahir dengan asfiksia perinatal. Bayi BBLR beresiko mengalami serangan apneu dan defisiensi surfaktan, sehingga tidak dapat memperoleh oksigen yang cukup yang sebelumnya diperoleh dari plasenta. Dalam kondisi seperti ini diperlukan pembersihan jalan nafas segera setelah lahir (aspirasi lendir), dibaringkan pada posisi miring, merangsang pernafasan dengan menepuk atau menjetik tumit. Bila tindakan ini gagal, dilakukan ventilasi, intubasi endotrakheal, pijatan jantung dan pemberian oksigen dan selama pemberian intake dicegah terjadinya aspirasi. Dengan tindakan ini dicegah sekaligus mengatasi asfiksia sehingga memperkecil kematian bayi BBLR.

1.2.1.7 Patofisiologi

Kelahiran bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dipengaruhi oleh beberapa factor, antara lain factor ibu yang meliputi usia saat melahirkan, parietas, gizi saat hamil, jarak antar kelahiran dan pola hidup ibu saat hamil. Faktor lain yang mempengaruhi lahirnya BBLR adalah factor lingkungan terkait lokasi tempat tinggal dan kondisi social ekonomi ibu hamil, dan faktor penyakit selama kehamilan sangat berpengaruh terhadap kondisi janin yang dilahirkan.

Semakin kecil dan semakin premature bayi itu maka akan semakin tinggi resiko yang akan muncul pada bayi, baik pada system imun tubuhnya, pada kestabilan termoregulasi tubuh, kematangan organ – organ tubuhnya, salah satunya pada system saluran cerna. Immaturitas pada saluran cerna bayi BBLR akan berpengaruh pada status gizinya. Beberapa faktor yang memberikan efek pada masalah gizi bayi BBLR diantaranya :

- 1) Menurunnya simpanan zat gizi padahal cadangan makanan di dalam tubuh sedikit, hamper semua lemak, glikogen dan mineral seperti zat besi, kalsium, fosfor dan seng di deposit selama 8 minggu terakhir kehamilan. Dengan demikian bayi preterm mempunyai potensi terhadap peningkatan hipoglikemia, anemia dan lain-lain. Hipoglikemia menyebabkan bayi kejang terutama pada bayi BBLR Prematur.
- 2) Kurangnya kemampuan untuk mencerna makanan. Bayi preterm mempunyai lebih sedikit simpanan garam empedu, yang diperlukan untuk mencerna dan mengabsorpsi lemak dibandingkan dengan bayi aterm.
- 3) Belum matangnya fungsi mekanis dari saluran pencernaan, koordinasi antara refleks hisap dan menelan belum berkembang dengan baik sampai kehamilan 32-34 minggu, padahal bayi BBLR kebutuhan nutrisinya lebih tinggi karena target pencapaian BB nya lebih besar. Penundaan pengosongan lambung dan buruknya motilitas usus terjadi pada bayi preterm.
- 4) Paru yang belum matang dengan peningkatan kerja napas dan kebutuhan kalori yang meningkat. Potensial untuk kehilangan panas akibat luas permukaan tubuh tidak sebanding dengan BB dan sedikitnya lemak pada jaringan di bawah kulit. Kehilangan panas ini akan meningkatkan kebutuhan kalori.

1.2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nurarif, Amin Huda dan Kusuma, Hardhi (2015) pemeriksaan penunjang bayi BLLR antara lain :

- 1) Radiologi
 - a. Foto thoraks/baby gram pada bayi baru lahir dengan usia kehamilan kurang bulan, dapat dimulai pada umur 8 jam. Gambaran foto thoraks pada bayi mungkin dengan penyakit membran hyalin karena kekurangan surfaktan berupa terdapatnya retikulogranular pada parenkim dan bronkogram udara.
 - b. USG kepala terutama pada bayi dengan usia kehamilan 35 minggu dimulai pada umur 2 hari untuk mengetahui adanya hidrosefalus atau perdarahan intrakranial dengan memvisualisasi ventrikel dan struktur otak garis tengah dengan fontanel anterior yang terbuka.
- 2) Pemeriksaan Laboratorium
 - a. Periksa jumlah sel darah putih : 18.000/mm³, netrofil meningkat sampai 23.000 – 24.000/mm³, hari pertama setelah lahir (menurun bila ada sepsis).
 - b. Hematokrit (Ht) : 43% - 61% (peningkatan sampai 65% atau lebih menandakan polisitemia, penurunan kadar menunjukkan anemia atau hemoragic perinatal.
 - c. Hemoglobin (Hb): 15-20 gr/dl kadar lebih rendah berhubungan dengan anemia atau hemolisis berlebih.
 - d. Pemeriksaan bilirubin, bertujuan untuk mengetahui tingginya kadar bilirubin dalam darah dan mendeteksi kelainan hati. Bilirubin total: 6 mg/dl pada hari pertama kehidupan, 8 mg/dl 1-2 hari, dan 12 mg/dl pada 3-5 hari.
 - e. Destrosix: tetes glukosa pertama selama 4-6 jam pertama setelah kelahiran rata – rata 40-50 mg/dl meningkat 60-70 mg/dl pada hari ketiga
 - f. Glukosa (8-12 jam post natal), disebut hipoglikemi bila konsentrasi glukosa plasma < 50 mg/dl
 - g. Pemeriksaan analisa gas darah.

1.2.3 Konsep Menyusui tidak Efektif

1.2.3.1 Definisi

Menyusui tidak efektif didefinisikan sebagai kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Kegagalan dalam proses menyusui sering disebabkan karena timbulnya beberapa masalah, baik masalah pada ibu ataupun pada bayinya. Pada sebagian ibu yang tidak paham masalah ini, kegagalan menyusui sering dianggap masalah yang diakibatkan oleh anaknya saja. Masalah menyusui dapat juga diakibatkan karena keadaan khusus, selain itu ibu sering mengeluh bayi menangis atau menolak menyusu sehingga ibu beranggapan bahwa ASInya tidak cukup, atau ASInya tidak enak, tidak baik, sehingga sering menyebabkan ibu mengambil keputusan untuk menghentikan menyusui (Maryunani, 2019).

1.2.3.2 Etiologi

Penyebab (etiologi) untuk masalah menyusui tidak efektif adalah:

1) Penyebab Fisiologis

- a. Ketidakadekuatan suplai ASI
- b. Hambatan pada neonatus (prematurn, sumbing)
- c. Anomali payudara ibu (mis. puting masuk kedalam)
- d. Ketidakadekuatan reflex oksitosin
- e. Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi
- f. Payudara bengkak
- g. Riwayat operasi payudara
- h. Kelahiran kembar

2) Penyebab Situasional

- a. Tidak rawat gabung
- b. Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/atau metode menyusui
- c. Kurang dukungan keluarga
- d. Faktor budaya

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

1.2.3.3 Tanda dan Gejala

Untuk dapat mengangkat diagnosis menyusui tidak efektif, perawat harus memastikan bahwa tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

Gejala dan Tanda Mayor:

Subjektif:

- a. Kelelahan maternal
- b. Kecemasan maternal

Objektif:

- a. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu
- b. ASI tidak menetes/memancar
- c. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam
- d. Nyeri dan/lecet terus menerus setelah minggu kedua

Gejala dan Tanda Minor:

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif:

- a. Intake bayi tidak adekuat
- b. Bayi menghisap tidak terus menerus
- c. Bayi menangis saat disusui
- d. Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui
- e. Menolak untuk menghisap

Bila data diatas tidak tampak pada pasien, atau yang muncul hanya satu atau dua saja (kurang dari 80%), maka Perawat harus melihat kemungkinan lain pada daftar diagnosis keperawatan, atau diagnosis keperawatan lain yang masuk dalam sub kategori nutrisi dan cairan pada SDKI.

1.2.3.4 Kondisi Klinis Terkait

- b. Abses
- c. Mastitis
- d. Carpal tunnel syndrome: salah satu masalah dalam menyusui dimana tangan ibu terasa nyeri dan tidak nyaman. Ibu mengalami kesulitan dalam memposisikan bayinya untuk menyusui

1.2.4 Konsep Askep BBLR

1.2.4.1 Pengkajian

Merupakan data dasar klien yang komprehensif mencakup identitas klien, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan diagnostik dan laboratorium serta informasi dari tim kesehatan serta keluarga klien yang meliputi :

1. Identitas : Terdiri nama, umur/tanggal lahir, jenis kelamin, agama, anak keberapa, jumlah saudara dan identitas orang tua. Umur bayi lebih ditekankan karena akan berkaitan dengan diagnose BBLR
2. Riwayat kesehatan
 - a. Keluhan utama : Berat badan lahir < 2500 gram dengan daya hisap lemah atau bayi tak mau minum
 - b. Riwayat penyakit sekarang
Perjalanan penyakit atau kondisi yang dialami klien sampai dirawat di rumah sakit. Bayi BBLR dengan ukuran fisik BB < 2500 gram, panjang badan kurang dari atau sama dengan 45 cm. Gambaran fisik : kepala lebih besar dari badan, kulit tipis transparan, rambut lanugo banyak, lemak subkutan tipis, daya hisap lemah atau bayi tak mau minum, tangis yang lemah.
 - c. Riwayat penyakit dahulu
Bayi beresiko mengalami BBLR, jika ibu mempunyai riwayat penyakit seperti hipertensi, plasenta pervia, kehamilan kembar, malnutrisi, kebiasaan ibu merokok, minum alkohol, ibu yang menderita penyakit malaria, dll.
 - d. Riwayat kehamilan dan melahirkan
 - Adanya riwayat melahirkan sebelumnya, dan pada saat partus siapakah yang berperan dalam proses pertolongan partus tersebut termasuk riwayat ANC terpadu.
 - Riwayat Natal : bagaimana proses persalinan, apakah premature, aterm, spontan, sungsang atau tidak.
 - Riwayat post natal meliputi penilaian bayi saat baru lahir (APGAR Score), Observasi TTV, keadaan tali pusat, pemberian Injeksi Vitamin K, pemberlakuan Inisiasi Menyusui Dini atau IMD.

e. Riwayat imunisasi

Pemberian imunisasi pada bayi baru lahir seperti imunisasi Hep B.

f. Riwayat nutrisi

Masalah pemberian ASI pada BBLR terjadi karena ukuran tubuh bayi dengan BBLR kecil, kurang energi, lemah, lambungnya kecil dan tidak dapat menghisap. Bayi dengan BBLR sering mendapatkan pemberian ASI dalam jumlah yang lebih sedikit tetapi sering. Bayi BBLR dengan kehamilan lebih dari 35 minggu dan berat lahir lebih dari 2500 gram umumnya bisa langsung menetek meskipun reflex hisapnya masih cenderung lemah (Ayuda, 2022).

3. Kebutuhan dasar

- a. Pola Nutrisi : reflek *sucking* lemah, volume lambung kecil, daya absorpsi kurang atau lemah sehingga kebutuhan nutrisi terganggu
- b. Pola Eliminasi: BAB yang pertama kali keluar adalah mekonium, produksi urin rendah, frekuensi BAB normal pada neonatus adalah lebih dari 4x dalam sehari sedangkan frekuensi BAK normal lebih 6x dalam sehari, volume urinnormal berkisar antara 1-2 ml/kg berat badan per jam, jadi bila berat badan bayi 2,5 -5 kg urin yang dihasilkan berkisar 60- 240 ml dalam sehari.
- c. Pola Aktivitas : gerakan kaki dan tangan lemah
- d. Pola Istirahat : bayi cenderung lebih banyak tidur.
- e. Pola Personal hygiene : Perawat dan keluarga pasien harus menjaga kebersihan pasien dengan menyeka atau memandikan bayi, terutama saat BAB dan BAK. Saat BAB dan BAK harus diganti popok khusus bayi BBLR yang kering dan halus.

4. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan Umum

Pada umumnya pasien dengan BBLR dalam keadaan lemah, bayi terlihat kecil, pergerakan masih kurang dan lemah, BB <2500 gram, dan tangisan masih lemah, kesadaran composmentis.

Nadi : 120-140 x/menit

RR : 40-60 x/menit

Suhu : 36,5-37,5 °C

b. Pemeriksaan ABCD

Antropometri pada bayi dengan BBLR : BB < 2500 gram, PB ≤ 45 cm, LK ≤ 33 cm, LD ≤ 30 cm.

Biokimia : pada bayi BBLR sering dijumpai adanya peningkatan kadar hemoglobin, eritrosit karena imaturitas dari sel

Clinical : pada BBLR, BB < 2500 gram dan biasanya juga terjadi kelemahan reflek atau fungsi menghisap.

Diet : Makanan atau nutrisi yang diberikan biasanya hanya ASI dan susu formula khusus BBLR jika disarankan oleh dokter.

c. Pemeriksaan fisik head to toe

1) Kepala

Inspeksi : biasanya pada BBLR kepala lebih besar dari badan, kulit tipis, ubun ubun besar dan kecil belum menutup

Palpasi : pada BBLR rambut tipis dan halus, LK < 33 cm

2) Mata

Inspeksi : mata simetris, pupil isokor, terdapat banyak lanugo pada area pelipis, konjungtiva anemis.

3) Hidung

Inspeksi : terdapat pernafasan cuping hidung akibat gangguan pola nafas, terpasang selang oksigen 1-2 liter/menit

Palpasi : pada BBLR tulang hidung masih lunak, karena tulang rawan belum sempurna

4) Mulut

Inspeksi : pucat, sianosis, mukosa bibir kering, terpasang selang OGT

5) Telinga

Inspeksi : pada BBLR terlihat banyak lanugo, daun telinga imatur

Palpasi : daun telinga pada BBLR lunak.

6) Wajah

Inspeksi : warna kulit merah karena hipertermia, bentuk simetris, lanugo banyak, kriptur seperti orang tua

7) Leher

Inspeksi : pada BBLR mudah terjadi gangguan pernafasan akibat dari inadkuat jumlah surfaktan, jika hal ini terjadi biasanya didapatkan retraksi suprasternal

8) Paru-paru

I : biasanya pada BBLR pernafasan tidak teratur, otot bantu pernafasan, lingkaran dada <30 cm, retraksi dada ringan

P : dinding dada elastis, puting susu belum terbentuk

P : terdapat suara sonor

A : jika bayi mengalami gangguan pernafasan biasanya bayi mendengkur, jika terjadi aspirasi meconium terdapat suara ronchi.

9) Jantung

I : biasanya ictus cordis Nampak di ICS mid klavikula

P : ictus cordis teraba ICS 4 mid klavikula sinistra

P : area jantung redup .

A : S1 S2 tunggal, normalnya heart rate 120-160 kali/menit

10) Abdomen

Biasanya pada BBLR tidak terjadi distensi abdomen, kulit perut tipis, pembuluh darah terlihat

11) Punggung

Inspeksi : keadaan punggung simetris, terdapat lanugo

12) Genetalia

Pada bayi BBLR perempuan, labia minora belum tertutup oleh labia mayora, klitoris menonjol. Pada bayi laki-laki testis belum turun dan rague pada skrotum kurang.

13) Ekstremitas

Pada BBLR garis plantar sedikit, kadang terjadi oedem, pergerakan otot lemah, terdapat lanugo pada lengan, akrakl teraba dingin.

14) Anus

Biasanya pada BBLR anus bisa berlubang atau tidak.

d. Pemeriksaan Neurology atau reflek

1) Reflek *Morrow*

Reflek *morrow* adalah timbul oleh rangsangan mendadak / mengejutkan. Bayi akan mengembangkan tangannya ke samping dan melebarkan jari-jari kemudian tangannya ditarik kembali dengan cepat. Reflek ini akan mereda 1 atau 2 minggu dan hilang setelah 6 bulan.

2) Reflek *Rooting* (reflek mencari)

Kepala bayi akan berpaling memutar ke arah asupan dan mencari puting susu dengan bibirnya. Reflek ini berlanjut sementara bayi masih menyusu dan menghilang setelah 3- 4 bulan.

3) Reflek Menghisap (*Sucking*)

Ditimbulkan oleh rangsangan pada daerah mulut atau pipi bayi dengan puting/jari tangan. Bibir bayi akan maju ke depan dan lidah melingkar kedalam untuk menyedot. Menghilang saat bayi berusia 2-3 bulan.

4) Reflek Menggenggam bulan.

Timbul bila kita menggoreskan jari melalui bagian dalam atau meletakkan jari kita pada telapak tangan bayi. Jari- jari bayi akan melingkar ke dalam seolah memegang suatu benda dengan kuat. Reflek ini menghilang umur 3-4

5) *Tonic Neck* refleksi

Merupakan refleksi mempertahankan posisi leher/kepala. Timbul bila kita membaringkan bayi secara terlentang. Kepala bayi akan berpaling ke salah satu sisi sementara ia berbaring terlentang. Lengan pada sisi kemana kepalanya berpaling akan terlentang lurus keluar sedangkan tangan lainnya dilipat. Reflek ini sangat nyata pada 2-3 bulan dan hilang sekitar 4 bulan

6) Reflek *Gallant*

Reflek *gallant* ditimbulkan dengan menggosok satu sisi punggung sepanjang garis para vertebratal 2-3 cm dari garis tengah mulai dari bahu hingga bokong. Reflek ini secara normal hilang setelah 2-3 bulan.

7) *Stepping* Reflek

Stepping reflek akan timbul ketika kita memegang bayi pada posisi berdiri dan sedikit menekan. Bayi akan mengangkat kakinya secara bergantian seakan-akan berjalan. Reflek ini terlihat setelah 1 minggu dan akan menghilang setelah 2 bulan.

8) *Swallowing* reflek adalah reflek gerakan menelan benda- benda yang didekatkan ke mulut, dimulai usia 0 sampai 3 bulan. Tetapi refleks ini tidak akan hilang, namun leat usia 3 bulan bayi sudah menghisap secara sadar.

1.2.4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan dibuat setelah dilakukan pengkajian. Beberapa diagnosis dapat ditetapkan untuk semua bayi, tetapi diagnosis tertentu ditetapkan sesuai dengan hasil pengkajian yang ditemukan (bervariasi sesuai kondisi bayi). Masalah yang lazim muncul atau diagnosa keperawatan yang sering muncul pada BBLR berdasarkan SDKI,SIKI,SLKI adalah sebagai berikut:

- 1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan maturitas pusat pernafasan, keterbatasan perkembangan otot, penurunan energi / kelelahan, ketidakseimbangan metabolik
- 2) Gangguan Thermoregulasi (Hipotermia) berhubungan dengan kontrol suhu yang imatur dan penurunan lemak tubuh subkutan.
- 3) Resiko gangguan kebutuhan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna nutrisi karena imaturitas.
- 4) Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan reflek menghisap bayi
- 5) Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan imunologis yang kurang.

Dalam karya ilmiah ini, penulis memfokuskan masalah keperawatan pada menyusui tidak efektif.

1.2.4.3 Intervensi Keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI
<p>Menyusui tidak efektif (D.0029)</p> <p>Definisi : kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui</p> <p>Penyebab (etiologi):</p> <p>Penyebab Fisiologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakadekuatan suplai ASI 2. Hambatan pada neonatus (mis: prematuritas, sumbing) 3. Anomali payudara ibu (misL puting yang masuk ke dalam) 4. Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi 5. Riwayat operasi payudara 6. Kelahiran kembar <p>Penyebab Situasional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak rawat gabung 2. Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/atau metode menyusui 3. Kurangnya dukungan keluarga 4. Faktor budaya 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status menyusui membaik (L.02029), dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat 4. Berat badan bayi meningkat 5. Tetesan/pancaran ASI meningkat 6. Suplai ASI adekuat meningkat 7. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat 8. Kepercayaan diri ibu meningkat 9. Bayi tidur setelah menyusui 10. Intake atau hisapan bayi kuat 11. Lecet pada puting menurun 12. Kelelahan dan kecemasan maternal menurun 13. Bayi rewel / menangis setelah menyusui menurun 	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui 3. Monitor kemampuan ibu untuk menyusui 4. Monitor kemampuan bayi dalam menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 2. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat 3. Beri kesempatan ibu untuk bertanya 4. Sediakan dan jadwalkan pemberian materi pendidikan kesehatan 5. Dampingi ibu selama menyusui 6. Berikan ibu pujian, informasi dan saran terhadap perilaku positif dalam menyusui 7. Diskusikan masalah selama menyusui (nyeri, bengkak, lecet dan mencari solusinya) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan konseling menyusui dengan menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 2. Ajarkan ibu tanda-tanda bayi siap menyusu (bayi mencari puting, dll) 3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) yang benar 4. Ajarkan pemerahan ASI pada posisi jari jam 12-6 dan 9-3 5. Informasikan menyusui pada satu payudara sampai bayi melepas sendiri puting ibu 6. Informasikan ibu untuk mengosongkan payudara yang belum disusui dengan cara pemerahan.

1.2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Implementasi mencakup melakukan, membantu atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan arahan perawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien. Selama implementasi, perawat mengkaji kembali klien, memodifikasi rencana asuhan dan menuliskan kembali hasil yang diharapkan sesuai kebutuhan. (Potter & Perry, 2018).

Menurut Surasmi, dkk (2019), maturitas sistem organ merupakan syarat bagi bayi untuk mampu beradaptasi dengan lingkungan di luar rahim. Bayi BBLR mengalami gangguan pada salah satu atau lebih fungsi sistem organ sehingga dapat menghambat kemampuan bayi untuk beradaptasi dengan lingkungan di luar rahim. Bayi BBLR belum matang secara anatomis dan fisiologis sehingga dapat menyebabkan munculnya berbagai masalah kesehatan hingga menyebabkan kematian. Implementasi keperawatan yang dapat dilakukan terhadap bayi BBLR dengan masalah ketidakefektifan pola menyusu dimulai setelah intervensi disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang diinginkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien dengan menekankan keterlibatan aktif dari ibu dan juga dukungan dari keluarga, petugas kesehatan dan masyarakat (Saputro, 2019).

1.2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan. Dalam perumusan evaluasi keperawatan menggunakan empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yaitu :

S (Subjective) merupakan data informasi berupa ungkapan keluhan dari pasien.

O (Objective) merupakan data berupa hasil pengamatan, penilaian, dan pemeriksaan.

A (Analisis/assesment) merupakan interpretasi makna data subjektif dan objektif untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan

P (Planning) merupakan rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa data.

1.3 TUJUAN PENULISAN

1.3.4 Tujuan Umum

Menganalisa penerapan oro motor stimulasi pada bayi BBLR dengan masalah keperawatan menyusui tidak efektif di Ruang Perinatologi RSUD Bangil

1.3.5 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan menyusui tidak efektif pada bayi BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Bangil
- 2) Menetapkan diagnosis keperawatan menyusui tidak efektif pada bayi BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Bangil
- 3) Menyusun intervensi keperawatan menyusui tidak efektif pada bayi BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Bangil
- 4) Melakukan implementasi keperawatan menyusui tidak efektif pada bayi BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Bangil
- 5) Melakukan evaluasi keperawatan menyusui tidak efektif pada bayi BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Bangil

1.3 MANFAAT PENULISAN

1.3.1 Manfaat Teoritis

Memperkaya ilmu pengetahuan tentang penerapan oro motor stimulasi dalam melakukan asuhan keperawatan menyusui tidak efektif pada bayi BBLR dan sebagai bahan masukan untuk pengembangan ilmu keperawatan.

1.3.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Perawat

Meningkatkan ketrampilan dalam memberikan asuhan keperawatan menyusui tidak efektif pada bayi BBLR terutama dengan penerapan oro motor stimulasi

2) Bagi Rumah Sakit

Dapat dijadikan sebagai masukan untuk memberikan asuhan keperawatan menyusui tidak efektif pada bayi BBLR guna memperpendek hari rawat inap bayi.

3) Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan tambahan referensi tentang penerapan oro motor stimulasi dalam memberikan asuhan keperawatan menyusui tidak efektif pada bayi BBLR

4) Bagi Klien

Mendapatkan asuhan keperawatan yang baik terutama kemampuan menyusu bayi meningkat sehingga kebutuhan nutrisi terpenuhi.

