

*dr. Pertiwi Febriana Chandrawati MSc, SpA*

# **BAYI BERAT LAHIR RENDAH**

NAMA : Bp. NAWATI KURNIAWATI  
TGL : 6-5-03  
DIAG : db. NI  
DIET : BB: 1800 gr  
Dr : 718119

NAMA : ST. IKA KEMAL L  
TGL : 1-5-2003  
DIAG : 40 Sel  
DIET :  
Dr : 718126

NAMA : IRY PULISTYOWATI  
TGL : 7-5-03  
DIAG : MAKUT SOMIC  
DIET : 0-7 BB: 6000gr  
Dr CM: 718528



89-90

# Definisi ..

- **BBLR** : bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram, tanpa memandang masa gestasi.

# Macam BBLR

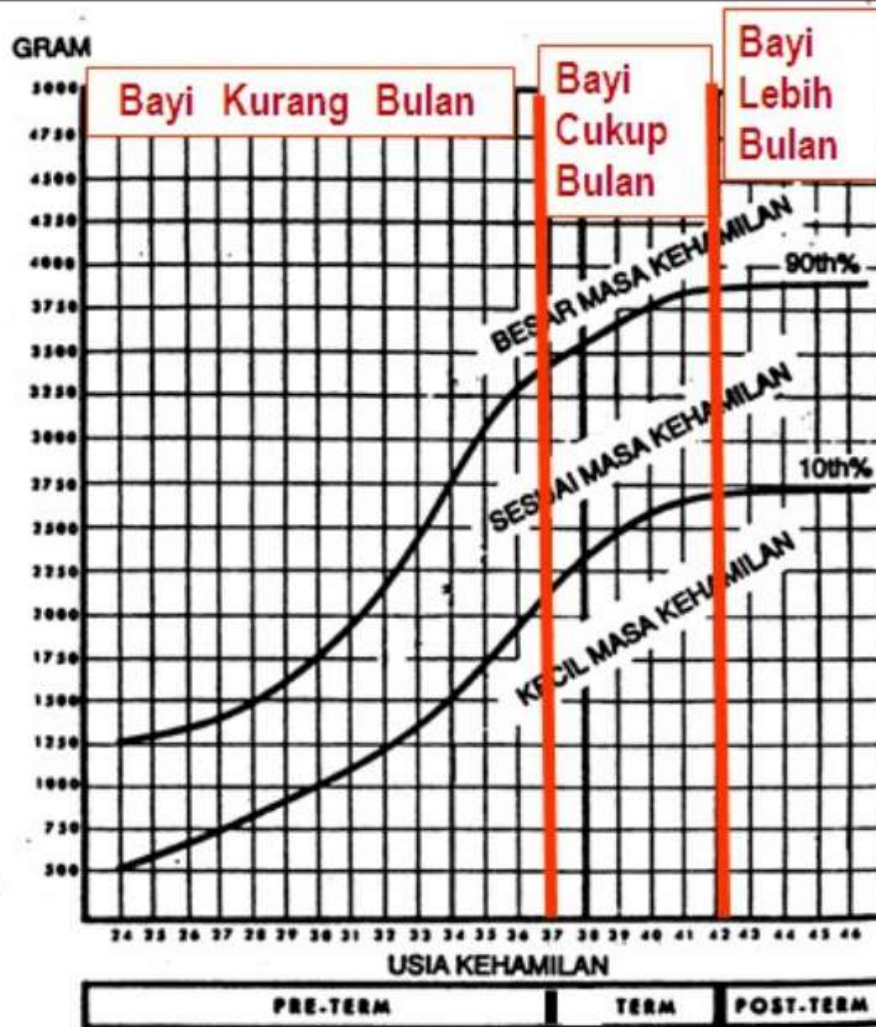
1. Bayi berat lahir rendah (BBLR), berat lahir 1.500-2.500 gram.
2. Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR), berat lahir  $< 1.500$  gram.
3. Bayi lahir ekstrem rendah (BBLER) berat lahir  $< 1.000$  gram.

# KLASIFIKASI

Bayi berat lahir rendah (BBLR) dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu :

1. Prematuritas murni, yaitu bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badan sesuai berat badan untuk usia kehamilan ( SMK )
2. Dismaturitas, yaitu bayi dengan berat badan kurang, dari berat badan yang seharusnya untuk usia kehamilan, ini menunjukkan bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterine ( KMK ) atau bayi yang dilahirkan dengan berat badan lahir kurang dari persentil 10 kurva pertumbuhan Lubchenko

# KURVA PERTUMBUHAN JANIN (LUBCHENCO)



# ETIOLOGI

## Faktor Ibu

- a. Toksemia gravidarum (pre-eklampsia dan eklampsia)
- b. Riwayat kelahiran premature sebelumnya, perdarahan antepartum dan malnutrisi, anemia sel sabit.
- c. Kelainan bentuk uterus (misal : uterus bikurnis, inkompeten serviks).
- d. Tumor (misal : mioma uteri, eistoma).
- e. Ibu yang menderita penyakit antara lain :
  - 1) Akut dengan gejala panas tinggi (misal : tifus abdominalis dan malaria).
  - 2) Kronis (misal: TBC, penyakit jantung, hipertensi, penyakit ginjal (glomerulonefritis akut).
- f. Trauma pada masa kehamilan antara lain jatuh.
- g. Kebiasaan ibu (ketergantungan obat narkotik, rokok dan alkohol)
- h. Usia ibu pada waktu hamil kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.

## 2. Faktor Janin

- a. Kehamilan ganda.
- b. Hidramnion.
- c. Ketuban pecah dini.
- d. Cacat bawaan, kelainan kromosom.
- e. Infeksi (misal : rubella, sifilis, toksoplasmosis).
- f. Insufensi plasenta.
- g. Inkompatibilitas darah ibu dari janin (faktor rhesus, golongan darah A, B, dan O)

## 3. Faktor Plasenta

- a. Plasenta privea.
- b. Solusi plasenta.

## 4. Faktor lingkungan Radiasi atau zat-zat beracun.

## 5. Keadaan sosial ekonomi yang rendah

## 6. Kebiasaan : pekerjaan yang melelahkan dan merokok

# TANDA DAN GEJALA

1. Umur kehamilan sama dengan atau kurang dari 37 minggu.
2. Berat badan sama dengan atau kurang dari 2.500 gram.
3. Panjang badan sama dengan atau kurang dari 46 cm, lingkar kepala sama dengan atau kurang dari 33 cm, lingkar dada sama dengan atau kurang dari 30 cm.
4. Rambut lunugo masih banyak.
5. Jaringan lemak subkutan tipis atau kurang.
6. Tulang rawan daun telinga belum sempurna pertumbuhannya.



# TANDA DAN GEJALA

7. Tumit mengkilap, telapak kaki halus.
8. Genetalia belum sempurna, labia minora belum tertutup oleh labia mayora, klitoris menonjol (pada bayi perempuan). Testis belum turun ke dalam skrotum, pigmentasi dan rugae pada skrotum kurang (pada bayi laki-laki).
9. Tonus otot lemah sehingga bayi kurang aktif dan pergerakannya lemah.
10. Fungsi syaraf yang belum atau tidak efektif dan tangisnya lemah.
11. Jaringan kelenjar mammae masih kurang akibat pertumbuhan otot dan jaringan lemak masih kurang.
12. Verniks kaseosa tidak ada atau sedikit bila ada.



FIG. 2-7 Lanugo. This fine body hair resembling "peach fuzz" is present on infants of 34 to 32 weeks' gestation.



FIG. 2-8 Sole creases. Transverse sole creases cover approximately half the sole in this infant, indicating a gestational age of approximately 34 weeks.



FIG. 2-8 Ear cartilage. The lack of cartilage and the easy foldability (lack of recoil) are evident in the ear of this premature infant at 26 weeks.

## Tanda prematuritas

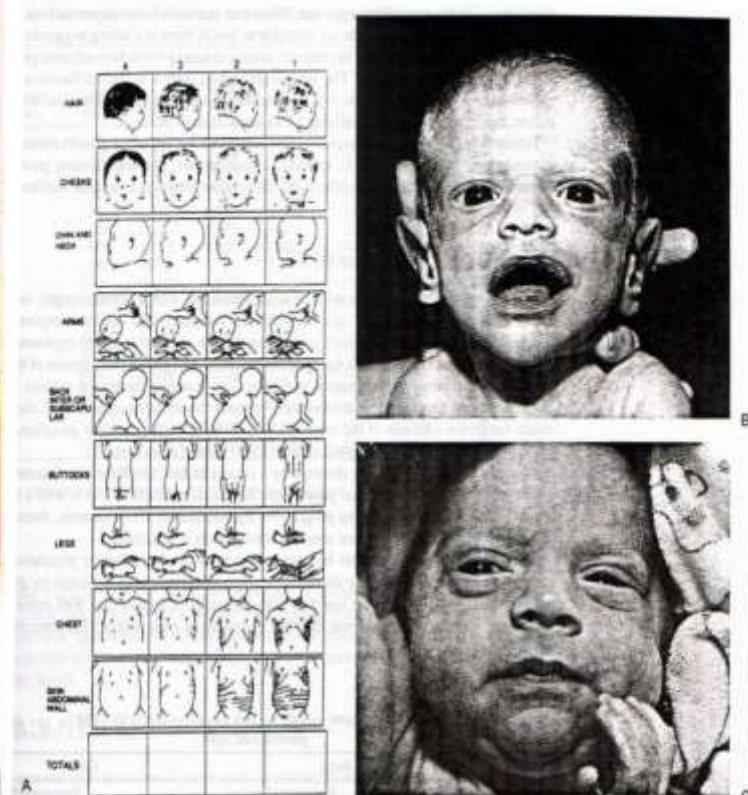





































Figure 4. A: CANS. Nine signs for assessing nutritional status in newborn term infants. Each of the signs is rated from 4 (best) to 1 (worst). The CANSORE is the sum of the nine CANS signs. Hair: large amount, smooth, silky, easily groomed (4 points); thinner, some straight "staring" hair (3 points); still thinner, more straight, with depigmented stripe (flag sign) (2 points); and straight staring hair with depigmented stripe (flag sign) (1 point). Cheeks: Progression from full buccal pads and round face (4 points); to significantly reduced buccal fat with narrow, flat face (1 point). Neck and chin: Double or triple chin fat folds, neck not evident (4 points); to thin chin, no fat folds, neck with loose, wrinkled skin very evident (1 point). Arms: Full, round, cannot elicit "accordion" folds or lift folds of skin from elbow or triceps area (4 points); to striking accordion folding of lower arm elicited when examiner's thumb and fingers of the left hand grasp the arm just below the elbow of the baby and thumb and fingers of the examiner's right hand circling the wrist of the baby are moved toward each other; skin is loose and easily grasped and pulled away from the elbow (1 point). Back: Difficult to grasp and lift skin in the interscapular area (4 points); to skin loose, easily lifted in a thin fold from the interscapular area (1 point). Buttocks: Full, round gluteal fat pads (4 points); to virtually no evident gluteal fat and skin of the buttocks and upper, posterior thigh loose and deeply wrinkled (1 point). Legs: Like arms. Chest: Full; round ribs not seen (4 points); to progressive prominence of the ribs with obvious loss of intercostal tissue (1 point). Abdomen: Full, round, no loose skin (4 points) to distended or scaphoid, but with very loose skin, easily lifted, wrinkled, and accordion folds demonstrable (1 point). Reprinted with permission from Metcalf (7). B: Intrauterine growth-retarded infant at term with sparse hair, reduced buccal fat, and thin, wrinkled neck. Full view of same infant is shown in Fig. 2A and B. C: Premature infant in growth spurt at term corrected gestational age. Note his extra chin, fat cheeks and neck, and plump fingers.

# NEW BALLARD SCORE

- ⦿ Sistem penilaian ini dikembangkan oleh Dr. Jeanne L Ballard, MD untuk menentukan usia gestasi bayi baru lahir melalui penilaian neuromuskular dan fisik.

## Neuromuscular Maturity

Score	-1	0	1	2	3	4	5
Posture							
Square window (wrist)	 > 90°	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
Arm recoil		 180°	 140-180°	 110-140°	 90-110°	 < 90°	
Popliteal angle	 180°	 160°	 140°	 120°	 100°	 90°	 < 90°
Scarf sign							
Heel to ear							

## Physical Maturity

Skin	Sticky, friable, transparent	Gelatinous, red, translucent	Smooth, pink; visible veins	Superficial peeling and/or rash; few veins	Cracking, pale areas; rare veins	Parchment, deep cracking; no vessels	Leathery, cracked, wrinkled
Lanugo	None	Sparse	Abundant	Thinning	Bald areas	Mostly bald	<b>Maturity Rating</b>
Plantar surface	Heel-toe 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	> 50 mm, no crease	Faint red marks	Anterior transverse crease only	Creases anterior 2/3	Creases over entire sole	
Breast	Imperceptible	Barely perceptible	Flat areola, no bud	Stippled areola, 1-2 mm bud	Raised areola, 3-4 mm bud	Full areola, 5-10 mm bud	-10 20
Eye/Ear	Lids fused loosely: -1 tightly: -2	Lids open; pinna flat, stays folded	Slightly curved pinna; soft; slow recoil	Well curved pinna; soft but ready recoil	Formed and firm; instant recoil	Thick cartilage, ear stiff	-5 22
							0 24
Genitals (male)	Scrotum flat, smooth	Scrotum empty, faint rugae	Testes in upper canal, rare rugae	Testes descending, few rugae	Testes down, good rugae	Testes pendulous, deep rugae	5 26
							10 28
Genitals (female)	Clitoris prominent, labia flat	Clitoris prominent, small labia minora	Clitoris prominent, enlarging minora	Majora and minora equally prominent	Majora large, minora small	Majora cover clitoris and minora	15 30
							20 32
Genitals (male)	Scrotum flat, smooth	Scrotum empty, faint rugae	Testes in upper canal, rare rugae	Testes descending, few rugae	Testes down, good rugae	Testes pendulous, deep rugae	25 34
							30 36
							35 38
Genitals (female)	Clitoris prominent, labia flat	Clitoris prominent, small labia minora	Clitoris prominent, enlarging minora	Majora and minora equally prominent	Majora large, minora small	Majora cover clitoris and minora	40 40
							45 42
							50 44



# Masalah klinis yang sering dijumpai

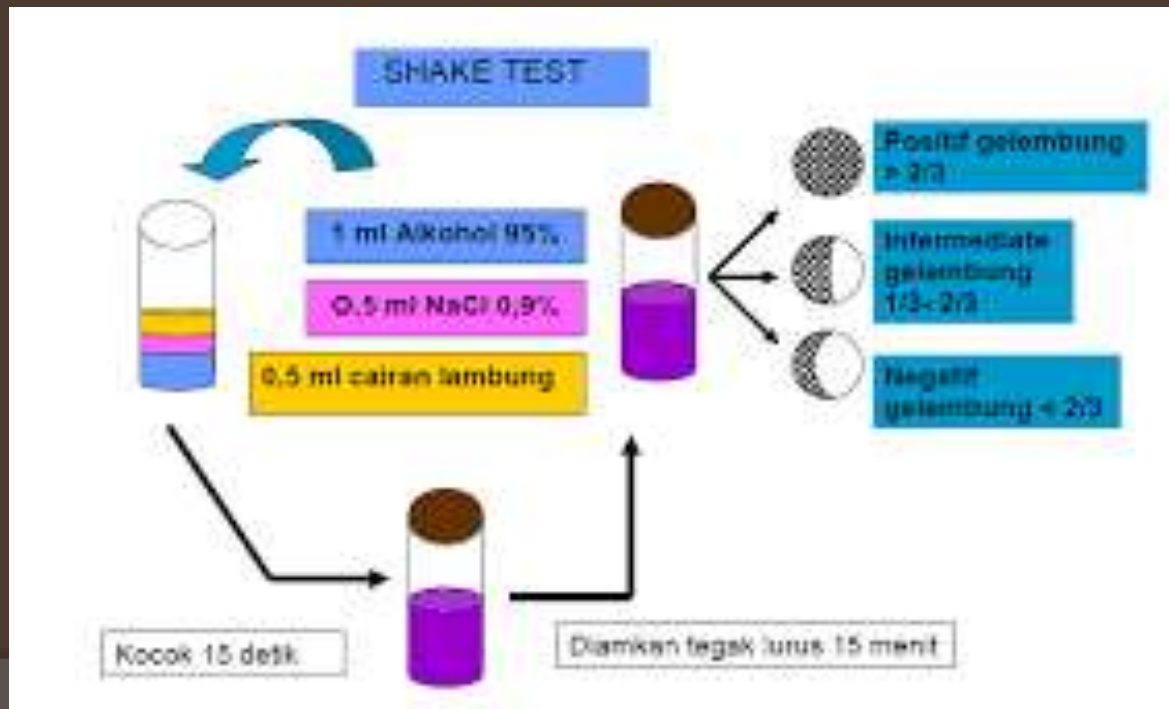
- Pernafasan : RDS, perdarahan paru, sindrom aspirasi, pneumonia kongenital, pneumotoraks, apneu.
- Hipotermia
- Hipoglikemia
- Gx Neurologik berhub dg anoksia otak
- Sepsis neonatorum
- Anemia, perdarahan
- Kelainan bawaan.

# Pemeriksaan Penunjang

- ⦿ Tes kocok ( Shake Test )
- ⦿ Darah rutin, glukosa darah, k/p elektrolit, analisis gas darah
- ⦿ Baby gram dimulai usia 8 jam atau terjadi RDS
- ⦿ USG kepala terutama bayi usia 35 mgg, dimulai 2 hari dilanjutkan sesuai hasil yang didapat.

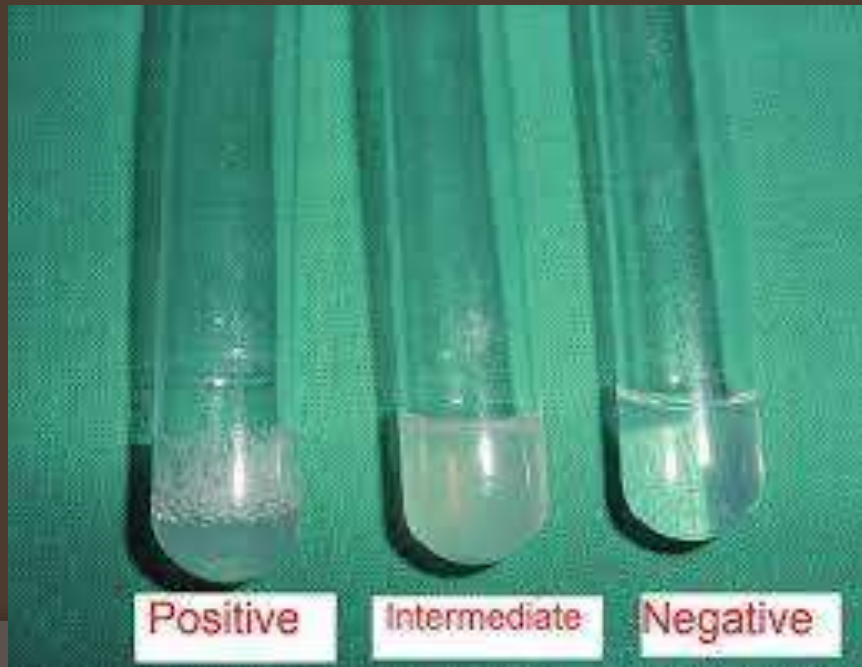
# Shake Test

- Ambil 0,5 cc aspirat lambung bersih, masukkan dalam tabung reaksi.
- Tuangkan 0,5 cc garam fisiologis
- Tambah 1 cc larutan 95% etanol
- Kocok 15 detik dan dibiarkan dalam rak posisi tegak lurus 15 menit.



# Interpretasi Hasil :

- Positif : terdapat gelembung2 membentuk cincin. Artinya surfaktan terdapat pada paru dalam jumlah yang cukup.
- Negatif : tidak terdapat gelembung. Artinya tidak terdapat surfaktan dan kemungkinan besar terjadi HMD besar.
- Ragu : terdapat gelembung tetapi tidak membentuk cincin. Artinya waspada terhadap kemungkinan terjadi HMD





# Pemberian Minum

**Berat bayi 1750 – 2500 gram**

## Bayi sehat

- ⦿ Anjurkan bayi menyusui ASI lebih sering tiap 2 jam atau semau bayi.
- ⦿ Pantau pemberian susu dan kenaikan berat badan, bila bayi kurang dapat mengisap tambahkan ASI peras.

## Bayi sakit

- ⦿ Bila perlu cairan iv :
  - Beri cairan iv selama 24 jam I
  - Minum per oral pada hari ke-2 atau segera setelah bayi stabil
  - Bila bermasalah beri ASI melalui pipa lambung ( per OGT )

# Berat lahir 1500-1749 gram

## ◎ Bayi sehat

- Beri ASI peras dengan cangkir atau sendok atau pipa lambung
- Beri minum 8 kali dalam 24 jam
- Bila bayi bisa minum via cangkir atau sendok coba untuk menyusui secara langsung

## ◎ Bayi sakit

- Beri cairan iv 24 jam I
- ASI peras dengan pipa lambung mulai hari kedua.
- Beri minum 8 kali dalam 24 jam.
- Lanjutkan pemberian minum dgn cangkir atau sendok.
- Bila bayi bisa minum via cangkir atau sendok coba untuk menyusui secara langsung

# Berat lahir 1250-1499

## ⦿ Bayi sehat

- Beri ASI peras melalui pipa lambung
- Beri minum 8 kali dalam 24 jam
- Lanjutkan dgn menggunakan cangkir atau sendok
- Bila baik coba menyusui langsung.

## ⦿ Bayi sakit

- Beri cairan iv dalam 24 jam I
- Beri ASI peras melalui pipa lambung mulai hari ke-2
- Beri minum 8 kali per 24 jam
- Lanjutkan dgn menggunakan cangkir atau sendok
- Bila baik coba menyusui langsung.

# Berat < 1250 ( tidak tergantung kondisi )

- Beri cairan iv selama 48 jam I
- Beri ASI peras melalui pipa lambung mulai hari ketiga .
- Beri minum 12 kali dalam 24 jam
- Lanjutkan dgn menggunakan cangkir atau sendok
- Bila baik coba menyusui langsung.

**Tabel 4. Jumlah cairan yang dibutuhkan bayi (ml/kg)**

<b>Berat</b>	<b>Umur (hari)</b>				
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5+</b>
<b>&gt;1500 g</b>	<b>60</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>150</b>
<b>&lt;1500 g</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>140</b>	<b>150</b>

# Kriteria pulang

- ⦿ Berat badan kembali ke berat badan lahir dan > 1500 gram
- ⦿ BB meningkat 3 hari berturut-turut.
- ⦿ Suhu tubuh stabil dalam 3 hari berturut-turut
- ⦿ Mampu mengisap dan menelan.
- ⦿ KU baik
- ⦿ Ibu atau penggantinya bisa merawat dan memberi minum.

*terimakasih*



*Dr. Pertiwi Febriana Chandrawati MSc. SpA*

**PERDARAHAN PADA NEONATUS  
( HAEMORRHAGIC DISEASE OF  
THE NEWBORN )**

**VITAMIN K DEFICIENCY  
BLEEDING (VKDB)**



**Vitamin K deficiency bleeding  
(VKDB)**

**Perdarahan Akibat**

**Defisiensi Vitamin K (PDVK)**

# Definisi

## **PERDARAHAN AKIBAT DEFISIENSI VITAMIN K (PDVK)**

- Penyakit perdarahan akibat kekurangan vitamin K, biasanya terjadi pada hari kedua dan keempat setelah lahir.

# VITAMIN K

- Vitamin K Larut dalam lemak
- Banyak pada sayur dan buah
- Bisa disintesis flora bakteri usus
- Penting untuk sintesis F.II (trombin), VII, IX dan X dan mengaktifkan antikoagulan protein C dan S.
- Biokim : membuat ikatan kalsium dengan proses karboksilasi residu asam glutamat spesifik.
- Dikenal tiga bentuk vitamin K, yaitu:
  - Vitamin K 1 (phylloquinone) terdapat pd sayuran hijau
  - Vitamin K 2 (menaquinone) disintesa flora (keseluruhan kehidupan jenis tumbuh-tumbuhan) di usus kita.
  - Vitamin K 3 (menadione), merupakan vitamin K sintetis (tiruan dari yang terdapat di alam).

# Risk Faktor

- Bayi perempuan 2X bayi laki-laki.
- Musim panas 2,5X musim dingin.
- Rendahnya kandungan vit. K pada ASI
- Belum sempurnanya fungsi hati pada bayi baru lahir terutama bayi kurang bulan.
- Bayi yang berhenti minum peroral karena suatu penyakit.
- Pemberian antibiotik spektrum luas.
- Bayi dengan kelainan absorpsi gastrointestinal.
- Prematuritas
- Terlambatnya kolonisasi kuman
- Obstruksi biliaris baik intrahepatik dan ekstrahepatik → tidak ada garam empedu uk absorpsi vit K.

# Penyebab PDVK pada bayi

- ⦿ Rendahnya kandungan vit. K pada ASI
- ⦿ Belum sempurnanya fungsi hati pada bayi baru lahir terutama bayi kurang bulan
- ⦿ Selama dalam rahim, plasenta tidak siap menghantarkan lemak dengan baik (padahal vit. K larut dalam lemak)
- ⦿ Saluran cerna BBL masih steril tidak dapat menghasilkan vit. K yang berasal dari flora di usus
- ⦿ Kekurangan vit K pada ibu.

# Patofisiologi

- ⦿ BBL : kadar koagulasi yg tergantung vit K lebih rendah 30-50 %.
- ⦿ Kadar inhibitor koagulasi spt antitrombin, protein C dan S lebih rendah kurang dari 50%.
- ⦿ Vit K uk mengaktifkan sintesis prokoagulasi faktor II, VII, IX, X serta antikoagulan protein C dan S.
- ⦿ Konversi terjadi pada tahap post ribosomal.
- ⦿ Radikal karboksilasi (vit K sbg katalis) menempel pada residu asam glutamat membentuk  $\gamma$ -carboxyglutamic acid yang mampu mengikat  $Ca^{2+}$ .
- ⦿ Faktor pembekuan yg mampu mengikat  $Ca^{2+}$  memegang peranan dlm hemostasis fase plasma.

# Pencegahan

- ⦿ BBL diberi K1 dengan cara :
  - Injeksi 1 mg 1X im
  - Oral 2 mgg sekali atau 1 mg 3X pemberian ( lahir, 3-10 hari, 4-6 minggu )

# Klasifikasi PDVK berdasarkan pada umur saat kelainan tersebut bermanifestasi

● Ada 3 Kelompok :

- a. VKDB dini
- b. VKDB klasik
- c. VKDB lambat atau acquired prothrombin complex deficiency (APCD)
- d. Secondary prothrombin complex (PC) deficiency



## Early VKDB (PDVK dini),

- ⦿ Timbul pada hari pertama kehidupan.
- ⦿ Kelainan ini jarang sekali dan biasanya terjadi pada bayi dari ibu yang mengkonsumsi obat-obatan yang dapat mengganggu metabolisme vitamin K.
- ⦿ Insidens yang dilaporkan atas bayi dari ibu yang tidak mendapat suplementasi vitamin K adalah antara 6-12%

## **Classical VKDB (PDVK klasik)**

- ⦿ **Timbul pada hari ke 1 sampai 7 setelah lahir dan lebih sering terjadi pada bayi yang kondisinya tidak optimal pada waktu lahir.**
- ⦿ **Insidens dilaporkan bervariasi, antara 0 sampai 0,44% kelahiran.**
- ⦿ **Tidak adanya angka rata-rata kejadian PDVK klasik yang pasti karena jarang ditemukan kriteria diagnosis yang menyeluruh.**

## Late VKDB (PDVK lambat)

- ⦿ Timbul pada hari ke 12 sampai 6 bulan setelah lahir, sebagian besar timbul pada umur 1 sampai 3 bulan.
- ⦿ Kira-kira setengah dari pasien ini mempunyai kelainan hati sebagai penyakit dasar atau kelainan malabsorpsi.
- ⦿ Perdarahan intrakranial yang serius timbul pada 30-50%.
- ⦿ Pada bayi berisiko mungkin ditemukan tanda-tanda penyakit hati atau kolestasis seperti ikterus yang memanjang, warna feses pucat, dan hepatosplenomegali.
- ⦿ Angka rata-rata kejadian PDVK pada bayi yang tidak mendapatkan profilaksis vitamin K adalah 5-20 per 100.000 kelahiran dengan angka mortalitas sebesar 30%

**Tabel : Perdarahan akibat defisiensi vitamin K pada anak**

	VKDB dini	VKDB klasik	VKDB lambat (APCD)	Secondary PC deficiency
<b>Umur</b>	< 24 jam	1-7 hari (terbanyak 3-5 hari)	2 minggu-6 bulan (terutama 2-8 minggu)	Segala usia
<b>Penyebab &amp; Faktor risiko</b>	Obat yang diminum selama kehamilan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intake Vit K inadekuat</li> <li>- Kadar vit K rendah pada ASI</li> <li>- Tidak dapat profilaksis vit K</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intake Vit K inadekuat</li> <li>- Kadar vit K rendah pada ASI</li> <li>- Tidak dapat profilaksis vit K</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- obstruksi bilier</li> <li>- penyakit hati</li> <li>- malabsorpsi</li> <li>- intake kurang (nutrisi parenteral)</li> </ul>
<b>Frekuensi</b>	< 5% pada kelompok risiko tinggi	0,01-1% (tergantung pola makan bayi)	4-10 per 100.000 kelahiran (terutama di Asia Tenggara)	
<b>Lokasi perdarahan</b>	Sefalhematom, umbilikus, intrakranial, intraabdominal, GIT, intratorakal	GIT, umbilikus, hidung, tempat suntikan, bekas sirkumsisi, intrakranial	Intrakranial (30-60%), kulit, hidung, GIT, tempat suntikan, umbilikus, UGT, intratorakal	
<b>Pencegahan</b>	-penghentian / penggantian obat penyebab	-Vit K profilaksis (oral / im) - asupan vit K yang adekuat	Vit K profilaksis (im) - asupan vit K yang adekuat	

# Anamnesis

- ⦿ Riw perdarahan : tali pusat, tinja, urine
- ⦿ Riw penjepitan tali pusat : tidak baik
- ⦿ Riw bayi muntah, campur darah atau cairan warna hijau
- ⦿ Riw perdarahan selama hamil atau persalinan
- ⦿ Riw nafsu minum bayi menurun
- ⦿ Riw persalinan dg tindakan, KPD, prematur, asfiksia.

# Pemeriksaan Fisik

- ⦿ Asal perdarahan : pangkal tali pusat, lokasi sirkumsisi, lokasi pungsi vena.
- ⦿ Letargis
- ⦿ Pucat
- ⦿ Ikterus
- ⦿ Nyeri tekan abdomen.

# Pemeriksaan Penunjang

- ⦿ Manifestasi perdarahan
- ⦿ Angka trombosit normal
- ⦿ PT dan aPTT memanjang
- ⦿ Fibrinogen, produk degradasi fibrin (FDP/D-dimer) dan trombin time normal.
- ⦿ Faktor koagulasi ( II, VII, IX, X ) memanjang.

# DD

- ⦿ Koagulopati
- ⦿ Enterokolitik Nekrotikans (NEC)
- ⦿ Kelainan bedah
- ⦿ Tertelan darah ibu.



# Terapi

## ⦿ Umum

- Hentikan perdarahan
- Infus RL atau NaCL fisiologis IV 20cc/kg 1 jam I
- Beri vit K1 1mg IM
- Bila ada tanda syok beri transfusi darah gol O Rh neg.
- Cek Hb dan HMT. Bila Hb < 12 g/dl beri tranfusi darah.
- Cek tanda vital
- Syok belum teratasi : beri oksigen dan infus RL atau NaCL 0,9% 10 mg/kg dalam 10 menit

# Terapi

## ⦿ Khusus :

- Beri vit K1 SC 5-10 mg single dose.

**Kadar hemoglobin/hematokrit menurut umur, berat lahir dan umur kehamilan**

Kadar	Umur kehamilan (minggu)		Cukup bulan	Umur bayi			
	28	34		Hr 1	Hr 3	Hr 7	Hr 14
	Hemoglobin (g/dl)	14,5	15,0	16,8	18,4	17,8	17,0
Hematokrit (%)	45	47	53	58	55	54	52

### Kadar hemoglobin menurut umur dan berat badan

Berat lahir minggu kelahiran	Umur							
	lahir	1	2	3	4	6	8	10
<1500 g 28-32 minggu	17,5	15,5	13,5	11,5	10,0	8,5	8,2	9,0
1500-2000 g 32-36 minggu	19,0	16,5	14,5	13,0	12,0	9,5	9,5	9,5
2000-2500 g 36-40 minggu	19,0	16,5	15,0	14,0	12,5	10,5	10,5	11
2500 g cukup bulan	19,0	17,0	15,5	14,0	12,5	11,0	11,5	12,0

## Kadar hematokrit menurut umur dan berat badan

Berat lahir minggu kelahiran	Umur							
	lahir	1	2	3	4	6	8	10
<1500 g 28-32 minggu	54	48	42	35	30	25	25	28
1500-2000 g 32-36 minggu	59	51	44	39	36	28	28	29
2000-2500 g 36-40 minggu	59	51	45	43	37	31	31	33
2500 g cukup bulan	59	51	46	43	37	33	34	36



THANK YOU!!!