

LAPORAN CASE BASED DISCUSSION (CBD)

**STASE ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA
KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF KEGAWATDARURATAN MATERNAL
DAN NEONATAL PADA BY. NY. T UMUR 1 HARI DENGAN BBLR DI RSUD
WONOSARI TAHUN AKADEMIK 2025/2026**

Dosen Pembimbing Pendidikan : Bdn. Fathiyatur Rohmah, S.SiT.M.Kes



Disusun Oleh:
Ika May Yuni
2510106024

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN PROGRAM
PROFESI FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIYAH
2025/2026**

HALAMAN PENGESAHAN
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF KEGAWATDARURATAN MATERNAL
DAN NEONATAL PADA BY. NY. T UMUR 1 HARI DENGAN BBLR DI RSUD
WONOSARI TAHUN AKADEMIK 2025/2026



Pembimbing Pendidikan

Pembimbing lahan

Mahasiswa

Bdn. Fathiyatur Rohmah, S.SiT.M.Kes

Puspita Sukma Dewi, S.ST. Bdn

Ika May Yuni

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi. Wabarakathuh Alhamdulillah, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga iman dan islam tetap terjaga. Shalawat dan salam semoga tercurah kepada Nabi Muhammad SAW dan keluarganya serta para sahabatnya. Berkat rahmat dan pertolongan Allah SWT dan bantuan semua pihak, penulis dapat menyelesaikan laporan yang berjudul “Laporan *Case Based Discussion* (CBD) Asuhan Kebidanan Komprehensif Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal Pada By. Ny. T Umur 1 Hari Dengan BBLR Di RSUD Wonosari Tahun Akademik 2025/2026.” Penyusun laporan ini tidak akan terlaksana tanpa adanya dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Atas bantuan bimbingan dan arahan penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Warsiti, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Mat selaku Rektor Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.
2. Dr. Dewi Rokhanawati, S.SiT., M.PH selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.
3. Bdn.Suyani.S.ST. M.Keb Selaku Ketua Prodi Program Sarjana Dan Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.
4. Fathiyatur Rohmah, S.SiT.M.Kes selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan masukan selama penyusunan laporan ini.
5. Puspita Sukma Dewi, S.ST. Bdn Selaku CI Lahan RSUD Wonosari
6. Orangtua keluarga dan seluruh teman-teman yang selalu memberikan dukungan, motivasi, dan doa kepada penulis.

Penulis menyadari laporan ini masih jauh dari kata sempurna. Penulis berharap kritik dan saran yang membangun untuk dijadikan perbaikan naskah ini. Semoga laporan ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca.

Wassalamu'alaikum Warahmatullah. Wabarakatuh

Yogyakarta, Januari 2026

Ika May Yuni



DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
C. Tujuan	2
BAB II	3
TINJAUAN TEORI	3
A. Definisi.....	3
B. Etiologi.....	3
C. Pathofisiologi	4
D. Faktor Resiko	4
E. Dampak	5
F. Pencegahan	5
G. Penatalaksanaan BBLR.....	6
H. Peran bidan.....	7
BAB III	8
DOKUMENTASI SOAP	8
BAB IV	15
PEMBAHASAN	15
BAB V	16
PENUTUP	16
A. Kesimpulan	16
B. Saran	16
DAFTAR PUSTAKA	18

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah) didefinisikan sebagai bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram, terlepas dari usia gestasi, yang meningkatkan risiko komplikasi neonatal seperti hipotermia, infeksi, dan gangguan pernapasan. BLR adalah bayi yang dilahirkan dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa kehamilan. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 jam setelah lahir. Untuk keperluan bidan di desa berat lahir masih dapat diterima apabila dilakukan penimbangan dalam 24 jam pertama setelah lahir (Kemenkes RI, 2022).

UNICEF (2025) mengungkapkan bahwa angka kematian bayi di Indonesia masih tinggi dibandingkan negara berkembang lainnya di Asia Tenggara. Angka kematian bayi Indonesia berada di bawah angka global yaitu 23 per 1000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2025). Namun, angka ini masih lebih tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga seperti Malaysia 6 per 1000 kelahiran hidup, Singapura 2 per 1000 kelahiran hidup, Thailand 11 per 1000 kelahiran hidup dan Brunei Darussalam 9 per 1000 kelahiran hidup (UNICEF, 2025).

Kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat tingkat global. UNICEF (2025) melaporkan bahwa sepanjang tahun 2020-2023, BBLR berkontribusi sebanyak 16% dari total kematian neonatal. Diperkirakan terdapat 15% hingga 20% dari seluruh kelahiran di dunia adalah BBLR, mewakili lebih dari 20 juta kelahiran dalam setahun (WHO, 2024). Angka kejadian BBLR di Indonesia sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain Laporan Riset Kesehatan Dasar (2013) menunjukkan bahwa persentase BBLR tingkat nasional tahun 2013 adalah 10,2%, lebih rendah dari tahun 2021 yaitu 11,1%. Persentase BBLR tertinggi terdapat di provinsi Sulawesi Tengah yaitu 16,9% dan terendah di Sumatera Utara sebanyak 7,2% (Depkes RI, 2023). Selain Sulawesi Tengah, masih terdapat beberapa provinsi dengan kejadian BBLR yang berada di atas angka nasional salah satunya adalah Sulawesi Selatan (Depkes RI, 2023).

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan pada ibu yang memiliki bayi berat badan lahir rendah

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu mengkaji data meliputi data subyektif secara lengkap pada By Ny T umur 1 hari dengan berat badan lahir rendah
- b. Agar mahasiswa mampu mengkaji data meliputi data obyektif pada By Ny T umur 1 hari dengan berat badan lahir rendah
- c. Agar mahasiswa mampu menginterpretasikan data yang meliputi diagnosa kebidanan dan masalah pada By Ny T umur 1 hari dengan berat badan lahir rendah
- d. Agar mahasiswa mampu merencanakan tindakan asuhan kebidanan secara komprehensif pada By Ny T umur 1 hari dengan berat badan lahir rendah



BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Definisi

BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah) didefinisikan sebagai bayi lahir hidup dengan berat badan kurang dari 2500 gram, terlepas dari usia gestasi, yang meningkatkan risiko komplikasi seperti infeksi, hipotermia, dan gangguan pernapasan neonatal (Aryanti, 2025).

BBLR adalah bayi dengan berat lahir <2500 gram, sering disebabkan prematuritas atau growth restriction intrauterin, dengan angka kejadian global 15-20% kelahiran (Bahrum, 2024).

Bayi Berat Lahir Rendah merupakan bayi yang dilahirkan dengan berat badan di bawah 2.500 gram, baik bayi prematur maupun bayi cukup bulan yang mengalami hambatan pertumbuhan intrauterine. BBLR didefinisikan sebagai bayi yang berat badannya saat lahir berada di bawah 2.500 gram, terlepas dari faktor usia gestasi dan penyebabnya (Aryanti, 2025).

B. Etiologi

Etiologi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) bersifat multifaktorial, melibatkan interaksi antara faktor maternal, fetoplacentaris, dan janin yang mengganggu pertumbuhan intrauterin atau memicu kelahiran prematur. Faktor maternal utama mencakup malnutrisi kronis (IMT ibu <18,5 sebelum hamil), anemia defisiensi besi, hipertensi/preeklampsia yang mengurangi perfusi plasenta, infeksi TORCH (Toxoplasma, Rubella, CMV, Herpes), serta kebiasaan merokok, alkohol, dan NAPZA yang menghambat transfer nutrisi oksigen ke janin (Gemilastari, 2024).

Faktor fetoplacentaris berperan melalui intrauterine growth restriction (IUGR) akibat plasenta insufisien, abrupsi plasenta, atau preeklampsia berat yang menurunkan aliran darah umbilikal, sementara kelahiran prematur (<37 minggu) sering dipicu PROM, infeksi intrauterin, atau kelainan uterus seperti bikornuat. Faktor janin meliputi kehamilan kembar/multiple gestation yang membatasi ruang dan nutrisi, kelainan kongenital (sindrom Down, cacat jantung), atau riwayat BBLR berulang pada ibu. Risiko tambahan muncul dari usia maternal ekstrem (<17 atau >35 tahun), jarak antar kehamilan <2 tahun, tingkat pendidikan rendah, dan stres psikososial seperti pregnancy blues yang menekan nafsu makan serta kepatuhan ANC (Hayati, 2024).

C. Pathofisiologi

Pathofisiologi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) berawal dari dua mekanisme utama: kelahiran prematur (<37 minggu) atau intrauterine growth restriction (IUGR), sering berjalan bersamaan akibat gangguan perfusi plasenta yang mengurangi suplai oksigen-nutrisi ke janin. Pada prematuritas, organ sistemik seperti paru-paru imatur dengan defisiensi surfaktan menyebabkan atelektasis dan RDS, disertai toraks lunak serta otot respirasi lemah yang meningkatkan kerja napas; sistem saraf pusat belum matang sehingga rentan hipoglikemia akibat cadangan glikogen hati minim dan glikolisis anaerob, memicu asidosis metabolik serta apnea periodic (Gemilastari, 2024).

IUGR tipikal (simetris/asimetris) terjadi karena hipoksia kronis dari preeklamsia atau abrupsi plasenta, mengaktifkan redistribusi darah janin prioritas otak-jantung (brain-sparing effect) tapi mengorbankan pertumbuhan hati, otot, dan lemak subkutan, menghasilkan bayi kurus dengan lemak visceral rendah dan risiko NEC pasca lahir. Imaturitas sistem imun (IgG rendah, fagositosis lemah) memperburuk infeksi, sementara gangguan termoregulasi dari rasio luas permukaan-tubuh tinggi menyebabkan hipotermia berat melalui kehilangan panas evaporatif dan konduksi; hati imatur gagal konjugasi bilirubin sehingga ikterus patologis berisiko kernikterus, dengan patofisiologi keseluruhan memperpanjang rawat NICU dan mortalitas neonatal (Gemilastari, 2024).

D. Faktor Resiko

Faktor risiko Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) terbagi menjadi maternal, obstetrik, plasenta, dan janin, dengan interaksi kompleks yang memicu prematuritas atau IUGR. Faktor maternal utama meliputi usia ekstrem (<20 atau >35 tahun), paritas tinggi (grandemultipara ≥ 4) atau rendah (primipara), status gizi buruk (KEK dengan LILA <23 cm atau IMT <18,5), anemia Hb <11 g/dL, hipertensi/preeklampsia, infeksi TORCH atau UTI, merokok/alkohol/NAPZA, pendidikan rendah, serta jarak kehamilan <2 tahun yang mengurangi pemulihan nutrisi maternal (Miraturrofi'ah, M. 2025).

Faktor obstetrik mencakup kelahiran prematur <37 minggu, PROM, perdarahan antepartum (abrupsi plasenta), diabetes gestasional tidak terkontrol, dan ANC tidak lengkap yang menunda deteksi risiko. Faktor

plasenta seperti insufisiensi kronis atau infark mengganggu transportasi oksigen-nutrisi, sementara faktor janin termasuk kehamilan kembar, kelainan kongenital (sindrom Down), atau hidramnion/oligohidramnion yang membatasi ruang pertumbuhan (Ningtyas, 2025).

E. Dampak

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) menimbulkan dampak signifikan baik jangka pendek maupun panjang terhadap kesehatan dan perkembangan anak. Pada fase neonatal, bayi BBLR rentan mengalami gangguan pernapasan seperti RDS akibat defisiensi surfaktan, hipotermia karena lemak subkutan minim dan rasio luas permukaan-tubuh tinggi, hipoglikemia dari cadangan glikogen hati rendah, infeksi berat (sepsis) akibat imaturitas imunoglobulin, serta komplikasi gastrointestinal seperti NEC yang meningkatkan mortalitas hingga 20-30% pada BBLR/BBLASR. Jangka menengah mencakup ikterus patologis berisiko kernikterus, apnea periodik, dan retinopati prematuritas yang mengancam penglihatan (Pratiwy, 2025).

Pada masa kanak-kanak, dampak meliputi stunting pertumbuhan fisik (berat/tinggi <persentil 10), keterlambatan motorik kasar/halus, serta gangguan kognitif seperti IQ rendah dan kesulitan belajar akibat hipoksia perinatal kronis. Jangka panjang hingga dewasa, BBLR berkorelasi dengan sindrom metabolik (obesitas paradoks, diabetes tipe 2, hipertensi, dislipidemia) melalui pemrograman fetal, cerebral palsy, gangguan pendengaran/penglihatan, serta risiko penyakit kardiovaskular 2-3 kali lipat dibanding kelahiran normal. Pencegahan melalui optimalisasi ANC maternal krusial untuk memutus siklus risiko multigenerasi (Ramadhanty, 2024).

F. Pencegahan

Pencegahan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) difokuskan pada intervensi prakonsepsi, antenatal, dan gaya hidup maternal untuk mengurangi risiko prematuritas dan IUGR. Prakonsepsi mencakup skrining anemia dengan suplementasi Fe 30-60 mg/hari minimal 90 hari sebelum hamil, optimalisasi IMT $>18,5$ melalui PMT PMT-AS, serta konseling keluarga berencana untuk jarak antar kehamilan ideal 2-5 tahun guna pemulihan nutrisi maternal. Selama kehamilan, ANC lengkap ≥ 6 kali dengan pemeriksaan Hb, protein urine, dan USG pertumbuhan janin memungkinkan deteksi dini preeklamsia atau IUGR; ibu KEK (LILA <23 cm) mendapat PMT tambahan

3x/hari tinggi protein-kalori, ditambah tablet TTD 90 mg Fe/hari untuk cegah anemia yang memicu hipoksia fetalis (Suryaningrum, et al. 2025)

Pendekatan gaya hidup melarang total rokok/rokok pasif (risiko OR 2,0), alkohol, NAPZA, serta mengelola stres melalui dukungan suami dan relaksasi; ibu dengan riwayat hipertensi/diabetes dikontrol ketat dengan obat aman kehamilan seperti metildopa. Strategi komunitas seperti pemberdayaan posyandu untuk skrining KEK dan edukasi KIE tentang tanda bahaya (pusing, edema, perdarahan) efektif menurunkan insiden BBLR hingga 15-20% di daerah endemik gizi buruk Indonesia (Suryaningrum, et al. 2025).

G. Penatalaksanaan BBLR

Penatalaksanaan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) bersifat suportif komprehensif dengan fokus stabilisasi awal ABC, termoregulasi, nutrisi optimal, dan pencegahan komplikasi di NICU atau ruang rawat berisiko tinggi. Langkah pertama meliputi resusitasi neonatal standar (posisi sniffing, suction NP/OP, radiant warmer 36.5°C, O₂ titrasi target SpO₂ 92-95% RA/CPAP nasal), monitoring kontinyu TTV/SpO₂/kadar glukosa, serta pemberian vitamin K 1 mg IM dan HB-0 hepatitis B untuk cegah perdarahan dan infeksi vertical (Wijayanti, et al. 2024).

Gunakan inkubator (BBL <1500g), radiant warmer (>1500g), atau metode kanguru (kontak kulit-ke-kulit dada ibu 8-24 jam/hari) untuk stabilkan suhu aksila 36.5-37.5°C; jaga higiene tali pusat kering steril (alcohol 70% 2x/hari) dan perawatan kulit dengan emolien untuk cegah dermatitis akibat imaturitas stratum korneum (Wijayanti, et al. 2024).

Mulai ASI eksklusif via KUBE (kucing ungu berlekuk) atau syringe 0.5-2 ml/jam jika refleks hisap lemah, target kalori 110-130 kcal/kg/hari dengan fortifikasi HMF untuk BBLSR; TPN parenteral (glucose 6-8 mg/kg/menit + AA 3g/kg/hari) jika nutrisi enteral intoleran >7 hari guna cegah katabolisme dan hipoglikemia <45 mg/dl (Ramadhanty, 2024).

Observasi RDS (Downes score, X-ray dada), ikterus (TSB >15 mg/dL fototerapi), infeksi (CRP, kultur darah), dan retinopati (screening oftalmoskopi minggu 4-6); rujuk subspesialis jika apnea persisten, PDA hemodinamik, atau NEC (abdominal X-ray) (Ramadhanty, 2024).

H. Peran bidan

Bidan berperan sebagai ujung tombak dalam penanganan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) melalui pendekatan komprehensif dari skrining antenatal hingga pemantauan postnatal di tingkat komunitas, mencakup identifikasi ibu berisiko tinggi (KEK, anemia, usia ekstrem) melalui ANC lengkap dengan pengukuran LILA, Hb, dan USG pertumbuhan janin untuk rujuk dini, serta edukasi gizi PMT tinggi protein guna cegah prematuritas/IUGR. Pada fase intranatal, bidan melakukan stabilisasi ABC segera pasca lahir dengan protokol 4T (termoregulasi via radiant warmer/metode kanguru skin-to-skin 24 jam, tata udara O2/CPAP nasal target SpO2 92-95%, transfusi vitamin K1 IM dan HB-0, tata gizi KUBE ASI 0.5-2 ml/jam), monitoring ketat TTV/glukosa setiap 1-2 jam, perawatan tali pusat kering steril, dan pencegahan infeksi dengan higiene tangan serta isolasi. Pasca pulang, bidan desa/praktek mandiri melakukan kunjungan rumah harian untuk evaluasi kenaikan BB 20-30 gram/hari, suhu stabil 36.5-37.5°C, eliminasi normal, serta deteksi tanda bahaya (RDS, apnea, jaundice) untuk stabilisasi pra-rujuk (D10% bolus, kanguru kontinyu) ke PONED/PONEK; bidan juga memberdayakan keluarga melalui KIE pijat bayi, posyandu follow-up, dan kolaborasi kader guna putus rantai stunting jangka Panjang (Aryanti, 2025).



BAB III
DOKUMENTASI SOAP
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF KEGAWATDARURATAN MATERNAL
DAN NEONATAL PADA BY. NY. T UMUR 1 HARI DENGAN BBLR
DI RSUD WONOSARI

Pengkajian

Tanggal : 4 Januari 2026 Pukul 06.00 WIB
Tempat/ruang : RSUD Wonosari/Kana
Oleh : Ika May Yuni

Biodata

Suami

Nama	: Tn. Y	Nama	: Ny. T
Umur	: 25 tahun	Umur	: 24 Tahun
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan terakhir	: SMA	Pendidikan terakhir	: SMA
Pekerjaan	: Swasta	Pekerjaan	: IRT
Alamat	: Josari 001/002, Josari, Wonosari Gunung Kidul		

1. Subyektif

1. Alasan datang :

ibu mengatakan bayinya lahir tanggal 3 Januari 2025 jam 04.30 WIB

2. Keluhan :

Ibu mengatakan bayinya lahir dengan berat badan kurang

3. Riwayat menstruasi :

Menarche usia	: 11 tahun
Siklus	: 30 hari
Banyak	: 2-3x ganti pembalut
Lama	: 5 - 7 hari
Warna	: Merah Kehitaman
Dismenorrhea	: Tidak ada
Flour albus	: Tidak ada
HPHT	: 2 April 2025

HPL : 9 Januari 2026

4. Riwayat pernikahan

Status : sah
Usia : 22 tahun
Pernikahan ke : Pertama untuk ibu dan suami
Lama : 2 tahun.

5. Riwayat Obstetri

P1A0AH1

6. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ibu mengatakan ini kehamilan, persalinan dan nifas yang pertama

7. Riwayat kontrasepsi yang lalu

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun

8. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

a. Pola nutrisi

1) Pola makan

Frekuensi : 3 kali
Jenis : nasi, lauk, sayur
Porsi : 1 piring
Keluhan : tidak ada

2) Pola minum

Frekuensi : 8-9 gelas
Jenis : air putih
Keluhan : tidak suka minum kopi dan manis

b. Pola istirahat : Ibu mengatakan tidur malam 5-6, tidur siang 1-2 jam saat bayi tidur ibu ikut tidur

c. Pola aktivitas : ibu mengatakan bisa miring kanan kiri, duduk dan berjalan ke kamar mandi sendiri

d. Pola eliminasi

Ibu

BAB

Frekuensi : 1 kali sehari

Warna : Kuning kecoklatan

Bau : Khas

Konsisten : Lembek

Keluhan : Tidak ada

BAK

Frekuensi : 5-6 kali

Warna : jernih kekuningan

Bau : khas

Konsisten : cair

Keluhan : tidak ada

Bayi

BAB

Frekuensi : 2 kali sehari

Warna : hijau kecoklatan

Bau : Khas

Konsisten : Lembek

Keluhan : Tidak ada

BAK

Frekuensi : 4-5 kali

Warna : jernih kekuningan

Bau : khas

Konsisten : cair

Keluhan : tidak ada

e. Personal Hygiene

Mandi : 2 kali sehari

Gosok gigi : 2 kali sehari

Mengganti pakaian dalam : 2 kali sehari setelah mandi

Mencuci rabut : 3-4 kali dalam seminggu

Jenis pakaian dalam yang digunakan : katun

f. Pola seksual : ibu mengatakan 1 minggu sekali sebelum melahirkan

g. Pola menyusui : ibu mengatakan berencana menyusui anak ke 1 secara ASI eksklusif selama 6 bulan dan menyusui selama 2 tahun

h. Pola kebiasaan sehari-hari : ibu tidak merokok, suami merokok tetapi jika merokok menjauh dari istrinya, tidak minum jamu, tidak konsumsi alkohol

9. Riwayat penyakit yang diderita ibu

Ibu mengatakan tidak mengalami penyakit keturunan, penyakit menular, atau penyakit kronis seperti kanker, penyakit hati, tekanan darah tinggi, diabetes mellitus, gagal ginjal,

gangguan jiwa, kelainan bawaan, kehamilan kembar, tuberkulosis, dan epilepsi, serta tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat alergi

10. Riwayat Kesehatan

Anggota keluarga tidak ada yang mengalami penyakit keturunan, penyakit menular, atau penyakit kronis seperti kanker, penyakit hati, tekanan darah tinggi, diabetes mellitus, gagal ginjal, gangguan jiwa, kelainan bawaan, kehamilan kembar, tuberkulosis, dan epilepsi, serta tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat alergi.

11. Riwayat gynekologi

Ibu mengatakan normal tidak ada kelainan gynekologi

12. Keadaan psiko, social dan spiritual

- a. Psikososial : Ibu mengatakan kehamilan ini sudah direncanakan dan dinantikan
- b. Kultural : Ibu mengatakan pengambilan keputusan dilakukan secara musyawarah
- c. Spiritual : Ibu mengatakan taat dalam menjalankan ibadah sholat 5 waktu
- d. Ekonomi : Ibu mengatakan sudah menyiapkan tabungan persalinan

13. Keadaan lingkungan

ibu mengatakan lingkungan nya bersih, rapi, dan jauh dari keramaian, ibu tinggal bersama suaminya, ibu tinggal dirumah sendiri bersama suami nya, ibu tidak memiliki hewan peliharaan.

2. OBYEKTIF

3. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis

Antropometri

- a. Panjang badan : 49 cm
- b. Berat badan : 2.300 gram
- c. Lila : 9 cm
- d. LK : 30 cm
- e. LD : 29 cm

Tanda-tanda vital

- a. Frekuensi Jantung : 135 x/m
- b. Suhu : 36,7°C
- c. Pernapasan : 45 x/menit
- d. Spo2 : 99 %

I. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala : mesocephal, rambut hitam, tidak ada Cephal haematom, Caput succedaneum
2. Leher : Tidak ada kelenjar tyroid, limfe dan vena jugularis
3. Muka : Simetris, kemerahan bayi tampak sehat
4. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
5. Telinga : Simetris, bersih, tidak ada serumen dan sekret berlebih
6. Hidung : Simetris tidak ada pengeluaran secret abnormal
7. Mulut : Bibir lembab, tidak ada labiopalatoskisis dan pertumbuhan gigi prekoks
8. Dada : simetris, tidak ada ronkhi, weezhing dan tarikan dinding dada
9. Payudara : simetris, bersih, puting menonjol, tidak ada benjolan dan pengeluaran abnormal
10. Abdomen : Simetris, bising perut normal. Tali pusat Terdiri dari 2 arteri dan 1 vena, tidak ada perdarahan dan tidak ada infeksi
11. Genetalia : Labia mayora sudah menutupi labia minora, terdapat klitoris, terdapat lubang vagina dan ureter
12. Anus : Tidak ada atresia ani
13. Ekstremitas atas : Gerakan asimetris, tidak ada polidaktili dan sindaktili
14. Ekstremitas bawah : Gerakan asimetris, tidak ada polidaktili dan sindaktili

J. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 3 Januari 2026 Pukul 11.00 WIB

GDS : 57 mg/dL

PJB

Tangan kanan : 97

Kaki kiri : 96

ANALISA

By. Ny. T Umur 1 Hari dengan BBLR

PENATALAKSANAAN

Tanggal 4 Januari 2026 Pukul 06.10 WIB

1. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayi ibu mengalami berat bayi lahir rendah atau BBLR dan hasil pemeriksaan dalam batas normal

Evaluasi: ibu mengetahui kondisi anaknya

2. Memberitahu ibu tentang BBLR yaitu sebagai bayi yang berat badannya saat lahir berada di bawah 2.500 gram, terlepas dari faktor usia kehamilan dan penyebabnya. Evaluasi : Ibu memahami apa yang disampaikan bidan
3. Memberikan KIE tentang tanda bahaya BBLR yaitu kesulitan napas (takipne >60 x/menit, retraksi dada, cuping hidung, grunting), suhu tubuh tidak stabil (hipotermia $<36^{\circ}\text{C}$ teraba kaki dingin atau demam $>38^{\circ}\text{C}$), penolakan menyusu/muntah berulang, kejang, letargi/lemah menangis, kulit kuning (ikterus dalam 24 jam pertama), pusar merah bengkak bernanah, mata beranah, diare/bak lenteric, serta warna kulit pucat/sianosis sentral yang mengindikasikan hipoglikemia, infeksi sepsis, RDS, atau kernikterus. Evaluasi : ibu memahami apa yang disampaikan bidan
4. Memberikan perlindungan termal dengan menjaga kehangatan bayi dengan memastikan pakaian bayi kering, membedong bayi, memakaikan topi pada bayi, menyelimuti bayi, serta tidak meletakkan bayi di tempat dingin seperti di dekat jendela, pintu, atau di dekat kipas angin. Kemudian menyampaikan kepada ibu dan keluarga untuk selalu menjaga kehangatan bayi dan segera mengganti popok bayi jika bayi BAK atau BAB. Evaluasi : Perlindungan termal pada bayi sudah dilakukan, serta ibu dan keluarga paham dan mampu menjelaskan kembali cara menjaga kehangatan pada bayi.
5. Memfasilitasi bonding attachment dengan melakukan rawat gabung antara ibu dan bayi, bayi diletakkan di samping ibu. Menyampaikan pada ibu untuk melakukan perlekatan yang benar saat menyusui bayi agar adanya kontak antara kulit bayi dan kulit ibu. Evaluasi : Bonding attachment telah dilakukan, bayi sudah berada di samping ibu
6. Mencukupi kebutuhan nutrisi pada bayi dengan menyampaikan pada ibu untuk menyusui bayi setiap 2 jam selama 10-15 menit. Evaluasi : Ibu sudah menyusui bayinya
7. Memberitahu ibu Teknik menyusui yang benar yaitu dengan cara perut ibu dan bayi menempel, posisi bayi sejajar lurus kemudian buka mulut bayi dengan menempelkan jari kepipi bayi setelah mulut bayi membuka masukkan puting dan aerola kemulut bayi kemudian nilai hisapan kuat, tidak nyeri dan tidak bersuara berarti sudah benar tunggu sampai bayi kenyang 10-15 menit kemudian lepaskan menggunakan jari kelingking masuk kemulut bayi kemudian sendawakan bayi. Evaluasi : ibu memahami apa yang disampaikan bidan dan bersedia mempraktikkannya
8. Melakukan perawatan bayi sehari-hari dengan memandikan bayi menggunakan air hangat yang sudah dipastikan menggunakan siku agar tidak terlalu hangat untuk bayi. membersihkan kepala dan tubuh bayi menggunakan sabun bayi, tidak memandikan bayi

terlalu lama untuk mencegah terjadinya hipotermi pada bayi. membersihkan area tali pusat bayi. kemudian mengeringkan tubuh bayi dan mengeringkan tali pusat bayi. Evaluasi : ibu memahami apa yang disampaikan bidan

9. Memberikan penkes tentang asi eksklusif dengan menyampaikan kepada ibu untuk memberikan asi saja kepada bayi hingga bayi berumur 6 bulan, menyusui setiap 2 jam selama 10-15 menit, tidak diperbolehkan memberikan minuman atau makanan tambahan sebelum bayi berumur 6 bulan untuk mencegah terjadinya bahaya pada BBL. Evaluasi : Ibu paham tentang pemberian asi eksklusif pada bayinya
10. Menyampaikan pada ibu cara melakukan pencegahan infeksi pada BBL dengan melakukan perawatan tali pusat terbuka dengan Teknik bersih dan kering. Menjelaskan pada ibu untuk selalu menjaga kebersihan tali pusat dan selalu mengeringkan tali pusat, tidak menutup tali pusat dengan kain atau benda lainnya, tidak memberikan ramuan atau jamu pada tali pusat untuk mencegah terjadinya infeksi pada tali pusat. Evaluasi : Ibu paham dan mampu menjelaskan kembali cara pencegahan infeksi pada bayinya.
11. Memberikan KIE dan cara Kangaroo Mother Care (KMC) merupakan perawatan metode kanguru untuk Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) yang direkomendasikan WHO, melibatkan kontak kulit-ke-kulit dada ibu-bayi secara kontinyu minimal 8-24 jam/hari, disertai ASI eksklusif on-demand dan pemantauan ambulatoris untuk stabilkan suhu tubuh, tingkatkan pertambahan berat badan 20-30 gram/hari, kurangi mortalitas 40%, serta perkuat bonding emosional. Cara melaksanakan KMC yaitu Posisikan bayi telanjang (hanya popok/tepi kain) prone vertikal di antara payudara ibu, tutup bayi-ibu dengan selimut/slings khusus agar hidung-mulut bayi sejajar puting susu, ibu duduk rileks bersandar 45° atau berbaring semi-Fowler, mulai 1-2 jam/sesi bertahap hingga kontinyu, ganti posisi setiap 2-3 jam untuk hindari dekubitus, monitor suhu aksila 36.5-37.5°C dan tanda bahaya (apnea >20 detik, takipne >60x/menit) setiap 1 jam awal latihan ayah untuk menggantikan ibu. Evaluasi : ibu bersedia melakukan KMC
12. Melakukan penimbangan dan memandikan bayi. Evaluasi : bayi sudah ditimbang dan dimandikan
13. Melakukan pendokumentasian
Evaluasi : sudah dilakukan pendokumentasian

BAB IV

PEMBAHASAN

Bayi lahir spontan 1 hari dengan berat badan lahir rendah Bayi baru lahir rendah atau BBLR adalah bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram tanpa memandang masa gestasi. Berat badan adalah berat bayi yang ditimbang dalam satu timbang dalam satu jam setelah lahir Faktor-faktor yang mempengaruhi BBLR adalah ibu hamil pada umur (kurang dari 20 tahun atau lebih 35 tahun), jarak kehamilan yang terlalu pendek, ibu dengan keadaan (mempunyai riwayat BBLR sebelumnya, mengerjakan pekerjaan fisik beberapa jam tanpa istirahat, sangat miskin, berat badan yang tidak normal dan kurang gizi), dan masalah pada ibu hamil seperti (Anemia, hipertensi, infeksi selama kehamilan, kekurangan energi kronik (KEK), hepatitis, HIV/AIDS, TORCH dan kehamilan ganda)

Pada langkah ini peneliti melakukan pengkajian untuk mendapatkan data obyektif dengan cara memeriksa pasien secara langsung. Data obyektif yang di dapatkan dari kasus ini yaitu keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis, frekuensi jantung 135x/m. Respirasi 45 x/m. Berat badan 2300 g, panjang badan 49 cm suhu, 36,7⁰C, dan lingkaran kepala: 30cm, lingkaran dada 29 cm, lila 9 cm.

Dari hasil pengkajian data obyektif didapatkan diagnosa pada kasus ini adalah Bayi Ny T usia 1 hari dengan berat badan lahir rendah BBLR.

Kangaroo Mother Care (KMC) adalah metode perawatan bayi berat lahir rendah (BBLR) melalui kontak kulit-ke-kulit secara kontinyu antara dada ibu dan bayi (skin-to-skin contact) minimal 8-24 jam/hari, disertai ASI eksklusif on-demand dan pemantauan stabilisasi fisiologis, yang dikembangkan sejak 1979 di Kolombia sebagai alternatif inkubator murah efektif untuk negara berkembang. Keuntungan utama KMC pada BBLR mencakup termoregulasi optimal (suhu stabil 36.5-37.5°C melalui sinkronisasi irama napas dan detak jantung ibu), peningkatan pertambahan berat badan 20-30 gram/hari akibat ASI lebih banyak (prolaktin ↑), penurunan mortalitas 40-51% serta infeksi nosokomial 47% melalui transfer imunoglobulin dan kortisol bonding, perbaikan saturasi oksigen (SpO₂ ↑5-10%), pengurangan lama rawat NICU hingga 5,9 hari, serta manfaat psikososial seperti ikatan emosi kuat, peran ayah aktif, dan kepuasan ibu meningkat untuk cegah postpartum blues.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Bayi Ny. T usia 1 hari didiagnosis mengalami Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan berat lahir 2.300 gram. Hasil pengkajian subjektif dan objektif menunjukkan kondisi umum bayi dalam keadaan baik, tanda-tanda vital stabil, serta tidak ditemukan tanda kegawatdaruratan neonatal. BBLR pada kasus ini berpotensi menimbulkan komplikasi seperti hipotermia, hipoglikemia, gangguan pernapasan, dan infeksi apabila tidak ditangani secara tepat.

Asuhan kebidanan komprehensif telah dilaksanakan sesuai standar pelayanan kebidanan, meliputi edukasi ibu mengenai BBLR, pemenuhan nutrisi melalui ASI eksklusif, perlindungan termal, pencegahan infeksi, perawatan tali pusat, teknik menyusui yang benar, serta penerapan Kangaroo Mother Care (KMC). Implementasi asuhan menunjukkan respons yang baik, ibu memahami kondisi bayinya, mampu melakukan perawatan dasar bayi BBLR, dan bersedia menerapkan KMC serta ASI eksklusif. Dengan asuhan yang adekuat dan pemantauan berkelanjutan, diharapkan bayi dapat tumbuh dan berkembang secara optimal serta terhindar dari komplikasi lebih lanjut.

B. Saran

1. Bagi Ibu dan Keluarga

Ibu dan keluarga diharapkan dapat melanjutkan perawatan bayi BBLR di rumah dengan menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI eksklusif secara adekuat, menerapkan Kangaroo Mother Care secara rutin, serta mengenali dan segera melaporkan tanda bahaya pada bayi BBLR ke fasilitas kesehatan terdekat.

2. Bagi tenaga kesehatan (Bidan)

Bidan diharapkan dapat terus meningkatkan peran dalam deteksi dini faktor risiko BBLR sejak masa kehamilan, memberikan edukasi yang berkesinambungan kepada ibu dan keluarga, serta melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi BBLR secara teratur melalui kunjungan rumah dan kegiatan posyandu.

3. Bagi institusi pelayanan kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan diharapkan dapat memperkuat pelaksanaan standar pelayanan neonatal, khususnya pada bayi BBLR, dengan menyediakan

sarana pendukung seperti ruang rawat yang ramah bayi, edukasi KMC, dan sistem rujukan yang efektif untuk mencegah komplikasi.

4. Bagi mahasiswa kebidanan

Mahasiswa diharapkan dapat menjadikan laporan ini sebagai bahan pembelajaran untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis, keterampilan klinis, dan penerapan asuhan kebidanan berbasis evidence dalam menangani kasus kegawatdaruratan neonatal, khususnya BBLR.



unisa
Universitas 'Aisyiyah
Yogyakarta

DAFTAR PUSTAKA

- Aryanti, N. (2025). Determinan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Kabupaten Bogor. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*
- Bahrum, S.W. (2024). Analisis Pencegahan, Pengendalian Serta Dampak BBLR di Indonesia. *Jurnal Berkala Kesehatan*, 17(2)
- Gemilastari, R. (2024). Karakteristik Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). *Sciensa: Jurnal Penelitian dan Pengabdian Ilmu-Ilmu Eksakta*
- Hayati, A., Sari, I.P., & Murniasih, E. (2024). Penerapan Nesting terhadap Kualitas Tidur Bayi Berat Lahir Rendah. *Jurnal Anestesi*
- Miraturrofi'ah, M. (2025). Faktor Risiko BBLR di RSIA Limijati Bandung (2021-2022). *Jurnal Riset Kesehatan Nasional*,
- Ningtyas, F.H. (2025). Kejadian BBLR di Indonesia (Analisis Data SSGI 2022). *Dunia Kesmas*
- Pratiwy, U. (2025). Faktor-faktor yang Memengaruhi Kejadian BBLR. *TJGHPSR*
- Ramadhanty, N.M. (2024). Karakteristik Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah. *Syntax Idea Journal*
- Suryaningrum, et al. (2025). Factors for Low Birth Weight in Indonesia: National Survey. *PubMed*, PMID: 39894906
- Wijayanti, et al. (2024). Factors of Low Birth Weight (LBW) in Indonesia: IDHS 2017 Analysis. *Unnes Journal of Public Health*