

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

1. Definisi

World Health Organization (WHO), 2011 mendefinisikan BBLR adalah bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram saat lahir. Bayi adalah anggota ras manusia yang dilahirkan ke generasi berikutnya. Sangat disesalkan bahwa banyak anak yang dilahirkan dalam kondisi yang tidak sehat, seperti BBLR dan prematur, sebagai akibat dari ketidaktahuan ibu dalam menjaga kesehatan selama kehamilan (Maghfuroh *et al.*, 2021).

Menurut Aruben, 2016 salah satu faktor utama yang mempengaruhi kematian prenatal dan neonatal adalah berat badan lahir rendah (BBLR). BBLR dapat menyebabkan kecacatan dan pertumbuhan dan perkembangan yang terhambat, serta kematian bayi yang tinggi (Ferinawati and Sari, 2020).

2. Tanda dan Gejala

Menurut (Sinta *et al.*, 2019) tanda-tanda klinis berikut ini terlihat pada bayi yang lahir sebelum cukup bulan:

a. Berat badan kurang dari 2.500 gram

Bayi yang lahir dengan berat badan di bawah 2.500 gram dikategorikan sebagai BBLR. Berat badan yang rendah ini bisa disebabkan oleh kelahiran prematur atau pertumbuhan janin yang terhambat di dalam Rahim.

b. Panjang Badan kurang dari 45 cm

Bayi BBLR biasanya memiliki panjang badan yang lebih pendek dibandingkan bayi yang lahir dengan berat badan normal, yaitu kurang dari 45 cm.

c. Lingkar dada kurang dari 30 cm

Lingkar dada bayi BBLR sering kali lebih kecil dari 30 cm, mencerminkan ukuran tubuh yang lebih kecil dan perkembangan organ yang belum optimal.

d. Lingkar kepala kurang dari 33 cm

Kepala bayi BBLR memiliki lingkar yang lebih kecil dari 33 cm, yang mungkin menunjukkan perkembangan otak dan tengkorak yang belum sepenuhnya sempurna.

e. Usia kehamilan kurang dari 37 minggu

Bayi yang lahir sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu dianggap prematur dan sering kali masuk dalam kategori BBLR. Bayi prematur ini memiliki risiko lebih tinggi mengalami berbagai masalah kesehatan.

f. Kepala relatif lebih besar

Secara proporsional, kepala bayi BBLR tampak lebih besar dibandingkan dengan tubuhnya yang kecil. Hal ini disebabkan oleh perkembangan tubuh yang belum seimbang.

g. Kulit tipis dan transparan

Kulit bayi BBLR cenderung sangat tipis dan terlihat transparan karena lapisan lemak subkutan yang belum berkembang dengan baik.

h. Otot hipotonik lemah

Bayi BBLR sering memiliki otot yang lemah dan tonus otot yang rendah (hipotonia), yang membuat mereka tampak lemas dan kurang bertenaga.

i. Mengalami apnea

Apnea adalah kondisi di mana bayi berhenti bernapas untuk sementara waktu. Ini umum terjadi pada bayi prematur atau BBLR karena sistem pernapasan mereka yang belum matang.

j. Pernafasan 45 – 50 kali permenit

Bayi BBLR biasanya bernapas lebih cepat dibandingkan bayi normal, dengan frekuensi pernapasan sekitar 45–50 kali per menit. Ini bisa menjadi tanda bahwa bayi tersebut sedang berusaha keras untuk mendapatkan oksigen yang cukup.

k. Frekuensi nadi 100 – 140 kali permenit.

Denyut nadi bayi BBLR cenderung lebih cepat, berkisar antara 100–140 kali per menit, mencerminkan upaya tubuh mereka untuk menjaga sirkulasi darah dan oksigen yang memadai.

3. Pemeriksaan Penunjang

BBLR dapat menjalani pemeriksaan penunjang menurut (Lestari, 2016) diantaranya :

- a. Pemeriksaan skor ballard
- b. Bila diperlukan dan tersedia, dilakukan pemeriksaan darah secara berkala, termasuk glukosa darah serta jika diperlukan, pemeriksaan kadar elektrolit dan analisis gas darah
- c. Jika bayi baru lahir ditemukan mengalami sindrom gangguan pernapasan atau usia kehamilan kurang dari satu bulan, babygram atau foto dada diperlukan mulai dari usia delapan jam.
- d. USG kepala, terutama pada bayi baru lahir dengan usia kehamilan cukup bulan.

4. Pengobatan BBLR

Dengan berbagai akibat yang mungkin timbul pada BBLR, perawatan dan penanganan BBLR meliputi:

a. Dukungan respirasi

Pembentukan dan pemeliharaan pernapasan adalah tujuan utama dalam manajemen bayi baru lahir dengan risiko tinggi. Banyak bayi membutuhkan oksigen ekstra dan bantuan pernapasan. Karena bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) rentan terhadap insufisiensi surfaktan dan pneumonia berkala, bayi yang menerima perawatan suportif ini atau tidak, diposisikan untuk memaksimalkan oksigenasi.

Terapi oksigen diberikan berdasarkan kebutuhan dan kondisi bayi. Sangat penting untuk membersihkan jalan napas, menstimulasi pernapasan, dan meletakkan pasien pada posisi miring untuk mencegah aspirasi. Jika memungkinkan, pasien harus diletakkan telungkup untuk meningkatkan oksigenasi. Bila oksigen 100% diberikan, edema paru dan retinopati prematur dapat terjadi.

b. Termoregulasi

Setelah bernapas, memberikan kehangatan eksternal merupakan kebutuhan terpenting bagi BBLR. Mengingat memproduksi panas adalah proses multifaset yang melibatkan sistem peredaran darah, neurologis, dan metabolisme, Oleh karena itu, sangat krusial untuk mencegah kehilangan panas pada bayi yang baru lahir dan mengalami gangguan tersebut. Suhu lingkungan yang netral-suhu yang dibutuhkan untuk pengeluaran kalori dan konsumsi oksigen terendah-harus dipertahankan untuk bayi. Suhu ketiak bayi harus berada di antara 36,5°C - 37,5°C, menurut

Thomas (1994), tetapi Sauer dan Visser (1984) menyatakan bahwa suhu netral untuk bayi harus berada di antara 36,7°C - 37,3°C.

Menghangatkan dan mempertahankan suhu tubuh bayi dapat dilakukan melalui beberapa cara, yaitu :

- 1) Kangaroo Mother Care atau kontak kulit dengan kulit antara bayi dengan ibunya. Jika ibu tidak ada dapat dilakukan oleh orang lain sebagai penggantinya.
 - 2) Pemancar pemanas
 - 3) Ruangan yang hangat
 - 4) Inkubator
- c. Perlindungan terhadap infeksi

Semua bayi baru lahir membutuhkan perlindungan terhadap infeksi, tetapi bayi prematur dan bayi yang sakit secara khusus membutuhkan perawatan semacam ini. Karena mereka masih kurang memiliki kekebalan humoral dan seluler, BBLR sangat rentan terhadap penyakit. Beberapa tindakan yang harus dilakukan untuk menghentikan infeksi adalah :

- 1) Setiap orang yang akan berada di dekat atau kontak dengan bayi perlu mencuci tangan terlebih dahulu.
- 2) Pembersihan rutin diperlukan untuk semua peralatan perawatan bayi. Selain itu, area perawatan bayi perlu dijaga agar tetap rapi.
- 3) Apabila terdapat penyakit menular, orang tua dan staf perawatan diharuskan untuk menjaga jarak dari ruang perawatan bayi hingga mereka sembuh sepenuhnya. Atau, mereka diwajibkan menggunakan alat pelindung seperti masker atau sarung tangan untuk mencegah penyebaran penyakit.

d. Hidrasi

Cairan parenteral sering diberikan pada bayi baru lahir berisiko tinggi untuk menambah asupan kalori, elektrolit, dan air. Karena bayi prematur memiliki kadar air ekstraseluler yang lebih tinggi, yakni sekitar 70% pada bayi cukup bulan dan bahkan bisa mencapai 90% pada bayi prematur, maka sangatlah penting bagi mereka untuk mendapatkan asupan cairan yang cukup. Bayi baru lahir prematur lebih rentan terhadap kehilangan cairan karena permukaan tubuh mereka yang lebih besar dan kapasitas osmotik diuresis yang lebih rendah di ginjal mereka, yang masih berkembang.

e. Nutrisi

Untuk merawat bayi baru lahir dengan BBLR, nutrisi yang optimal sangatlah penting, tetapi karena mekanisme asupan makanan dan pencernaan mereka yang masih berkembang, maka akan menjadi tantangan tersendiri untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya. Pertumbuhan dan kondisi bayi menentukan jenis, jumlah, dan waktu pemberian nutrisi. Nutrisi dapat diberikan secara enteral, parenteral, atau dengan menggabungkan kedua metode tersebut.

Dibandingkan dengan bayi cukup bulan, bayi baru lahir prematur membutuhkan lebih banyak waktu dan kesabaran saat menyusui. Upaya untuk memberi makan terlalu cepat dapat menyebabkan gangguan pada sistem oral-faring. Sangat penting untuk menghindari menguras energi bayi atau memberi mereka makan lebih dari yang dapat mereka tangani. Evaluasi status pernapasan, denyut jantung, dan saturasi oksigen bayi harus menginformasikan toleransi bayi untuk menyusui; penyimpangan dari norma dapat menunjukkan kelelahan dan stres.

Bayi akan mengalami bradikardia, penurunan saturasi oksigen, dan apnea karena ketidakmampuannya untuk mengkoordinasikan pernapasan, menelan, dan mengisap. Nutrisi dapat diberikan pada bayi baru lahir yang memiliki refleks mengisap dan menelan yang lemah dengan menggunakan sonde pada perut. Bayi baru lahir prematur memiliki kapasitas perut yang relatif kecil dan lebih mungkin mengalami distensi abdomen, yang dapat mengganggu pernapasan.

f. Penghematan energi

Konservasi energi merupakan salah satu prioritas utama dalam perawatan bayi yang berisiko tinggi, sehingga manajemen terhadap bayi berat badan lahir rendah (BBLR) dilakukan dengan meminimalkan aktivitas sebanyak mungkin. Hanya popok atau alas yang diperlukan untuk bayi yang dirawat di inkubator; pakaian tidak diperlukan. Oleh karena itu, tidak perlu menanggalkan pakaian atau memakaikan pakaian.

Selain itu, memungkinkan untuk mengamati tanpa melepas pakaian. Bayi dapat menggunakan energi ekstra mereka untuk pertumbuhan dan perkembangan jika mereka tidak memerlukannya untuk bernapas, minum, atau mempertahankan suhu tubuh. Pencahayaan yang tidak terlalu terang dan tingkat kebisingan yang lebih rendah di lingkungan sekitar mendorong kenyamanan dan ketenangan, sehingga bayi dapat tidur lebih lama. Untuk bayi baru lahir prematur, posisi telungkup adalah optimal karena mendorong peningkatan oksigenasi, peningkatan toleransi makan, dan siklus tidur dan istirahat yang teratur. Posisi telungkup mengurangi pengeluaran energi dan aktivitas fisik bayi.

Dengan meredakan ketegangan dan menciptakan rasa nyaman pada bayi, metode kanguru membantu bayi untuk tidur lebih lama dan menghemat energi yang digunakan.

g. Stimulasi Sensori

Bayi yang baru lahir membutuhkan jenis input sensorik yang unik. Stimulasi pendengaran dapat berasal dari suara mainan yang bersuara, kaset, atau radio dengan volume rendah. Suara dokter, perawat, atau orang tua yang bernyanyi atau bercakap-cakap memberikan stimulasi pendengaran terbaik.

Stimulasi taktil diberikan melalui memandikan, menggendong, atau membelai. Untuk merangsang motorik, sensorik, dan kemampuan pendengaran bayi serta mencegah apnea periodik, disarankan agar ibu menggosok punggung bayi dengan lembut dan mendorongnya untuk berbicara. Sebagai alternatif, para ibu dapat mendengarkan musik saat bayi mereka diimplementasikan.

h. Dukungan dan Keterlibatan Keluarga

Kelahiran bayi prematur mungkin merupakan pengalaman yang tidak terduga dan menyedihkan bagi keluarga jika mereka tidak siap secara emosional.

Ketika anak berada di fasilitas perawatan khusus dan perlu dirawat secara terpisah dari ibunya, orang tua sering kali mengkhawatirkan kesehatan anak mereka. Orang tua mungkin mengalami rasa bersalah atas penyakit bayi mereka, ketakutan, depresi, dan bahkan kemarahan di samping kecemasan. Meskipun emosi ini umum terjadi, perawat harus memberikan dukungan.

Perawat dapat mendukung keluarga bayi baru lahir BBLR dalam mengatasi krisis emosional dengan memberi kesempatan kepada orang tua untuk melihat, menyentuh, dan berpartisipasi dalam perawatan bayi. Metode kanguru

memungkinkan hal ini, karena kontak kulit-ke-kulit membantu ibu merasa lebih nyaman dan yakin dalam merawat anaknya.

Untuk meyakinkan orang tua bahwa anak mereka menerima perawatan terbaik dan bahwa mereka selalu mengetahui statusnya, perawat juga dapat menawarkan bantuan kepada orang tua dengan memberikan informasi terbaru secara rutin tentang kondisi bayi mereka.

B. Masalah Gangguan Menelan pada Pasien dengan BBLR

1. Definisi

Gangguan menelan adalah ketidaknormalan dalam fungsi menelan yang disebabkan oleh kekurangan struktural atau fungsi pada area mulut, tenggorokan, atau kerongkongan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Gangguan menelan pada bayi prematur terjadi karena perkembangan refleks menghisap dan menelan bayi belum matang sehingga terjadi ketidaksempurnaan koordinasi antara mengisap – menelan – bernapas pada bayi (Putri *et al.*, 2021).

Refleks mengisap dan menelan yang tidak memadai, bayi yang lahir sebelum cukup bulan lebih mungkin mengalami ketidakmampuan untuk minum, yang meningkatkan kemungkinan mereka mengalami gangguan minum yang pada akhirnya akan menghambat perkembangan mereka sebagai seorang anak (Kemenkes RS Sardjito, 2019).

2. Penyebab

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) menyatakan penyebab masalah keperawatan gangguan menelan yaitu :

- a. Gangguan serebrovaskular
- b. Gangguan saraf kranial
- c. Paralisis serebral

- d. Akalasia
- e. Abnormalitas laring
- f. Abnormalitas orofaring
- g. Anomali jalan napas atas
- h. Defek anatomik kongenital
- i. Defek laring
- j. Defek nasal
- k. Defek rongga nasofaring
- l. Defek trakea
- m. Refluk gastroesofagus
- n. Obstruksi mekanik
- o. Prematuritas

3. Gejala dan tanda mayor dan minor

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) menyatakan data mayor dan minor masalah keperawatan gangguan menelan yaitu :

- a. Gejala dan tanda mayor
 - 1) Subjektif
 - a) Mengeluh sulit menelan (sulit menelan pada BBLR)
 - 2) Objektif
 - a) Batuk sebelum menelan
 - b) Batuk setelah makan atau minum
 - c) Tersedak
 - d) Makanan tertinggal di rongga mulut
- b. Gejala dan tanda minor

Oral

- 1) Subjektif
 - (Tidak tersedia)
- 2) Objektif
 - a) Bolus masuk terlalu cepat
 - b) Refleks nasal
 - c) Tidak mampu membersihkan rongga mulut
 - d) Makanan jatuh dari mulut
 - e) Makanan terdorong keluar dari mulut
 - f) Sulit mengunyah
 - g) Muntah sebelum menelan
 - h) Bolus berbentuk lama
 - i) Waktu makan lama
 - j) Porsi makanan tidak habis
 - k) Fase oral abnormal
 - l) Mengiler

Faring

- 1) Subjektif
 - a) Menolak makan
- 2) Objektif
 - 1) Muntah
 - 2) Posisi kepala kurang elevasi
 - 3) Menelan berulang - ulang

Esofagus

- 1) Subjektif
 - a) Mengeluh bangun di malam hari
 - b) Nyeri epigastrik
- 2) Objektif
 - a) Hematemesis
 - b) Gelisah
 - c) Regurgitasi
 - d) Odinofagia
 - e) Bruksisme

4. Kondisi klinis terkait

TIM POKJA SDKI DPP PPNI (2017) menyatakan kondisi klinis pasien yang mengalami masalah keperawatan gangguan menelan yaitu :

- a. Stroke
- b. Distrofi muskular
- c. Poliomyelitis
- d. Cerebral palsy
- e. Penyakit Parkinson
- f. Guillain Barre Syndrome
- g. Myasthenia gravis
- h. Amyotrophic lateral sclerosis
- i. Neoplasma otak
- j. Paralisis pita suara
- k. Kerusakan saraf kranialis V, VII, IX, X, XI
- l. Esofagitis

5. Penatalaksanaan gangguan menelan pada pasien BBLR

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) penatalaksanaan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan menelan mengacu pada Standar Intervensi Kesehatan Indonesia (SIKI) dengan intervensi utama dukungan perawatan diri: makan/minum dan pencegahan aspirasi meliputi :

a. Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan makan dan minum kepada pasien. Tindakan yang dilakukan pada intervensi dukungan perawatan diri: Makan/Minum berdasarkan SIKI, antara lain:

1) Observasi

a) Identifikasi diet yang dianjurkan

b) Monitor kemampuan menelan

c) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu

2) Terapeutik

a) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan

b) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum

c) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

d) Letakkan makanan di sisi mata yang sehat

e) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan

f) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan

g) Sediakan makanan dan minuman yang disukai

h) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu

i) Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia

3) Edukasi

- a) Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3)
- 4) Kolaborasi
 - a) Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi.
 - b. Pencegahan aspirasi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengurangi risiko masuknya partikel makanan/cairan ke dalam paru-paru. Tindakan yang dilakukan pada intervensi pencegahan aspirasi berdasarkan SIKI, antara lain:
 - 1) Observasi
 - a) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan
 - b) Monitor status pernapasan
 - c) Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum
 - d) Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral
 - e) Periksa kepatenan selang nasogastric sebelum memberi asupan oral
 - 2) Terapeutik
 - a) Posisikan semi fowler (30 – 45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral
 - b) Pertahankan posisi semi fowler (30 – 45 derajat) pada pasien tidak sadar
 - c) Pertahankan kepatenan jalan napas (mis. Teknik head-tilt chin-lift, jaw thrust, in line)
 - d) Pertahankan pengembangan balon endotracheal tube (ETT)
 - e) Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi sekret meningkat
 - f) Sediakan suction di ruangan
 - g) Hindari memberi makan melalui selang gastrointestinal, jika residu banyak
 - h) Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak

- i) Berikan obat oral dalam bentuk cair
- 3) Edukasi
 - a) Ajarkan makan secara perlahan
 - b) Ajarkan strategi mencegah aspirasi
 - c) Ajarkan Teknik mengunyah atau menelan, jika perlu
- 4) Kolaborasi
 - a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu
- c. Intervensi pemberian terapi stimulasi oromotor

Tindakan mandiri perawat dapat menggunakan intervensi pendukung yaitu terapi stimulasi oromotor. Pada bayi BBLR yang memiliki gangguan pada aktivitas minum atau penurunan kemampuan menghisap dan menelan dapat diberikan layanan oral fisioterapi dengan menggunakan metode stimulasi oromotor (Kemenkes RS Sardjito, 2019). Metode stimulasi oromotor adalah intervensi khusus yang dirancang untuk merangsang bayi yang mengalami kesulitan dalam proses minum. Tujuannya adalah untuk merangsang kontraksi otot-otot wajah dan mulut, serta mendorong gerakan melawan tahanan guna meningkatkan kekuatan otot (Kemenkes RS Sardjito, 2019).

Penerapan stimulasi oral pada bayi prematur dan pengaruhnya dalam meningkatkan refleks menghisap dan menelan bayi selama 3 hari perawatan. Standar pelaksanaan terapi ini mencakup tiga sesi selama tiga hari berturut-turut untuk mencapai penguasaan yang berhasil. Intervensi ini dilakukan setiap hari sebelum waktu makan atau minum susu, dengan durasi 15 hingga 20 menit per sesi.

C. Asuhan Keperawatan Gangguan Menelan pada Penderita BBLR

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah bagian dari proses keperawatan di mana perawat melakukan upaya untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien dengan cara mengumpulkan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, komprehensif, akurat, singkat, dan berkelanjutan (Muttaqin, 2020). Pengkajian mencakup pengumpulan informasi subjektif dan objektif, seperti pengukuran tanda vital, wawancara dengan pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik, dan peninjauan riwayat medis pasien yang tercatat dalam rekam medis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Perawat perlu melakukan tindakan dalam mengevaluasi pasien yang mengalami gangguan menelan, meliputi:

a. Identitas

Identifikasi gangguan ini menyoroti adanya pola kejadian yang cenderung terjadi pada usia dini atau muncul secara pertama kali ketika individu mengalami masa pubertas. Hal ini menunjukkan bahwa usia dini dan masa pubertas menjadi periode rentan terhadap kemunculan gangguan tersebut.

b. Keluhan utama

Keluhan yang sering dialami oleh bayi BBLR antara lain berat badan kurang dari 2.500 gram, panjang badan kurang dari 45 cm, lingkar dada di bawah 30 cm, lingkar kepala kurang dari 32 cm, proporsi kepala yang lebih besar dibandingkan tubuh, kulit yang tipis dan transparan, lanugo yang melimpah, serta kekurangan lemak subkutan. Tulang tengkorak dan ubun-ubun mungkin belum mengeras sepenuhnya, serta sutura yang masih lebar. Genitalia mungkin belum berkembang sepenuhnya, telinga mungkin memiliki tulang rawan yang

belum cukup, gerakan mungkin terbatas dan lemah, tangisan mungkin lemah, dan pernapasan mungkin tidak teratur dengan serangan apnea. Bayi cenderung tidur lebih banyak daripada terjaga, dan refleks menghisap dan menelan mungkin belum sempurna.

1) Riwayat kesehatan dahulu

Terdapat catatan tentang kehamilan atau persalinan yang mencakup fase prenatal, seperti kejadian seperti lilitan tali pusat, posisi janin yang abnormal, serta kondisi hipoksia pada ibu, dan eklampsia; selama fase natal, misalnya ada gangguan pada bayi yang baru lahir; dan juga, misalnya, ada catatan tentang trauma saat proses persalinan, perdarahan di dalam rongga tengkorak, serta kelainan bawaan seperti hernia diafragma atau penyempitan saluran napas.

2) Riwayat kesehatan keluarga

Catatan riwayat kesehatan keluarga, perlu diketahui apakah ada riwayat penyakit tertentu yang mungkin berdampak pada kesehatan bayi. Hal ini mencakup kemungkinan adanya hipertensi, kelahiran prematur, atau keberadaan keturunan kembar dalam keluarga. Informasi tersebut penting karena dapat memberikan gambaran potensial tentang risiko kesehatan yang mungkin dihadapi oleh bayi baru lahir, serta membantu perawat dalam merencanakan strategi perawatan yang sesuai.

a) Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan ibu dahulu

Ibu hamil yang mengalami Hipertensi, preeklamsi dan eklamsi, HIV/AIDS, infeksi selama kehamilan, rubella, toksoplasma, penyakit ginjal kronis,

TORCH, karena penyakit-penyakit itulah yang mempengaruhi terjadinya BBLR.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Perlu juga diketahui kondisi atau penyakit yang berhubungan dengan penyakit saat ini, sebagai contoh: Anemia fisiologis pada bayi BBLR disebabkan oleh penekanan produksi sel darah merah setelah kelahiran, kurangnya cadangan zat besi janin, dan peningkatan volume darah yang cepat sebagai hasil dari pertumbuhan yang lebih pesat, sehingga anemia pada bayi BBLR terjadi lebih awal. Gangguan jantung seperti Patent Ductus Arteriosus (PDA) sering terjadi pada bayi BBLR dan dapat bertahan hingga bayi mencapai usia 3 hari. Defek septum ventrikel sering ditemukan pada bayi dengan berat kurang dari 2.500 gram dan usia kehamilan di bawah 34 minggu, dan memiliki frekuensi kejadian tertinggi di antara kelainan jantung bawaan.

b) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Pada bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR), bayi tersebut mungkin tampak lemah dan hanya mengeluarkan suara merintih. Kondisinya kemungkinan akan membaik jika bayi menunjukkan gerakan yang aktif dan menangis dengan keras. Tingkat kesadaran bayi bisa dilihat dari responsnya terhadap rangsangan. Keberadaan berat badan yang stabil, panjang badan sesuai dengan usianya, dan tidak adanya pembesaran lingkaran kepala dapat menjadi indikasi kondisi yang baik pada bayi baru lahir tersebut.

b. Tanda-tanda Vital

Bayi baru lahir yang mengalami asfiksia berat dapat memperoleh kondisi yang membaik jika penanganan asfiksia dilakukan dengan benar, tepat, dan cepat. Bayi prematur memiliki risiko mengalami hipotermia jika suhu tubuhnya turun di bawah 36 °C, sementara risiko hipertermia terjadi jika suhu tubuhnya melebihi 37 °C. Suhu tubuh normal bayi berkisar antara 36,5°C hingga 37,5°C, dengan denyut nadi normal sekitar 120-140 kali per menit dan frekuensi pernapasan normal antara 40-60 kali per menit. Bayi yang mengalami asfiksia berat seringkali memiliki pernapasan yang tidak teratur.

c. Kulit

Pada bayi prematur, tubuhnya memiliki warna merah, sementara ekstremitasnya cenderung berwarna biru. Selain itu, bayi prematur masih memiliki lanugo (rambut halus yang menutupi tubuh) dan verniks (lapisan pelindung lemak yang menutupi kulit).

d. Kepala

Pada bayi baru lahir, mungkin ditemukan kondisi seperti caput succedaneum atau cephal hematoma, serta kemungkinan terjadi penonjolan atau cekungan pada bagian besar tengkorak, yang dapat menunjukkan peningkatan tekanan intrakranial.

e. Mata

Konjungtiva dapat memiliki warna pucat atau normal, tanpa adanya perdarahan, sementara sklera tidak menunjukkan tanda-tanda kuning. Respon pupil terhadap cahaya masih terjaga.

f. Hidung

Bayi menunjukkan pernapasan melalui cuping hidung dan mungkin terjadi penumpukan lendir di saluran pernapasannya.

g. Mulut

Bibir bayi mungkin memiliki warna pucat atau merah, dan bisa saja terdapat lendir atau tidak.

h. Telinga

Perhatikan kebersihan telinga bayi serta apakah terdapat kelainan yang terlihat pada telinga.

i. Leher

Perhatikan tingkat kebersihannya karena leher bayi baru lahir cenderung pendek.

j. Thorax

Pastikan bentuknya simetris, perhatikan adanya tarikan interkostal, serta perhatikan keberadaan suara wheezing dan ronkhi. Frekuensi bunyi jantung harus lebih dari 100 kali per menit.

k. Abdomen

Perhatikan bahwa bentuk tubuhnya silindris, posisi hati bayi terletak 1-2 cm di bawah lengkungan tulang rusuk pada garis puting susu, dan limpa tidak teraba. Perut yang terasa buncit mungkin menunjukkan adanya cairan dalam perut atau tumor, sementara perut yang cekung mungkin menandakan adanya hernia diafragma. Bising usus biasanya muncul 1-2 jam setelah bayi lahir, dan retensi sering terjadi karena saluran pencernaan bayi belum berkembang sepenuhnya.

l. Umbilikus

Perhatikan apakah tali pusat tampak layu, dan periksa apakah terdapat pendarahan atau tanda-tanda infeksi pada tali pusat.

m. Genitalia

Pada bayi laki-laki, pastikan testis sudah turun, dan periksa apakah ada kelainan letak muara uretra. Pada bayi perempuan, perhatikan labia mayor dan labia minora, serta adanya sekresi lendir atau keputihan, dan kadang-kadang perdarahan.

n. Anus

Perhatikan apakah ada keberadaan darah dalam anus, frekuensi buang air besar, dan warna feses.

o. Ekstremitas

Perhatikan warna kulit yang berubah menjadi biru, gerakan tubuh yang lemah, dan suhu dingin pada ujung-ujung anggota tubuh. Perhatikan juga apakah ada tanda-tanda patah tulang atau kelumpuhan saraf, serta perhatikan kondisi jari-jari tangan dan jumlahnya.

p. Refleks

Pada bayi prematur yang mengalami asfiksia berat, refleks Moro dan mengisap mungkin lemah. Refleks Moro bisa memberikan petunjuk tentang kondisi sistem saraf pusat atau kemungkinan adanya patah tulang.

q. Tanda Fisiologis

Tanda-tanda fisiologis pada bayi meliputi gerakan tubuh yang pasif dan tangisan yang hanya berupa merintih; meskipun lapar, bayi cenderung tidak menangis, dan cenderung tidur lebih banyak serta kurang aktif. Suhu tubuh bayi

mudah turun dan berisiko mengalami hipotermia karena pusat pengaturan panas belum berfungsi secara optimal, kurangnya lemak pada jaringan subkutan mempercepat perubahan suhu tubuh, dan kurangnya aktivitas fisik yang mengurangi produksi panas.

2. Diagnosis keperawatan

Penetapan diagnosis keperawatan adalah evaluasi klinis atas respons individu terhadap masalah kesehatan yang dihadapinya, baik saat ini maupun potensi permasalahan di masa depan. Sasarannya adalah mengenali bagaimana individu, keluarga, atau masyarakat merespon situasi kesehatan yang ada. Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yakni diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menandakan keadaan klien yang sedang sakit atau berisiko sakit, sehingga intervensi keperawatan ditujukan untuk penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Sementara itu, diagnosis positif mengindikasikan bahwa klien dalam keadaan sehat dan memiliki potensi untuk mencapai kesejahteraan atau kondisi optimal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan terdiri dari dua komponen utama. Pertama adalah masalah, yang merupakan label diagnosis yang mencerminkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatannya. Kedua, ada indikator diagnostik yang mencakup penyebab, tanda/gejala, dan faktor risiko yang berhubungan dengan masalah tersebut. Proses penegakan diagnosis keperawatan melibatkan tiga tahap, yakni (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

- 1) Analisis data meliputi membandingkan dengan nilai normal dan mengelompokkan data.
- 2) Identifikasi masalah meliputi masalah aktual, risiko, atau promosi kesehatan

3) Perumusan diagnosis

Penulisan karya ilmiah akhir ners ini akan fokus pada diagnosis keperawatan aktual yang muncul pada pasien bayi dengan diagnosis medis BBLR yaitu gangguan menelan. Perumusan diagnosis keperawatan gangguan menelan pada pasien BBLR di Ruang Perinatologi berdasarkan format penulisan diagnosis keperawatan yaitu: gangguan menelan berhubungan dengan prematuritas dibuktikan dengan bayi sulit menelan, batuk sebelum menelan, batuk setelah minum ASI atau susu formula, tersedak, menolak minum, muntah, menelan berulang – ulang.

3. Rencana keperawatan

Perawat melakukan berbagai tindakan berdasarkan pengetahuan dan evaluasi klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan. Intervensi keperawatan mencakup label, definisi, dan beragam tindakan seperti observasi, terapi, edukasi, serta kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Komponen luaran keperawatan ada 3 yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Rencana keperawatan pada diagnosis keperawatan gangguan menelan mengacu pada standar luaran keperawatan indonesia dengan label status menelan (L.06052) dan standar intervensi keperawatan indonesia dengan intervensi utama label dukungan perawatan diri: makan/minum manajemen (I.11352) dan

pengecambahan aspirasi (I.01018) yang ditambahkan dengan pemberian terapi stimulasi oromotor.

Tabel 1
Kajian Teori Rencana Asuhan Keperawatan Gangguan Menelan Dengan Terapi Stimulasi Oromotor Pada Bayi BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Bali Mandara Tahun 2024

Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan
1	2	3	4
Diisi dengan hari, tanggal, bulan, tahun, dan pukul berapa ditetapkannya rencana keperawatan.	Gangguan menelan Definisi : Gangguan menelan merupakan fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring, atau esofagus. Penyebab : 1. Gangguan serebrovaskular 2. Gangguan saraf kranial 3. Paralisis serebral 4. Akalasia 5. Abnormalitas laring 6. Abnormalitas orofaring 7. Anomali jalan napas atas 8. Defek anatomik kongenital 9. Defek laring 10. Defek nasal 11. Defek rongga nasofaring 12. Defek trakea 13. Refluk gastroesofagus 14. Obstruksi mekanik 15. Prematuritas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Status Menelan membaik dengan kriteria hasil: 1. Mempertahankan makanan di mulut meningkat 2. Reflek menelan meningkat 3. Kemampuan mengosongkan mulut meningkat 4. Kemampuan mengunyah meningkat 5. Usaha menelan meningkat 6. Pembentukan bolus meningkat 7. Frekuensi tersedak menurun 8. Batuk menurun 9. Muntah menurun 10. Reflek lambung menurun	Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum Observasi 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, <i>jika perlu</i> Terapeutik 5. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan - Atur posisi yang nyaman untuk makan/ minum 7. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 8. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat 9. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan 10. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 11. Sediakan makanan dan minuman yang disukai 12. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu

1	2	3	4
	Gejala dan Tanda Mayor	11. Gelisah menurun	13. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia
	Subjektif	12. Regurgitasi menurun	Edukasi
	16. Mengeluh sulit menelan (sulit menelan pada BBLR)	13. Produksi saliva membaik	14. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3)
	Objektif	14. Penerimaan makanan membaik	Kolaborasi
	17. Batuk sebelum menelan	15. Kualitas suara membaik	15. Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik,
	18. Batuk setelah makan atau minum		16. antiemetik), sesuai indikasi.
	19. Tersedak		Pencegahan Aspirasi
	20. Makanan tertinggal di rongga mulut		Observasi
	Gejala dan tanda minor		1. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan
	Oral		Monitor status pernapasan
	Subjektif		2. Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum
	(Tidak tersedia)		3. Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral
	Objektif		4. Periksa kepatenan selang nasogastric sebelum memberi asupan oral
	1. Bolus masuk terlalu cepat		Terapeutik
	2. Refleks nasal		5. Posisikan semi fowler (30 – 45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral
	3. Tidak mampu membersihkan rongga mulut		6. Pertahankan posisi semi fowler (30 – 45 derajat) pada pasien tidak sadar
	4. Makanan jatuh dari mulut		7. Pertahankan kepatenan jalan napas (mis. Teknik head-tilt chin-lift, jaw thrust, in line)
	5. Makanan terdorong keluar dari mulut		
	6. Sulit mengunyah		
	7. Muntah sebelum menelan		
	8. Bolus berbentuk lama		
	9. Waktu makan lama		
	10. Porsi makanan tidak habis		
	11. Fase oral abnormal		
	12. Mengiler		
	13.		

1	2	3	4
	Faring		8. Pertahankan
	Subjektif		pengembangan balon
	1. Menolak makan		endotracheal tube (ETT)
	Objektif		9. Lakukan penghisapan
	2. Muntah		jalan napas, jika produksi
	3. Posisi kepala		sekret meningkat
	4. kurang elevasi		10. Lakukan penghisapan
	5. Menelan berulang		jalan napas, jika produksi
	- ulang		sekret meningkat
	Esofagus		11. Sediakan suction di
	Subjektif		ruangan
	1. Mengeluh bangun		12. Hindari memberi makan
	di malam hari		melalui selang
	2. Nyeri epigastrik		gastrointestinal, jika
	Objektif		residu banyak
	1. Hematemesis		13. Berikan makanan dengan
	2. Gelisah		ukuran kecil dan lunak.
	3. Regurgitasi		
	4. Odinofagia		
	5. Bruksisme		

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah proses di mana perawat melakukan berbagai tindakan atau aktivitas khusus untuk menerapkan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi keperawatan ini mencakup serangkaian langkah yang bertujuan membantu pasien dari kondisi kesehatan yang buruk menuju kondisi yang lebih baik, dengan memperhatikan kriteria hasil yang diharapkan, pelaksanaan implementasi harus mengutamakan kebutuhan pasien, mempertimbangkan faktor-faktor yang memengaruhi kebutuhan perawatan, mengadopsi strategi implementasi yang sesuai, dan menjaga komunikasi yang efektif.

Pelaksanaan langkah-langkah keperawatan melibatkan tindakan yang dilakukan secara independen, kolaboratif, dan bergantung sesuai dengan rencana

perawatan, sambil memantau respons pasien melalui pengamatan. Ini bertujuan untuk promosi, pencegahan, pengobatan, rehabilitasi, dan koping. Pendekatan holistik diterapkan, dan hak-hak pasien dihormati, melibatkan partisipasi aktif pasien (Nursalam, 2020).

Implementasi keperawatan untuk gangguan menelan pada bayi BBLR mengacu pada standar intervensi keperawatan Indonesia, termasuk dukungan perawatan diri: makan/minum dan pencegahan aspirasi. Penyampaian implementasi mencakup pencatatan tanggal dan waktu, respons pasien, dan tanda tangan perawat yang memberikan asuhan. Implementasi keperawatan tersebut diuraikan dalam tabel berikut :

Tabel 2
Kajian Teori Implementasi Asuhan Keperawatan Gangguan Menelan
Dengan Terapi Stimulasi Oromotor Pada Bayi BBLR di Ruang Perinatologi
RSUD Bali Mandara Tahun 2024

Waktu	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
Diisi dengan hari, tanggal, bulan, tahun, pukul berapa diberikan tindakan.	Tindakan Keperawatan 1. Observasi a) Monitor kemampuan menelan 2. Terapeutik a) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan b) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum Tindakan Keperawatan 1. Observasi a) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan b) Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral c) Periksa kepatenan selang nasogastric sebelum memberi asupan oral 2. Terapeutik a) Berikan obat oral dalam bentuk cair 3. Edukasi a) Ajarkan teknik mengunyah atau menelan 4. Kolaborasi a) Kolaborasi pemberian nutrisi lewat NGT/ parenteral.	Respon dari pasien setelah diberikan tindakan berupa data subjektif dan data objektif.	Sebagai bukti tindakan sudah diberikan dilengkapi dengan nama terang.

Sumber : Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018.

5. Evaluasi keperawatan

Salah satu tahapan proses keperawatan adalah evaluasi. Ini adalah tindakan intelektual yang melengkapi proses keperawatan dan menunjukkan seberapa jauh implementasi, rencana intervensi, dan diagnosis keperawatan telah dicapai. Selama evaluasi, perawat dapat mengidentifikasi kesalahan yang mungkin terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan, dan pelaksanaan intervensi. Pada titik ini, tindakan diambil untuk menentukan apakah rencana keperawatan harus dilanjutkan, diubah, atau dihentikan. Salah satu tujuan evaluasi keperawatan adalah untuk mengidentifikasi tanda-tanda kemajuan pasien dalam mencapai tujuan yang diinginkan. Evaluasi keperawatan menilai keefektifan perawat, mengkomunikasikan status kesehatan pasien setelah tindakan keperawatan, dan memberikan informasi yang memungkinkan perawatan diubah sesuai keadaan pasien setelah dilakukan (Rismawati *et al.*, 2023).

Tujuan keperawatan ditetapkan sebagai dasar penilaian akhir proses keperawatan. Dengan menerapkan pendekatan SOAP, evaluasi suksesnya asuhan keperawatan tergantung pada perubahan perilaku yang tercermin dari kriteria hasil, khususnya dalam konteks adaptasi individu. Tindakan keperawatan yang diberikan dievaluasi berdasarkan tujuan dan kriteria hasil (Nursalam, 2020).

Menurut (Adinda, 2019) hasil evaluasi asuhan keperawatan adalah sebagai berikut.

- a. Tujuan tercapai/masalah teratasi, jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian, jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan.

- c. Tujuan tidak tercapai/masalah tidak teratasi, jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru.

Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan (Adinda, 2019).

- a. S (subjektif) : adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
- b. O (objektif) : adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan perawat setelah tindakan dilakukan.
- c. A (analisis) : adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.
- d. P (planning) : adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

Tabel 3
Kajian Teori Evaluasi Asuhan Keperawatan Gangguan Menelan Dengan Terapi Stimulasi Oromotor Pada Bayi BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Bali Mandara Tahun 2024

Waktu	Evaluasi Keperawatan (SOAP)	Paraf
1	2	3
Diisi dengan hari, tanggal, bulan, tahun, pukul berapa diberikan tindakan.	S (Subjektif) : Ibu bayi mengatakan bayinya saat diberi ASI sudah mulai bisa menelan dengan dirangsang terlebih dahulu O (Objektif) : Bayi tampak sudah mulai bisa menelan dengan diberi rangsangan, sudah tidak terdapat ASI pada mulut saat selesai diberi ASI on demand, usaha bayi menelan sudah mulai meningkat, tersedak menurun A (Analisis) : Masalah gangguan menelan teratasi	Sebagai bukti evaluasi sudah diberikan dilengkapi dengan nama terang.

1	2	3
	P (Planning) :	
	Pertahankan kondisi pasien dengan melanjutkan rencana keperawatan	
	Intervensi	
	SIKI Label : Dukungan perawatan diri : makan/minum dan Pencegahan aspirasi.	

Sumber : Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019.

D. Konsep Terapi Stimulasi Oromotor Pada Bayi BBLR

1. Definisi terapi stimulasi oromotor

Stimulasi oral, menurut Lyu, Tian-Chan, Zhang et al. (2014), merujuk pada rangsangan sensorik yang diberikan pada bibir, rahang, lidah, langit-langit mulut, tenggorokan, laring, serta otot-otot pernapasan yang memengaruhi mekanisme orofaringeal. Kemampuan struktur oral untuk menghisap (menghisap) dan menelan (menelan) dapat ditingkatkan dengan stimulasi sensoris pada struktur oral ini (Maghfuroh *et al.*, 2021).

Bayi yang lahir prematur pada umumnya membutuhkan perawatan medis secara khusus di ruang NICU (Neonatal Intensive Care Unit). Bayi dapat dirawat di NICU selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan. Apabila bayi belum kuat menghisap dan menelan akan dipasang selang khusus melalui mulut atau hidung untuk memberikan asupan ASI agar asupan nutrisi dapat terpenuhi. Kemampuan minum pada bayi dipengaruhi oleh keberadaan reflek primitif yang merupakan gerakan spontan dan secara alami dilakukan oleh bayi bila mendapatkan rangsangan tertentu. Refleks primitif yang berhubungan dengan kemampuan hisap dan telan tersebut adalah (Hikmah, 2023):

- a. Rooting reflex dikenal sebagai reflek mencari, dapat di tes dengan cara menyentuhkan jari tangan di sekitar mulut bayi, maka kepala bayi akan bergerak mencari arah sentuhan jari sambil membuka mulut. Reflek ini ada sampai umur 6 bulan,
- b. Sucking reflex disebut sebagai reflek hisap, dapat di tes dengan cara meletakkan jari tangan di sekitar bibir bayi, maka bayi akan langsung menghisap jari. Reflek ini ada sejak lahir hingga seumur hidup,
- c. Swallowing reflex merupakan reflek yang terjadi saat menelan, otot-otot tenggorokan menutupi trakea dan membuka esofagus ketika makanan berada di mulut, reflek ini ada sejak lahir sampai seumur hidup.

Pada usia tiga bulan, refleks ini akan mengalami perubahan menjadi gerakan yang lebih terkendali dan perkembangannya menjadi lebih matang, termasuk kemampuan untuk makan dan minum. Namun, bayi prematur mungkin menghadapi tantangan dalam aktivitas minum karena refleks hisap dan menelan yang lemah, yang disebabkan oleh kematangan otak yang belum sepenuhnya berkembang. Terapi sensorimotor oral atau fisioterapi oral dapat digunakan untuk membantu orang yang mengalami kesulitan menghisap dan menelan.

Penerapan stimulasi oral pada bayi prematur dan pengaruhnya dalam meningkatkan refleks menghisap dan menelan bayi selama 3 hari perawatan. Standar pelaksanaannya dilakukan terapi ini sebanyak tiga hari, untuk keberhasilan penguasaan dan Intervensi ini dilakukan setiap hari dengan durasi 15- 20 menit sebelum makan atau minum susu.

2. Tujuan terapi stimulasi oromotor

Program stimulasi oromotor dengan tujuan membantu refleks menghisap dan menelan bertujuan untuk meningkatkan tonus otot dan mengembangkan gerakan pada organ-organ di sekitar mulut, seperti bibir dan pipi. Metode stimulasi oromotor adalah intervensi khusus ini bertujuan untuk memberikan rangsangan pada bayi yang mengalami kesulitan dalam proses minum. Ini membantu merangsang kontraksi otot-otot wajah dan mulut serta memicu gerakan melawan tahanan, yang pada gilirannya meningkatkan kekuatan otot (Kemenkes RS Sardjito, 2019).

Kemampuan menghisap bayi prematur dan BBLR dapat ditingkatkan melalui program oral motor perioral (struktur luar mulut) dan intraoral (struktur dalam mulut) (Maghfuroh *et al.*, 2021).

3. Prosedur stimulasi oromotor

Stimulasi oromotor termasuk stimulasi perioral dan intraoral selama $\pm$ 3 menit dan dilanjutkan dengan menghisap dot selama $\pm$ 2 menit.

Stimulasi Perioral

a. Pipi

- 1) Tekan perlahan pipi dengan jari telunjuk (lakukan 8 kali pada masing-masing sisi).
- 2) Rangsang pipi dengan mengusap jari telunjuk dari pangkal hidung ke arah telinga, lalu kembali ke sudut bibir (lakukan 8 kali pada masing-masing sisi), dan ulangi proses tersebut pada sisi lain.

a. Bibir

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

Stimulasi Intraoral

a. 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 dot (4x setiap sisi gusi). Ulangi prosedur pada gusi bagian bawah.

b. Lidah

Tempatkan dot di lidah dan dengan lembut membelai maju, gabungkan dengan tekanan ke bawah (8x) (jika bayi menonjolkan lidah, hanya tekanan ke bawah yang diberikan).

c. Menghisap

Tempatkan dot di tengah langit-langit, belai lembut langit-langit untuk memicu reflek menghisap. Biarkan bayi menghisap dot selama 2 menit.

1. Keefektifan terapi stimulasi oromotor

Neonatus dengan kelahiran prematur cenderung mengalami beberapa masalah kesehatan, salah satunya adalah gangguan menelan. Gangguan menelan pada bayi prematur terjadi karena perkembangan refleks menghisap dan menelan bayi belum matang sehingga terjadi ketidaksempurnaan koordinasi antara mengisap – menelan – bernapas pada bayi. Bayi prematur dengan gangguan menelan tidak dapat diberikan nutrisi melalui oral secara penuh sehingga bergantung kepada pemberian nutrisi diberikan melalui selang makan, intervensi stimulasi oromotor dapat dilakukan untuk memperbaiki perkembangan refleks menghisap dan menelan

serta mengurangi durasi transisi dari pemberian makan melalui selang makan ke pemberian makan langsung melalui mulut pada bayi prematur (Putri *et al.*, 2021).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Putri *et al.*, 2021), dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan pada kemampuan mengisap dan menelan bayi serta koordinasi antara mengisap – menelan – bernapas bayi. Dapat disimpulkan stimulasi oral dapat meningkatkan kemampuan mengisap dan menelan pada bayi prematur dengan gangguan menelan.

Penelitian lain yang dilakukan (Nadila *et al.*, 2022), berdasarkan penelitian, defisit nutrisi sebagian teratasi dengan peningkatan kadar albumin, dan refleks hisap terdeteksi, mengurangi risiko terjadinya syok. Intervensi yang dilakukan oleh perawat di ruangan terus dilanjutkan untuk mengatasi dan mencegah masalah lebih lanjut. Dari hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa penerapan Stimulasi Oromotorik berhasil meningkatkan refleks menghisap dan menelan pada bayi prematur yang mengalami gangguan menelan.

Penelitian dari (Ainna Shafa and Yunida Triana, 2022) dengan hasil penelitian menunjukkan teknik oral motor exercise yang dilakukan berpengaruh terhadap reflek menghisap dan menelan pada bayi, implementasi yang dilakukan selama 3 hari dengan teknik oral motor exercise, sehingga dapat disimpulkan teknik oral motor exercise meningkatkan reflek menghisap dan gangguan menelan pada bayi.