

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

1. Definisi

Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram tanpa memperhatikan usia gestasi. Bayi dengan BBLR dapat terjadi pada bayi usia kurang bulan atau pada usia cukup bulan. Bayi kurang bulan adalah bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu atau 259 hari. Bayi cukup bulan adalah bayi dengan masa kehamilan mulai 37 minggu sampai 42 minggu atau 259 hari sampai 293 hari (Mendri, Badi'ah and Subargus, 2021). Pada tahun 1961, WHO telah menetapkan bahwa bayi yang baru lahir dan mempunyai berat kurang dari berat bayi normal yaitu 2500 gram disebut *Low Birth Weight Infants* (LBWI) (Agustin, Setiawan and Fauzi, 2019).

2. Tanda dan Gejala

Bayi yang lahir dengan berat badan rendah mempunyai ciri-ciri sebagai berikut : (Savira and Suharsono, 2022)

- a. Berat badan kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang dari 45 cm, lingkar kepala kurang dari 33 cm lingkar dada kurang dari 30 cm.
- b. Gerakan kurang aktif otot masih hipotonis.
- c. Umur kehamilan kurang dari 37 minggu.
- d. Kepala lebih besar dari badan, rambut tipis dan halus.
- e. Tulang-tulang tengkorak lunak, fontanela besar dan sutura besar.
- f. Telinga sedikit tulang rawannya dan berbentuk sederhana.
- g. Jaringan payudara tidak ada dan puting susu kecil.

- h. Pernapasan belum teratur dan sering mengalami serangan apneu.
- i. Kulit tipis dan transparan, lanugo (bulu halus) banyak, terutama pada dahi dan pelipis dahi serta lengan.
- j. Lemak subkutan kurang.
- k. Genetalia belum sempurna, pada wanita labia minora belum tertutup oleh labia mayora.
- l. Reflek menghisap dan menelan serta reflek batuk masih lemah.
- m. Bayi prematur mudah sekali mengalami infeksi karena daya tahan tubuh masih lemah, kemampuan leukosit masih kurang dan pembentukan antibodi belum sempurna. Oleh karena itu tindakan preventif sudah dilakukan sejak antenatal sehingga tidak terjadi persalinan dengan prematur dan BBLR.

3. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Pranata (2023), beberapa pemeriksaan penunjang yang bisa terjadi pada bayi dengan BBLR, antara lain : (Pranata, 2023)

- a. Radiologi
 - 1) Foto thoraks atau *baby gram* pada bayi baru lahir dengan usia kehamilan kurang bulan, dapat dimulai pada umur 8 jam. Gambaran foto thoraks pada bayi dengan penyakit *membrane hyaline* karena kekurangan surfaktan berupa terdapatnya retikulogranular pada parenkim dan bronkogram udara. Pada kondisi berat hanya tampak gambaran.
 - 2) USG kepala terutama pada bayi dengan usia kehamilan 35 minggu dimulai pada umur 2 hari untuk mengetahui adanya visualisasi ventrikel dan struktur otak garis tengah dengan fontanel anterior yang terbuka.

b. Laboratorium

- 1) Hematokrit (HCT) : Bayi usia 1 hari 48-69%, bayi usia 2 hari 48-75%, bayi usia 3 hari 44-72%
- 2) Hemoglobin (Hb) untuk bayi usia 1-3 hari 14,5-22,5g/dL.
- 3) Hb A lebih dari total atau 0,95 fraksi Hb. 49.
- 4) Hb F : Bayi usia 1 hari 63-92%, bayi usia 5 hari 65-88%, bayi usia 3 minggu 55-85%, dan usia 6-9 minggu 31-75
- 5) Jumlah leukosit
 - a) Bayi baru lahir $9,0-30,0 \times 10^3$ sel/mm³ (μ L)
 - b) Bayi usia 1 hari/ 24jam, $9,4-43 \times 10^3$ sel/mm³(μ L)
 - c) Usia 1 bulan $5,0-19,5 \times 10^3$ sel/mm³ (μ L)
- 6) Bilirubin Total (serum) : Tali pusat kurang dari 2,0 mg/dL, 0-1 hari 8,0 mg/dL, 1-2 hari 12,0 mg/dL, 2-5 hari 16,0 mg/dL, dan Kemudian 2,0 mg/dL
- 7) Glukosa : Glukosa (8-12 jam post natal) disebut hipoglikemi plasma kurang dari 50 mg/dL.
- 8) Serum : Tali pusat 45-96 mg/dL, bayi baru lahir (usia 1 hari) 40-60 mg/dL, bayi usia lebih dari 1 hari 50-90 mg/dL
- 9) Analisa gas darah
 - a) Tekanan parsial CO₂ (PO₂) bayi baru lahir 27-40 mmHg.
 - b) Tekanan parsial O₂ (PO₂) (Lahir 8-24 mmHg, 5-10 menit 33-75 mmHg, 30 menit 31-85 mmHg, Lebih dari 1 jam 55-80 mmHg, 1 hari 54-95 mmHg, Kemudian (menurun sesuai usia) 83-108 mmHg).
 - c) Saturasi oksigen (SaPO₂) : Bayi baru lahir 85-90%, Kemudian 95-99%.
 - d) pH bayi prematur (48 jam) 7,35-7,50.

e) Elektrolit darah (k/p)

- a. Natrium : Serum dan plasma Bayi baru lahir 136-146 mEq/L, Bayi 24 jam 40-220 mEq/L, Urine 24 jam 40-220 mEq/L.
- b. Kalium : Serum bayi baru lahir 3,0-6,0 mEq/L. Plasma (heparin) 3,4-4,5 mEq/L. Urine 24 jam 2,5-125 mEq/L.
- c. Klorida : Tali pusat 96-104 mEq/L. Bayi baru lahir 97-110 mEq/L.

4. Pengobatan

Menurut Mendri, dkk (2021), pengobatan dan penanganan yang dapat diberikan pada BBLR, yaitu : (Mendri, Badi'ah and Subargus, 2021)

- a. Stabilisasi suhu, jaga bayi agar tetap hangat adalah dengan menjaga agar tubuh bayi tetap kering dan terhindar dari aliran angin serta berbagai benda bersuhu dingin.
- b. Jaga jalan napas tetap bersih dan terbuka.
- c. Nilai segera kondisi bayi, terutama tanda vital : frekuensi pernapasan, frekuensi denyut jantung, warna kulit, dan aktivitas.
- d. Kelola sesuai dengan kondisi spesifik atau komplikasinya :
 - 1) Jika bayi mengalami gangguan napas, kelola gangguan napas.
 - 2) Jika bayi kejang hentikan kejang dengan anti konvulsan.
 - 3) Jika bayi dehidrasi, pasang jalur intravena, berikan cairan rehidrasi, IV (Mendri, Badi'ah and Subargus, 2021).

Menurut Mendri dkk (2021), tata cara yang dapat dilakukan untuk merawat BBLR yaitu : (Mendri, Badi'ah and Subargus, 2021)

a. Mempertahankan suhu tubuh bayi

BBLR dirawat di dalam inkubator. Inkubator yang modern dilengkapi alat pengatur suhu dan kelembaban agar bayi dapat mempertahankan suhu normal. Sebelum memasukan bayi ke dalam inkubator, inkubator terlebih dahulu dihangatkan sampai sekitar 29,40 °C, untuk bayi dengan berat 1,7 kg dan 32,20 °C untuk bayi yang lebih kecil. Bayi dirawat dalam keadaan telanjang, hal ini memungkinkan pernafasan yang adekuat, bayi dapat bergerak tanpa dibatasi pakaian, observasi terhadap pernapasan lebih mudah.

b. Pengaturan dan pengawasan intake nutrisi

ASI (Air Susu Ibu) merupakan pilihan pertama jika bayi mampu menghisap. Bila bayi tidak kuat menghisap maka ASI dapat diperas dan diminumkan dengan sendok perlahan-lahan atau dengan memasang sonde lambung.

c. 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 imunoglobulin serum pada BBLR masih rendah. BBLR tidak boleh kontak dengan penderita infeksi dalam bentuk apapun.

d. Penimbangan berat badan

Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi atau nutrisi bayi. Oleh sebab itu, penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat.

e. 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.

B. Masalah Gangguan Menelan Pada Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

1. Definisi

Gangguan menelan merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring, atau esofagus (PPNI, 2017).

Disfagia atau gangguan menelan adalah gangguan menelan yang melibatkan kesulitan dalam memproses dan/atau memindahkan cairan dan/atau makanan melalui rongga mulut, faring, esofagus, atau persimpangan gastroesofageal. SLP atau ahli patologi wicara dan bahasa juga mengenali penyebab dan tanda atau gejala disfagia esofageal dan membuat rujukan yang tepat untuk diagnosis dan penanganannya (Association, 2023).

2. Penyebab

Penyebab (etiologi) dalam diagnosis keperawatan adalah faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Penyebab (etiologi) untuk masalah gangguan menelan, yaitu :

- a. Gangguan serebrovaskular
- b. Gangguan saraf kranialis
- 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 mekanis
- o. Prematuritas

3. Gejala dan Tanda Mayor dan Minor

Menurut (PPNI, 2017), data mayor dan minor dari masalah keperawatan gangguan menelan, yaitu :

- a. Gejala dan tanda mayor
 - 1) Subjektif
 - a) Mengeluh sulit menelan
 - 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) Refluks 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 terbentuk lama
- i) Waktu makan lama
- j) Porsi makanan tidak habis
- k) Fase oral abnormal
- l) Mengiler

Faring

1) Subjektif

- a) Menolak makan

2) Objektif

- a) Muntah
- b) Posisi kepala kurang elevasi
- c) 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

Adapun beberapa kondisi klinis terkait pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan menelan, yaitu : (PPNI, 2017)

- a. Stroke
- b. Distrofi muskuler
- c. Poliomyelitis
- d. *Cerebral palsy*
- e. Penyakit Parkinson
- f. *Guillain Barre Syndrome*
- g. Myastenia gravis
- h. *Amytropic lateral sclerosis*
- i. Neoplasma otak
- j. Kerusakan saraf kranialis V, VII, IX, X, XII
- k. Esofagitis

5. Penatalaksanaan Gangguan Menelan Pada Bayi Dengan BBLR

Menurut (PPNI, 2018), penatalaksanaan keperawatan yang digunakan untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan menelan yang mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan menggunakan intervensi

utama dukungan perawatan diri: makan/minum dan pencegahan aspirasi, yaitu sebagai berikut :

a. Dukungan perawatan diri: makan/minum

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) Letakkan makanan di sisi mata yang sehat
- d) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
- e) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
- f) Sediakan makanan dan minuman yang disukai
- g) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu
- h) 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

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 nasogastrik 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. Asuhan Keperawatan Gangguan Menelan Pada Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan proses pertama dalam proses keperawatan. Tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsi kerja serta respon klien pada saat ini dan sebelumnya (Pranata, 2023).

a. Identitas klien

Pada bayi BBLR identitas klien berupa berat badan bayi kurang dari 2.500 gram, jenis kelamin, usia gestasi kurang dari 37 minggu.

b. Keluhan utama

Keluhan yang sering dialami oleh bayi BBLR antara lain 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. Genetalia 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.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Bayi dengan riwayat dengan berat badan kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang dari 45 cm, lingkar dada di bawah 30 cm, lingkar kepala kurang dari 32 cm.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Ibu dengan riwayat kelahiran prematur, umur ibu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun, jarak kedua kehamilan yang terlalu dekat.

e. 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.

f. Riwayat kehamilan atau persalinan

- 1) Riwayat kehamilan : keadaan ibu yang berisiko tinggi yang menyebabkan BBLR adalah mempunyai penyakit hipertensi, toksemia, plasenta previa, abrupsi plasenta, inkontinens servikal, kehamilan kembar, malnutrisi dan diabetes mellitus, dan tiadanya perawatan sebelum kelahiran (*prenatal care*), riwayat kelahiran prematur atau aborsi, penggunaan obat-obatan, alkohol, rokok, kafein.
- 2) Riwayat ibu : umur dibawah 16 tahun atau diatas usia 35 tahun dan latar pendidikan yang kurang, rendahnya gizi, kehamilan yang berdekatan dan penyakit hubungan seksual lain.
- 3) Riwayat persalinan yang lalu : jumlah gravida, jumlah partal, dan jumlah abortus, umur kehamilan, saat bersalin, jenis persalinan, penolong persalinan, BB bayi, kelainan fisik, kondisi anak saat ini.
- 4) Riwayat nifas pada persalinan lalu : masalah nifas dan laktasi yang pernah dialami.

- 5) Riwayat KB : Jenis kontrasepsi yang digunakan setelah persalinan, dan jumlah anak yang diinginkan.
- 6) Status tumbuh kembang : Tumbuh adalah bertambahnya ukuran fisik, seperti berat dan tinggi badan. Kembang ialah bertambahnya kemampuan struktur dan fungsi tubuh menjadi lebih kompleks, seperti kemampuan bayi bertambah dari berguling menjadi duduk, berdiri, dan berjalan. Kemampuan ini harus sesuai dengan umurnya, atau disebut tonggak perkembangan anak. Skrining pertumbuhan dilakukan dengan menimbang berat badan, mengukur panjang/tinggi badan dan lingkar kepala. Sedangkan skrining perkembangan dapat dilakukan dengan melakukan pengamatan langsung pada bayi atau anak oleh petugas kesehatan dan juga menggunakan kuesioner yang dijawab oleh orangtua atau menggunakan buku kesehatan Ibu dan Anak. Skrining atau pemantauan dilakukan pada semua anak umur 0-6 tahun (oleh petugas kesehatan di tingkat Puskesmas), semua bayi atau anak yang mempunyai risiko tinggi (oleh dokter anak di rumah sakit). Skrining/pemantauan tumbuh kembang bayi dianjurkan untuk dilakukan tiap bulan. Bagi anak usia 12 sampai 24 bulan dianjurkan tiap 3 bulan, dan anak usia 24 bulan sampai 72 bulan dianjurkan tiap 6 bulan (Kemenkes, 2014).

g. Pola kebiasaan sehari-hari

1) 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 BBLR mendapatkan pemberian ASI dalam jumlah yang lebih

sedikit tetapi sering. Bayi BBLR dengan kehamilan lebih dari 35 minggu dan berat lahir 2000 gram umumnya bisa langsung menetek.

2) Pola makan dan minum

Air susu ibu (ASI) merupakan pilihan pertama jika bayi mampu menghisap. ASI merupakan makanan yang paling utama, sehingga ASI adalah pilihan yang harus didahulukan untuk diberikan. Bila faktor menghisapnya kurang maka ASI dapat diperas dan diminumkan dengan sendok perlahan-lahan atau memasang sonde ke lambung. Permukaan cairan yang diberikan sekitar 200cc/kg BB/hari. Pemberian makanan interval tiap jam dilakukan pada BBLR. Reflek hisap yang lemah, sehingga pemberian minum sebaiknya sedikit demi sedikit, tetapi dengan frekuensi yang lebih sering.

3) Pola eliminasi

Umumnya bayi dengan BBLR mengalami gangguan BAB karena organ tubuh terutama pencernaan belum sempurna.

4) Pola kebersihan diri (*personal hygiene*)

Perawat dan keluarga harus menjaga kebersihan bayi, terutama saat BAB dan BAK, karena saat BAB dan BAK harus diganti popok khusus bayi BBLR yang kering dan halus.

5) Pola tidur

Terlihat gerak bayi masih pasif, tangisannya masih merintih, meskipun keadaan lapar bayi tetap tidak menangis, bayi cenderung lebih banyak tidur dan pemalas. Tonus otot lemah sehingga bayi kurang aktif dan pergerakannya lemah.

h. Pemeriksaan Fisik

1) Antropometri

Berat badan normal bayi 2500-4000 gram, panjang aterm kepala ke tumit rata-rata 45-53 cm, lingkar kepala normalnya 34-9 cm, lingkar dada ukuran normal 31-33 cm, lingkar lengan atas normal saat lahir 11 cm.

2) Kepala

Inspeksi : Simetris/tidak, persebaran rambut merata/tidak.

Palpasi : Fontanela menutup/tidak, cekung/tidak, ubun-ubun cekung/cekung/datar, lingkar kepala, nyeri tekan/tidak, mauling/moulase tulang kepala tumpang tindih/tidak.

3) Wajah

Inspeksi : Simetris/tidak, terdapat lanugo/tidak, pucat/tidak.

Palpasi : Nyeri tekan/tidak.

4) Mata

Inspeksi : Simetris/tidak, konjungtiva normal/anemis, sklera (putih, bersih, ikterus), pupil miosis/midriasis, bersih/tidak, mata cowong/tidak, bentuk bola mata menonjol/cekung/normal.

Palpasi : Nyeri tekan/tidak.

5) Hidung

Inspeksi : Simetris/tidak, pernafasan cuping hidung iya/tidak, adanya pembengkakan sputum hidung/tidak, ada polip/tidak, ada sekret/tidak.

Palpasi : Nyeri tekan/tidak.

6) Telinga

Inspeksi : Simetris/tidak, ada serumen/tidak, tulang rawan sudah matang/belum, ketiak ditekuk kembali/tidak.

Palpasi : Daun telinga keras/lunak, ada nyeri tekan /tidak.

7) Dada dan Punggung

Inspeksi : Simetris/tidak, ada pergerakan dada/tidak, adanya penonjolan/tidak.

Palpasi : Nyeri tekan/tidak, adakah rambut abnormal/tidak.

8) Abdomen

Inspeksi : Perut tampak buncit/kembung, pembuluh darah tampak/tidak.

Palpasi : Nyeri tekan/tidak pada area abdomen

Auskultasi : Peristaltik usus dapat terdengar antara 9-30 x/menit, timpani/hipertimpani.

9) Genetalia dan Anus

Pada bayi perempuan labia minora belum tertutup dengan labia mayora, pada bayi laki – laki didapatkan testis yang belum turun.

10) Ekstremitas

Pada BBLR terdapat sedikit garis plantar, Otot-otot masih hipotonik, kepala mengarah ke satu sisi, pergelangan kaki dan sendi lutut dalam fleksi atau lurus.

11) Refleks

a) Refleks *rooting*

Reflek ini karena stimulasi taktil pada pipi dan daerah mulut, bayi akan memutar kepala seakan-akan mencari puting susu. Pola perkembangan menghilang

di usia 3-7 bulan bila tak ada respons. Bayi kurang bulan (prematur) atau kemungkinan adanya kelainan sensorik.

b) Reflek *sucking*

Ketika bagian langit-langit mulut bayi tersentuh, ia akan refleksi melakukan gerakan menghisap. Tanda-tanda reflek hisap yang kuat dapat diketahui apabila mulut bayi dirangsang dengan jari dan puting susu maka bayi langsung menghisap dengan kuat. Sedangkan reflek hisap yang lemah atau belum kuat ditandai dengan bayi sering berhenti menghisap saat minum ASI.

c) Refleks *moro/startl*

Reflek di mana bayi akan mengembangkan tangan dan jari lebar-lebar, lalu mengembalikan dengan yang cepat seakan-akan memeluk jika tiba-tiba dikejutkan oleh suara atau gerakan pola perkembangan hilang di usia 3-4 bulan bila tidak ada respons, menunjukkan fraktur atau cedera pada bagian tubuh tertentu.

d) Refleks menggenggam (*grasp*)

Reflek yang timbul bila ibu jari diletakkan pada telapak tangan bayi, maka bayi akan menutup telapak tangannya, menghilang di usia 3-4 bulan bila tidak ada respons menunjukkan kelainan pada saraf otak.

e) Reflek Plantar

Reflek yang timbul bila telapak kaki disentuh, maka bayi akan menutup telapak kakinya, menghilang di usia 8 bulan (Pranata, 2023).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk

mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu Diagnosis Negatif dan Diagnosis Positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas Diagnosis Aktual dan Diagnosis Risiko. Sedangkan Diagnosis Positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut juga dengan Diagnosis Promosi Kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama, yaitu masalah (*problem*) atau label diagnosis dan indikator diagnostik (PPNI, 2017).

a. Masalah (*problem*)

Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri atas Deskriptor atau penjabar dan Fokus Diagnostik. Deskriptor merupakan pernyataan yang menjelaskan bagaimana suatu fokus diagnosis terjadi.

b. Indikator diagnostik

Indikator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda atau gejala, dan faktor risiko dengan uraian sebagai berikut.

- 1) Penyebab (*Etiology*) merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi dapat mencakup empat kategori yaitu fisiologis, biologis atau psikologis, efek terapi/tindakan, situasional (lingkungan atau personal), dan maturasional.

- 2) Tanda (*Sign*) merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostik, sedangkan Gejala (*Symptom*) merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis. Tanda atau gejala dikelompokkan menjadi dua kategori, yaitu :
- a) Mayor : Tanda atau gejala ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosis.
 - b) Minor : Tanda atau gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis.
- 3) Faktor Risiko merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan.

Pada diagnosis aktual, indikator diagnostiknya terdiri atas penyebab dan tanda atau gejala. Pada diagnosis risiko tidak memiliki penyebab dan tanda atau gejala, hanya memiliki faktor risiko. Sedangkan pada diagnosis promosi kesehatan, hanya memiliki tanda/gejala yang menunjukkan kesiapan klien untuk mencapai kondisi yang lebih optimal.

Proses penegakkan diagnosis (*diagnostic process*) atau mendiagnosis merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap, yaitu analisis data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis.

a. Analisis data

Analisis data dilakukan dengan tahapan sebagai berikut : (PPNI, 2017).

1) Bandingkan data dengan nilai normal

Data-data yang didapatkan dari pengkajian dibandingkan dengan nilai-nilai normal dan identifikasi tanda atau gejala yang bermakna (*significant cues*).

2) Kelompokkan data

Tanda atau gejala yang dianggap bermakna dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar yang meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi/cairan, eliminasi, aktivitas/istirahat, neurosensori, reproduksi/seksualitas, nyeri/kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan/perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan/pembelajaran, interaksi sosial, dan keamanan/proteksi. Proses pengelompokan data dapat dilakukan baik secara induktif maupun deduktif. Secara induktif dengan memilah data sehingga membentuk sebuah pola, sedangkan secara deduktif dengan menggunakan kategori pola kemudian mengelompokkan data sesuai kategorinya (PPNI, 2017).

b. Identifikasi masalah

Setelah data dianalisis, data diidentifikasi masalah aktual, risiko dan/atau promosi kesehatan. Pernyataan masalah kesehatan merujuk ke label diagnosis keperawatan (PPNI, 2017).

c. Perumusan masalah

Perumusan atau penulisan diagnosis disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Penulisan karya ilmiah akhir ners ini akan berfokus pada diagnosis keperawatan aktual, yaitu gangguan menelan. Perumusan diagnosis keperawatan gangguan menelan pada bayi dengan BBLR di Ruang Perinatologi berdasarkan format penulisan diagnosis keperawatan menurut SDKI, 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

Rencana atau intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Setiap intervensi keperawatan pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia terdiri atas tiga komponen, yaitu label, definisi, dan tindakan yang mencakup observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018).

Luaran (*outcome*) 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 memiliki tiga komponen utama, yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil (PPNI, 2019).

Rencana keperawatan pada diagnosis keperawatan gangguan menelan ini mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dengan label status menelan (L.06052) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan label dukungan perawatan diri: makan/minum (I.11351) serta label pencegahan aspirasi (I.01018) yang ditambahkan dengan pemberian terapi *oral motor exercise*.

Tabel 1
Kajian Teori Rencana Asuhan Keperawatan Gangguan Menelan Dengan
Terapi Oral Motor Exercise Pada Bayi Dengan Berat Badan Lahir
Rendah (BBLR) Di RSUD Wangaya Tahun 2025

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
Gangguan Menelan (D.0063) Definisi : Gangguan menelan adalah fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring, atau esofagus. Penyebab : a. Gangguan serebrovaskular b. Gangguan saraf kranialis 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	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Status Menelan (L.06052) membalik 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	Intervensi Utama Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (I.11351) Observasi 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi bayi, jika perlu Terapeutik 4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 5. Atur posisi yang nyaman untuk minum 6. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat 7. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 8. Berikan bantuan saat minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu	Intervensi Utama Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (I.11351) Observasi 1. Untuk mengetahui diet yang dianjurkan 2. Untuk memantau kemampuan menelan 3. Untuk memantau status hidrasi bayi, jika perlu Terapeutik 4. Untuk memberikan rasa menyenangkan selama makan 5. Untuk memberikan posisi yang nyaman untuk minum 6. Agar pasien mudah melihat makanan 7. Untuk meningkatkan kualitas dan tekstur makanan 8. Agar pasien dapat minum dengan baik

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
k. Defek rongga nasofaring	7. Frekuensi tersedak	Edukasi	Edukasi
l. Defek trakea	menurun	9. Jelaskan tujuan pemberian Terapi	9. Agar mengetahui tujuan pemberian
m. Refluk gastroesofagus	8. Batuk	<i>Oral Motor Exercise</i>	Terapi <i>Oral Motor Exercise</i>
n. Obstruksi mekanis	9. Muntah	10. Ajarkan keterampilan koping	10. Agar mengetahui keterampilan koping
o. Prematuritas	10. Reflek lambung	untuk penyelesaian masalah perilaku makan dengan	untuk masalah gangguan menelan dengan Terapi <i>Oral Motor Exercise</i>
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif	11. Gelisah	<i>Terapi Oral Motor Exercise</i>	
1. Mengeluh sulit menelan	12. Regurgitasi	Kolaborasi	Kolaborasi
Objektif	13. Produksi saliva	11. Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi	11. Untuk membantu mengurangi rasa sakit
1. Batuk sebelum menelan	membaik		
2. Batuk setelah makan atau minum	14. Penerimaan makanan		
3. Tersedak	membaik	Pencegahan Aspirasi (I.01018)	Pencegahan Aspirasi (I.01018)
4. Makanan tertinggal di rongga mulut	15. Kualitas suara	Observasi	Observasi
Gejala dan Tanda Minor Oral Subjektif	membaik	1. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan	1. Untuk memantau tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan
(tidak tersedia)		2. Monitor status pernapasan	2. Untuk memantau status pernapasan
		3. Monitor bunyi napas, terutama setelah minum	3. Untuk memantau bunyi napas, terutama setelah minum

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
Objektif		4. Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral	4. Untuk mengetahui residu gaster sebelum memberi asupan oral
1. Bolus masuk terlalu cepat			
2. Refluks nasal			
3. Tidak mampu membersihkan rongga mulut		5. Periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberi asupan oral	5. Untuk mengetahui kepatenan selang nasogastrik sebelum memberi asupan oral
4. Makanan jatuh dari mulut			
5. Makanan terdorong keluar dari mulut		Terapeutik 6. Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral	Terapeutik 6. Untuk mencegah masuknya makanan atau minuman ke saluran pernapasan
6. Sulit mengunyah		7. Pertahankan posisi semi fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar	7. Untuk mencegah terjadinya aspirasi pada pasien
7. Muntah sebelum menelan			
8. Bolus terbentuk lama		8. Pertahankan kepatenan jalan napas (mis. Teknik <i>head-tilt chin-lift, jaw thrust, in line</i>)	8. Untuk mempertahankan kepatenan jalan napas (mis. Teknik <i>head-tilt chin-lift, jaw thrust, in line</i>)
9. Waktu makan lama			
10. Porsi makanan tidak habis			
11. Fase oral abnormal		9. Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi sekret meningkat	9. Untuk membersihkan jalan napas pasien
12. Mengiler Faring Subjektif		10. Sediakan <i>suction</i> di ruangan	10. Untuk melakukan <i>suction</i> pada bayi
Objektif		11. Hindari memberi minum melalui	11. Untuk mencegah terjadinya aspirasi
1. Muntah			

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
2. Posisi kepala kurang elevasi		selang gastrointestinal, jika residu banyak	dan gangguan gastrointestinal
3. Menelan berulang-ulang		12. Berikan obat oral dalam bentuk cair	12. Agar mudah dikonsumsi
Esofagus		Edukasi	Edukasi
Subjektif			
1. Mengeluh bangun di malam hari		13. Ajarkan keluarga bayi untuk memberikan minum secara perlahan	13. Untuk mengontrol proses menelan dan mengurangi risiko aspirasi
2. Nyeri epigastrik		14. Ajarkan keluarga bayi strategi mencegah aspirasi	14. Untuk mengetahui strategi mencegah aspirasi
Objektif		Kolaborasi	Kolaborasi
1. Hematemesis		15. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu	15. Untuk merelaksasikan otot-otot pada saluran pernapasan
2. Gelisah			
3. Regurgitasi			
4. Odinofagia			
5. Bruksisme			

Sumber : (PPNI, 2017), (PPNI, 2018), (PPNI, 2019)

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan atau implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018). Secara umum implementasi terdiri dari mengerjakan, mendelegasikan dan pencatatan. Proses implementasi terdiri dari mengkaji klien kembali, menentukan kebutuhan bantuan perawat lain, mengimplementasikan strategi keperawatan dan mengkomunikasikan tindakan-tindakan keperawatan. Tujuan dari implementasi pada asuhan keperawatan BBLR ini adalah untuk melakukan intervensi sesuai dengan instruksi keperawatan yang telah dibuat,

kemudian mengakhiri langkah implementasi dengan mencatat aktivitas klien yang dilakukan serta respon klien yang dihasilkan (Pranata, 2023). Adapun implementasi yang dilakukan pada bayi dengan BBLR, yaitu :

a. Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (I.11351)

Observasi

- 1) Mengidentifikasi diet yang dianjurkan
- 2) Memonitor kemampuan menelan
- 3) Memonitor status hidrasi bayi, jika perlu

Terapeutik

- 4) Menciptakan lingkungan yang menyenangkan selama minum
- 5) Mengatur posisi yang nyaman untuk minum
- 6) Meletakkan makanan di sisi mata yang sehat
- 7) Menyiapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
- 8) Memberikan bantuan saat minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu

Edukasi

- 9) Menjelaskan tujuan pemberian Terapi *Oral Motor Exercise*
- 10) Mengajarkan keterampilan koping untuk penyelesaian masalah perilaku makan dengan Terapi *Oral Motor Exercise*

Kolaborasi

- 11) Mengkolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi

b. Pencegahan Aspirasi (I.01018)

Observasi

- 1) Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan
- 2) Memonitor status pernapasan

- 3) Memonitor bunyi napas, terutama setelah minum
- 4) Memeriksa residu gaster sebelum memberi asupan oral
- 5) Memeriksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberi asupan oral

Terapeutik

- 6) Memposisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral
- 7) Mempertahankan posisi semi fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar
- 8) Mempertahankan kepatenan jalan napas (mis. Teknik head-tilt chin-lift, jaw thrust, in line)
- 9) Melakukan penghisapan jalan napas, jika produksi sekret meningkat
- 10) Menyediakan suction di ruangan
- 11) Menghindari memberi minum melalui selang gastrointestinal, jika residu banyak
- 12) Memberikan obat oral dalam bentuk cair

Edukasi

- 13) Mengajarkan keluarga bayi untuk mebibrikan minum secara perlahan
- 14) Mengajarkan keluarga bayi strategi mencegah aspirasi

Kolaborasi

- 15) Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Pranata, 2023). Evaluasi terdiri dari dua jenis, yaitu evaluasi formatif (evaluasi proses) dan evaluasi sumatif (evaluasi hasil). Evaluasi formatif dilakukan

pada setiap selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dan dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, serta rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan (Polopadang and Hidayah, 2019).

Perumusan evaluasi meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan (Pranata, 2023).

- a. S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan pasien, kecuali pada pasien yang afasia.
- b. O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- c. A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan pasien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- d. P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan sehat.

D. Konsep Terapi *Oral Motor Exercise* Pada Bayi Dengan BBLR

1. Definisi Terapi *Oral Motor Exercise*

Oral motor atau stimulasi oral didefinisikan sebagai stimulasi sensoris pada bibir, rahang, lidah, palatum lunak, faring, laring dan otot-otot yang respirasi yang berpengaruh di dalam mekanisme orofaringeal. Stimulasi sensoris pada struktur oral ini dapat meningkatkan kemampuan struktur oral dalam menghisap (*sucking*) dan menelan (*swallow*) (Maghfuroh *et al.*, 2021).

2. Tujuan Terapi *Oral Motor Exercise*

Stimulasi oral merupakan bentuk stimulasi sensoris yang dapat bertujuan untuk menurunkan hipersensitifitas oral, meningkatkan lingkup gerak dan kekuatan otot-otot menghisap, dan mengaktifkan reflek yang memfasilitasi proses menghisap program stimulasi oral ini terdiri dari stimulasi pada struktur pada struktur perioral seperti pipi, rahang dan bibir dan *stroking* pada stuktur intraoral seperti geraham, pipi bagian dalam, lidah dan palatum (Maghfuroh *et al.*, 2021).

Tindakan stimulus *oral motor exercise* merupakan sebuah tindakan pijat yang berfungsi untuk memberikan rangsangan pada otot di sekitar oral untuk menciptakan daya refleksi, daya hisap, dan normalisasi pernafasan agar transisi makan oral secara mandiri dapat terjadi secepatnya, setidaknya tidak membutuhkan sebuah kekuatan dalam melakukannya (Fristalia *et al.*, 2024).

3. Prosedur Terapi *Oral Motor Exercise*

Tabel 2
Prosedur Terapi *Oral Motor Exercise* Asuhan Keperawatan Gangguan Menelan Dengan Terapi *Oral Motor Exercise* Pada Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Di RSUD Wangaya Tahun 2025

Tahapan	Tindakan
Tahap Persiapan	1. Persiapan pasien
	a. Lakukan informed consent
	b. Informasikan waktu pada keluarga bayi selama 15 menit
	c. Pindahkan bayi ke tempat tidur
	d. Atur posisi bayi
	2. Persiapan alat
Tahap Kerja	a. Handuk kecil
	b. Handscoon
	c. Dekatkan alat-alat ke bayi dan perawat
	1. Berikan posisi yang nyaman kepada bayi
	2. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan, gunakan handscoon

Tahapan	Tindakan
	3. Letakkan handuk di atas dada bayi 4. Lakukan <i>oral motor exercise</i>
	Stimulasi Perioral 5. Pipi Tekan pipi kiri/kanan dengan jari telunjuk dengan lembut secara bergantian searah jarum jam (8x pada masing-masing pipi)
	
	6. 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)
	
	Stimulasi Intraoral 7. Gusi Mengusapkan dengan lembut membentuk huruf O pada area gusi, usapan lembut di bagian lidah dari dalam keluar setelah itu usapan bagian palatum, terakhir meletakkan jari bayi pada lidah dan memperhatikan reflek bayi

Tahapan	Tindakan
---------	----------



8. Lidah

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



9. Menghisap

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



Tahapan	Tindakan
	
Tahap Terminasi	1. Evaluasi hasil tindakan <i>oral motor exercise</i> terhadap kenyamanan bayi 2. Merapikan kembali peralatan 3. Perawat membuka handscoon dan mencuci tangan 4. Informasikan pertemuan selanjutnya

Sumber : (Pranata, 2023)

4. Keefektifan Terapi *Oral Motor Exercise*

Oral motor exercise pada bayi dengan BBLR dapat meningkatkan reflek hisap bayi supaya kebutuhan nutrisinya tercukupi dan dapat memperbaiki kondisi bayi sehingga dapat mengurasi waktu perawatan di ruang bayi. Adapun manfaat lain dari terapi ini adalah : (Pranata, 2023)

- a. Dapat menyusui dengan baik
- b. Intake bayi adekuat
- c. Hisapan bayi kuat
- d. Berat badan meningkat