KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI "M" DENGAN BBLR DI RUANG PERAWATAN SANTO YOSEPH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

MARIA LEONITA Y. M. NUWA

E1514410130

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2018

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI "M" DENGAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH DI RUANG PERAWATAN ST. YOSEPH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"**.** Telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertahankan di depan penguji.

Diajukan Oleh :

Nama mahasiswa : Maria Leonita Y.M.Nuwa

NIM : E1514401030

Disetujui Oleh :

Pembimbing I	Pembimbing II
(**Matilda Paseno, S.Kep., Ns., M.Kes**)	(**Meyke Rosdiana, S.Kep., Ns**)
NIDN . 0955107502	

Mengetahui

Wakil Ketua I Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns., MSN)

NIDN . 0912106501

LEMBARAN PENGESAHAN

PROGRAM D III KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya tulis dengan judul **"**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI "M" DENGAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUANG PERAWATAN ST. YOSEPH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"**.** Telah dipertanggungjawabkan dan telah diuji dihadapan tim penguji yang dilaksanakan pada :

Hari, tanggal : Selasa,12 Juni 2018

Pukul : 12.30 – 13.15 WITA

Tempat : Ruangan C, Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim penguji :

1. Penina E Matheos. S. ST ( )

2. Mery Sambo, S.Kep., Ns., M.Kep ( )

3. Meyke Rosdiana, S.Kep., Ns ( )

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris

(**Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes**)

NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama	: Maria Leonita Y. M. Nuwa
Tempat, tanggal Lahir	: Tarakan, 06 November 1985
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jln.Rajawali 1 No.11 A

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Markoes M. Nuwa / Bibiana B. Nuwa
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Guru / IRT
Alamat	: Bunyu, Kalimantan Utara

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDK Wolorowa, Flores	: 1994 – 2000 Tahun
SMPK Hanura Danga, Flores	: 2002 – 2005 Tahun
SMK Paguntaka,Tarakan	: 2005 – 2008 Tahun
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: 2015 – 2018 Tahun

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini , dengan judul ‘’Asuhan Keperawatan Pada Bayi ‘’M’’ Dengan Bayi Berat Badan Lahir Rendah Di Ruang Perawatan Santo Yoseph II Rumah Sakit Stella Maris Makassar” pada tanggal 12 April 2018.

Tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan kuliah program DIII keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis mendapat banyak bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, karena itu penulis hendak mengucapkan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimbah ilmu di STIK Stella Maris Makassar dan juga ikutserta membimbing dan mendidik selama penulis mengikuti pendidikan.
2. Henny Pongantung, Ns., MSN selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Rosdewi, SKp., MSN selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Sr. Anita Sampe, JMJ, Ns., MAN selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
5. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan dan selaku pembimbing akademik STIK Stella Maris Makassar.
6. Matilda Paseno, S.Kep., Ns., M.Kes selaku pembimbing I dan Meyke Rosdiana, S.Kep., Ns selaku pembimbing II yang telah memberikan pengarahan kepada penulis selama proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

7. Segenap dosen beserta staf di STIK Stella Maris Makassar yang ikut membantu dalam memberikan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama penulis mengikuti pendidikan.
8. dr. Thomas Soeharto, MMR selaku Direktur RS Stella Maris Makassar beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan di RS Stella Maris Makassar selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Keluarga Bayi "M" selaku penerima asuhan keperawatan yang telah bersedia memberikan informasi dan kerja sama yang baik dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
10. Teristimewa bagi kedua orang tuaku (Alm. Bapak dan Mamaku) serta saudara-saudaraku kakak Maximus, adik Pricill Lodia, dan semua kerabat yang telah memberikan motivasi, bantuan dan doa selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
11. Semua rekan-rekan dan teman terbaikku Frederetsia, Albina, Ausebia, Deriani, Elisabeth, Martiana, Apronimus, Agustinus. Serta teman-teman seperjuangan di STIK Stella Maris Makassar program DIII keperawatan angkatan 2015 khususnya kelas DIII Keperawatan yang selalu saling mendukung selama mengikuti proses perkuliahan di STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih terdapat beberapa kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Makassar, Juni 2018

MARIA LEONITA Y. M. NUWA

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL..... i
LEMBAR PERSETUJUAN..... ii
LEMBAR PENGESAHAN..... iii
RIWAYAT HIDUP..... iv
KATA PENGANTAR..... v
DAFTAR TABEL..... vi
DAFTAR ISI..... vii

BAB I PENDAHULUAN..... 1
A. Latar Belakang..... 1
B. Tujuan Penulisan..... 4
C. Manfaat Penulisan..... 5
D. Metode Penulisan..... 5
E. Sistematika Penulisan..... 6

BAB II TINJAUAN TEORI..... 8
A. Konsep Dasar Medis..... 8
1. Pengertian..... 8
2. Klasifikasi Bayi Berat Badan Lahir Rendah..... 8
3. Manifestasi Klinis BBLR..... 9
4. Etiologi BBLR..... 10
5. Perubahan-Perubahan Fisiologis Yang Terjadi Pada Bayi 11
6. Adaptasi Psikologis Pada Bayi Baru Lahir..... 17
7. Pemeriksaan Penunjang..... 19
8. Penata Laksaan Medik..... 20
9. Komplikasi..... 22

B. Konsep Dasar Keperawatan..... 24
1. Pengkajian..... 24
2. Diagnosa Keperawatan..... 27
3. Intervensi Keperawatan..... 27
4. Discharge Planning..... 30

BAB III TINJAUAN KASUS..... 32
A. Kajian Keperawatan Bayi Baru Lahir..... 33
B. Analisa Data..... 41
C. Diagnosa Keperawatan..... 43
D. Rencana Keperawatan..... 44
E. Implementasi Keperawatan..... 48
F. Evaluasi Keperawatan..... 68
G. Daftar Obat Yang Diberikan Pada Pasien..... 74

BAB IV PEMBAHASAN..... 76
A. Pengkajian..... 76
B. Diagnosa Keperawatan..... 77
C. Intervensi Keperawatan..... 79
D. Implementasi Keperawatan..... 80
E. Evaluasi Keperawatan..... 81

BAB V SIMPULAN DAN SARAN..... 83
A. Kesimpulan..... 83
B. Saran..... 85

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel Halaman

2.1 Penilaian Apgar Score..... 25
3.1 Apgar Score..... 36
3.2 Analisa Data..... 41
3.3 Diagnosa Keperawatan..... 43
3.4 Rencana Keperawatan..... 44
3.5 Evaluasi Keperawatan..... 71

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Seiring berkembangnya ilmu pengetahuan dan tehnologi dibidang kesehatan, maka semakin bertambah pula permasalahan yang dihadapi dalam dunia kesehatan. Jika diamati dengan baik seharusnya dengan semakin bertambahnya ilmu pengetahuan dan tehnologi dalam bidang kesehatan, maka semakin berkurang pula masalah-masalah kesehatan yang muncul. Tetapi kenyataannya yang dihadapi dunia kesehatan zaman sekarang yaitu masalah kesehatan belum mampu diatasi dengan baik, salah satu contohnya dapat dilihat angka ibu dan bayi dari tahun ke tahun semakin bertambah dengan penyebab kematian yang berbeda-beda. Salah satunya banyak ibu yang melahirkan dengan BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah), yang mengakibatkan kematian pada bayi. Oleh karena itu, upaya untuk meningkatkan kualitas manusia harus dimulai sedini mungkin sejak janin dalam kandungan dan sangat tergantung kepada kesejahteraan ibu termasuk kesehatan dan sistem reproduksinya sehingga dapat meningkatkan status kesehatan ibu dan anak. (Atikah, 2010).

BBLR adalah berat badan lahir rendah. Menurut World Health Organization (WHO) tahun 2011, berat badan lahir rendah (BBLR), kurang dari 2500 gram merupakan salah satu faktor penyebab kematian perinatal dan neonatal, karena bayi dengan kasus BBLR mudah mengalami gangguan pernapasan, ketidakseimbangnya suhu badan serta infeksi sehingga jika tidak segera ditolong atau ditangani dengan cepat dan tepat waktu maka bisa menyebabkan kematian. Angka kematian bayi (AKB) dan anak yang merupakan indikator yang lazim digunakan untuk menentukan derajat kesehatan dalam suatu

masyarakat. Selain itu, kasus BBLR juga merupakan salah satu faktor resiko yang dapat menyebabkan gangguan mental dan fisik pada usia tumbuh kembang bayi, sehingga akan membutuhkan banyak biaya perawatan untuk mencapai masa pertumbuhan yang optimal, (Atikah, 2010).

Prevelensi BBLR diperkirakan 15 % dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3 % - 3,8 % dan lebih sering terjadi di negara-negara berkembang atau dengan status sosial ekonomi rendah. Statistik menunjukkan bahwa 90 % dari kejadian BBLR didapatkan di negara berkembang dan angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibanding dengan bayi yang lahir dengan berat badan lebih dari 2500 gram. Angka kejadian di Indonesia sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah yang lain, yaitu berkisar antara 9 % - 30 %, hasil secara nasional, berdasarkan analisa lanjut SDKI tahun 2011, angka BBLR sekitar 7,5 %. Pada tahun 2000 angka kematian bayi adalah sebesar 68 per 1.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2010 angka kematian bayi menjadi 34 per 1000 kelahiran hidup yang umumnya terjadi pada kasus bayi yang termasuk dalam kategori bayi berat badan lahir rendah. Walaupun angka ini lebih rendah dari tahun 2000, penurunan ini masih jauh dari target *Millenium Development Goals (MDG)* tahun 2015 dimana diharapkan turun menjadi 23 per 1000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2015).

Data dari Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan yang merupakan rekapitulasi dari berbagai kabupaten, menunjukkan bahwa dari tahun ke tahun angka kejadian bayi berat badan lahir rendah masih tinggi dimana pada tahun 2014 angka kasus bayi berat badan lahir rendah sebanyak 3.791 bayi per 140.107 kelahiran hidup, tahun 2015 sebanyak 3.370 bayi per 147.059 kelahiran hidup dan tahun 2016

sebanyak 4.366 bayi per 148.062 kelahiran hidup (Profil Dinkes Sulawesi Selatan, 2016).

Data dari MRO RS Stella Maris Makassar pada tahun 2015 tercatat jumlah kelahiran hidup sebanyak 274 bayi dan yang termasuk dalam kategori BBLR sebanyak 18 bayi. Pada tahun 2016 tercatat jumlah kelahiran hidup sebanyak 278 bayi dan yang termasuk dalam kategori BBLR sebanyak 33 bayi dan pada tahun 2017 tercatat jumlah kelahiran hidup sebanyak 296 bayi dan termasuk dalam kategori BBLR sebanyak 18 bayi. Dengan melihat data angka kejadian BBLR maka perawat menekankan kepada ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan ANC ke pelayanan kesehatan agar masalah selama kehamilan dapat terdeteksi secara dini. Adapun beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya BBLR yaitu faktor ibu, faktor kehamilan dan janin, serta faktor lain yang masih belum di ketahui. Faktor ibu meliputi gizi saat hamil yang kurang, umur <20 tahun atau >35 tahun, penyakit menahun ibu (hipertensi, jantung, gangguan pembulu darah, perokok), adanya penyakit infeksi dan faktor pekerjaan yang terlalu berat. Selain itu pemerintah juga mensosialisasikan program KB kepada pasangan usia subur karena salah satu penyebab dari BBLR adalah jarak kehamilan yang terlalu dekat.

Dampak BBLR pada bayi baru lahir bisa terjadinya hipotermi maka hal ini membutuhkan perhatian bagi kita semua, bukan saja oleh pemerintah tetapi kita sebagai tenaga kesehatan khususnya perawat dalam melakukan berbagai upaya seperti tindakan preventif dengan melakukan perawatan metode kangguru untuk mengindari terjadinya hipotermi, aspek promotif melalui upaya peningkatan status gizi. Pelaksanaan berbagai aspek dalam menurunkan/menekan jumlah BBLR tersebut dapat dilaksanakan dalam pemberian intervensi keperawatan selama pasien dirawat di RS.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah dengan judul asuhan keperawatan pada bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) di ruang perawatan Santo Yoseph II RS Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada bayi dengan berat badan lahir rendah.

2. Tujuan Khusus
   a. Melaksanakan pengkajian pada bayi dengan berat badan lahir rendah.
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada bayi dengan berat badan lahir rendah.
   c. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada bayi berat badan lahir rendah.
   d. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada bayi berat badan lahir rendah.
   e. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan yang diberikan pada bayi berat badan lahir rendah.
   f. Melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan pada bayi berat badan lahir rendah.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

   Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat di rumah sakit demi meningkatkan mutu pelayanan dengan mengambil langkah yang tepat dalam memberikan asuhan keperawatan pada bayi berat badan lahir rendah.

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Menjadi salah satu referensi bagi mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada bayi berat badan lahir rendah demi upaya meningkatkan mutu pendidikan khususnya bidang keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

3. Bagi Keluarga Pasien

   Memperoleh pengetahuan dan keterampilan baru dalam hal merawat bayi berat badan lahir rendah.

4. Bagi Penulis

   Dapat menambah ilmu pengetahuan tentang teori kasus bayi berat badan lahir rendah serta meningkatkan keterampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada bayi berat badan lahir rendah.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pada bayi berat badan lahir rendah di ruang perawatan Santo Yoseph II RS Stella Maris Makassar, penulis menggunakan metode penulisan :

1. Studi kasus yang terdiri dari :
   a. Observasi

      Dengan mengamati secara langsung kondisi dan kesenjangan yang terjadi pada pasien.

b. Wawancara

Dengan melakukan tanya jawab secara langsung dengan keluarga pasien.

c. Pemeriksaan Fisik

Dengan melakukan pemeriksaan mulai dari kepala sampai kaki dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

2. Studi Kepustakaan

Penulis mendapat informasi dari beberapa buku referensi dan situs internet yang berkaitan dengan judul pembahasan karya tulis ilmiah ini.

3. Studi Dokumentasi

Dengan melihat catatan RS yang berhubungan dengan pasien.

4. Diskusi

Dengan mengikuti diskusi dan konsultasi dengan pembimbing karya tulis, pembimbing lahan, rekan-rekan mahasiswa serta bidan yang ada di ruang perawatan Santo Yoseph II RS Stella Maris Makassar.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah terdiri dari 5 bab dimana setiap bab disesuaikan dengan sub-sub bab antara lain : Bab I Pendahuluan yang menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II Tinjauan Teoritis yang menguraikan tentang konsep dasar atau teori yang mendasari penulisan karya tulis ilmiah ini yakni konsep dasar medis yang meliputi pengertian, klasifikasi, manifestasi klinis, etiologi, adaptasi fisiologis bayi baru lahir, adaptasi psikologis bayi baru lahir, refleks pada bayi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan bayi baru lahir, komplikasi dan konsep dasar keperawatan yang meliputi

pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, *discharge planning*. Bab III Pengamatan kasus yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Bab IV Pembahasan kasus yang merupakan pemantauan hasil karya tulis ilmiah yang meliputi kesenjangan antara praktik dan teori. Bab V Simpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Bayi berat badan lahir rendah adalah bayi yang lahir berat badan kurang dari 2.500 gram tanpa memandang masa kehamilan. Dahulu neonatus dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram atau sama dengan 2500 gram disebut disebut prematur. Pada tahun 1961 oleh WHO semua bayi yang baru lahir dengan berat lahir kurang dari 2500 gram di sebut *Low Brith Weight Infants* (BBLR). (Atikah, 2010)

Bayi BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memperhatikan usia gestasi, (Lyndon, 2014) Bayi berat badan lahir rendah adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram (Ika, 2010)

Manuaba (1998) menyatakan bahwa istilah *prematuritas* telah diganti dengan berat badan lahir rendah (BBLR) karena terdapat dua bentuk penyebab kelahiran bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram, yaitu karena usia kehamilan kurang dari 37 minggu, berat badan lebih rendah dari semestinya, sekalipun umur cukup, atau karena kombinasi keduanya. (Anik, 2013)

2. Klasifikasi Bayi Berat Badan Lahir Rendah

Ada beberapa cara dalam mengelompokkan BBLR (Atikah, 2010) yaitu :

a. Menurut harapan hidup
   1) Bayi berat lahir rendah (BBLR) dengan berat lahir 1500 – 2500 gram.

2) Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR) dengan berat lahir 1000 – 1500 gram.
3) Bayi berat lahir ekstrim rendah (BBLER) dengan berat lahir 1000 gram.

b. Menurut Masa Gestasinya
1) Prematuritas murni adalah bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badan sesuai dengan berat badan untuk usia kehamilan.
2) Dismaturitas adalah bayi dengan berat badan seharusnya untuk masa gestasi itu.

3. Manifestasi Klinis BBLR

Secara umum, gambaran klinis dari bayi BBLR (Cahyo, 2010) adalah :

a. Berat badan kurang dari 2500 gram.
b. Panjang badan kurang dari 45 cm.
c. Lingkar dada kurang dari 30 cm.
d. Lingkar kepala kurang dari 33 cm
e. Kepala lebih besar.
f. Kulit tipis, transparan, rambut lanugo banyak, dan lemak kurang.
g. Otot hipotonik lemah.
h. Pernapasan tak teratur dapat terjadi apnea.
i. Ekstremitas : paha abduksi.
j. Kepala tidak mampu tegak.
k. Pernapasan 40 – 50 kali/menit.
l. Nadi 100 – 140 kali/menit.

4. Etiologi BBLR

Penyebab terbanyak terjadinya BBLR adalah kelahiran prematur. Faktor ibu yang lain adalah umur, paritas, dan lain - lain. Faktor plasenta seperti penyakit vaskuler, kehamilan kembar/ganda, serta faktor janin juga merupakan penyebab terjadinya BBLR.

BBLR dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu :

1) Faktor ibu
   a. Penyakit.
      a) Toksemia gravidarum
      b) Perdarahan antepartum
      c) Trauma fisik dan psikologis
      d) Nefritis akut
      e) Diabetes melitus.
   b. Usia ibu
      a) Usia < 16 tahun
      b) Usia > 35 tahun
      c) Multigravida yang jarak kelahirannya terlalu dekat
   c. Keadaan sosial.
      a) Golongan sosial ekonomi rendah
      b) Perkawinan yang tidak syah
   d. Sebab lain
      a) Ibu yang perokok
      b) Ibu peminum alkohol
      c) Ibu pecandu narkotik.
2) Faktor janin
   a) Hidramnion
   b) Kehamilan ganda
   c) Kelainan kromosom.

3) Faktor lingkungan
   a) Tempat tinggal dataran tinggi
   b) Terpapar zat racun

5. Perubahan - Perubahan Fisiologis Yang Terjadi Pada Bayi

Beberapa perubahan - perubahan fisiologis yang terjadi pada bayi berat badan lahir rendah (Pantiawati, 2010) adalah sebagai berikut :

a. Sistem Respirasi

   Jumlah pernafasan rata - rata 40 - 60 x/menit, diselingi dengan apnea, pernafasan tidak teratur, faring nasal (nasal melebar), retraksi (interkostal, suprastenal, substernal), terdengar suara gemerisik.

b. Sistem Gastrointestinal

   Penonjolan abdomen : pengeluaran mikonium biasanya terjadi dalam 12 jam, refleks menelan dan menghisap lemah, atau tidak ada anus, ketidaknormalan congenital lain.

c. Sistem Integumen

   Kulit yang berwarna merah, atau merah muda, kekuning-kuningan, sianosis, atau campuran bermacam warna, sedikit vernik keseosa dengan rambut lanugo disekujur tubuh, kurus, kulit tampak transparan, halus dan mengkilap, edema yang meyeluruh atau di bagian tertentu yang terjadi pada saat kelahiran, kuku pendek belum melewati ujung jari, rambut jarang atau mungkin tidak ada sekali, petekie atau ekimosis.

d. Sistem Kardiovaskuler

   Denyut jantung rata - rata 120 - 160 x/menit dengan ritme yang teratur pada saat kelahiran, kebisingan jantung terdengaran

pada seperempat bagian interkostal yang menunjukan aliran dari kanan ke kiri karena hipertensi atau atelektasis paru.

e. Sistem Muskuloskeletal

Tulang kartilago belum tumbuh dengan sempurna, lembut dan lunak, tulang tengkorak dan tulang rusuk lunak, gerakan lemah dan tidak aktif atau laterargi.

f. Sistem Neurologis

Refleks dan gerakan pada tes neurologi tampak tidak resisten, gerakan refleks hanya berkembang sebagian, menelan, menghisap, dan batuk sangat lemah atau tidak efektif, tidak ada atau menurunnya pada neurologis, mata mungkin menutup atau mengatup apabila umur kehamilan belum mencapai 25 minggu sampai 26 minggu. Suhu tubuh tidak stabil, biasanya hipotermi, gemetar, kejang dan mata berputar, biasanya banyak bersifat sementara, tetapi mungkin juga ini mengidentifikasi adanya kelainan neurologis.

1) Refleks Mengisap (*Sucking Reflex*)

Bayi akan melakukan gerakan mengisap ketika menyentuhkan puting susu ke ujung mulut bayi. Refleks mengisap terjadi ketika bayi yang baru lahir secara otomatis menghisap benda yang didekatnya di mulut bayi. Refleks menghisap memudahkan bayi yang baru lahir untuk memperoleh makanan sebelum bayi mengasosiasikan puting susu dengan makanan. Mengisap adalah refleks yang sangat penting pada bayi. Refleks ini merupakan rute menuju pengenalan akan makanan. Kemampuan mengisap bayi baru lahir berbeda-beda. Sebagian bayi baru lahir menghisap dengan efisien dan tenaga untuk memperoleh susu, sementara bayi-bayi lain

tidak begitu terampil dan kelelahan bahkan sebelum mereka kenyang. Kebanyakan bayi baru lahir memerlukan waktu beberapa minggu untuk mengembangkan suatu gaya menghisap yang dikoordinasikan dengan cara ibu memegang bayi, cara susu keluar dari botol atau payudara, serta dengan kecepatan dan temperamen bayi waktu menghisap. Refleks menghisap adalah suatu contoh refleks yang muncul saat lahir dan kemudian akan menghilang seiring dengan usia bayi.

2) Refleks Menggenggam (*Palmar Grosp Reflex*)

   Grosping reflex adalah refleks gerakan jari - jari tangan mencengkeram benda-benda yang disentuhkan ke bayi, indikasi syaraf berkembang normal - hilang setelah 3 - 4 bulan. Bayi akan otomatis menggenggam ketika disodorkan jari telunjuk kepadanya. Refleks menggenggam terjadi ketika sesuatu menyentuh telapak tangan bayi. Bayi akan merespon dengan cara menggenggam kuat - kuat.

3) Refleks Leher (Tonic Neek Reflkex)

   Angkat terjadi peningkatan kekuatan otot (tonus) pada lengan dan tungkai sisi ketika bayi menoleh ke salah satu sisi.

4) Refleks Mencari (Rooting Reflex)

   Refleks mencari ketika pipi bayi diusap (dibelai) atau disentuh dengan bagian pinggir mulutnya. Sebagai respon, bayi itu memiringkan kepalanya ke arah benda yang menyentuhnya, dalam upaya menemukan sesuatu yang dapat dihisap.

5) Resleks Moro (Moro Reflex)

   Refleks moro adalah suatu respon tiba - tiba pada bayi yang baru lahir terjadi akibat suara atau gerakan yang mengagetkan/mengejutkan. Ketika dikagetkan, bayi yang baru lahir itu melengkungkan punggungnya, melemparkan kepalanya ke belakang dan merentangkan tangan dan kakinya.

6) Babinski Refleks

   Refleks primitive berupa gerakan jari-jari mencengkeraman ketika bagian bawah kaki diusap, indikasi syaraf berkembang dengan normal.

7) Refleks Glabellar (Myerson)

   Bila bagian kaki disentuh atau diketuk maka akan menyebabkan mata bayi menutup dengan rapat dan mengedipkan matanya.

8) Resleks Ekstruksi

   Bila lidah bayi disentuh atau ditekan maka bayi akan berespon dengan mendorong keluar atau akan menjulurkan lidahnya.

9) Refleks Ereksi

   Bayi laki - laki biasanya mengalami ereksi sejak dikandungan hingga berusia satu tahun, misalnya saat dimandikan, disusui atau digendong bahkan saat tidur atau sedang terjaga. Untuk janin perempuan yang mengalami pelumasan dan ereksi klitoris sejak usia awal kandungan. Kondisi seperti ini menurut para ahli sangat alami dan tidak perlu dikhwatirkan. Ereksi pada bayi dan janin di kandungan dalam sesuatu yang normal.

10) Resleks Kleameter

Menggoreskan paha bagian dalam bawah, positif bila skrotum sisi sama.

11) Refleks Plantar

Bila bayi dipegang sedemikian rupa hingga menyentuh permukaan keras.

12) Refleks Walking

Bila bayi dipegang sedemikian rupa hingga telapak kaki menyentuh permukaan keras, akan ada fleksi atau akstensi resiprokaal dari kaki, mensitimulasi berjalan.

g. Sistem Urinarius

Berkemih setelah 8 jam kelahiran, ketidakmampuan untuk melanjutkan ekskresi dalam urin.

h. Sistem Reproduksi

Bayi perempuan klitoris menonjol dengan labia mayora yang belum berkembang, bayi laki - laki skrotum yang belum berkembang sempurna dengan ruga yang kecil, testis tidak turun ke dalam skrotum.

i. Sistem Termogenik

Bayi baru lahir mempunyi kecenderungan untuk mengalami stres fisik akibat perubahan suhu diluar uterus, dan lemak subkutan yang tipis serta permukaan tubuh yang relatif luas pada lingkungan yang dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama bayi kedinginan untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya. Pembentukan suhu tanpa menggigil ini merupakan hasil penggunaan lemak coklat. Semakin tua usia gestasi semakin banyak persediaan lemak coklat.

Mekanisme kehilangan panas pada bayi Berikut ini merupakan penjelasan tentang empat mekanisme kemungkinan kehilangan panas tubuh dari bayi baru lahir.

1) Evaporasi

   Adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Jika segera lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan dapat terjadi kehilangn panas tubuh bayi sendiri. Kehilangan panas juga terjadi pada bayi yang terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

2) Konduksi

   Adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin : meja, tempat tidur atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila diletakan diatas benda - benda tersebut. Contoh :

   a) Menimbang bayi tanpa alas timbangan
   b) Tangan penolong dingin saat memegang bayi baru lahir.
   c) Menggunakan stetoskop dingin untuk memeriksa bayi baru lahir.

3) Konveksi

   Adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi sat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehialang panas juga terjadi jika konveksi aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi atau pendingin ruangan. Contoh :

   a) Membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir didekat jendela.
   b) Membiarkan bayi baru lahir di ruangan yang terpasang kipas angin.

4) Radiasi

Adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi yang ditempatkan didekat benda - benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari pada suhu lain. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda - benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung). Panas dipancarkan bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda). Contoh :

a) Bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan berAC
b) Bayi baru lahir dalam keadaan telanjang.

6. Adaptsi Psikologis Pada Bayi Baru Lahir

Selain beradaptasi secara fisiologis, bayi baru lahir juga melakukan adaptasi secara psikologis. Semua bayi baru lahir mengalami pola kejadian spesifik yang sama setelah lahir, tanpa memandang usia kehamilan dan tipe persalinan yang mereka alami. (Atikah, 2010)

Bayi baru lahir umumnya menunjukan pola perilaku yang dapat ditebak pada beberapa jam awal setelah kelahiran, ditandai dengan dua periode reaktivitas yang diselingi dengan fase tidur. Adaptasi psikologis dipicu oleh rangsangan dari lingkungan ekstrauterin setelah lahir dan memperlihatkan kemajuan bayi baru lahir kearah mandiri.

a) Periode Pertama Beraktivitas

Periode pertama reaktivitas dimulai sejak bayi lahir dan berlangsung selama 30 menit. Karakteristik pada periode ini, antara lain respirasi dan pernapasan berlangsung cepat (frekuensi pernapasan mencapai 80 kali per menit) dengan irama yang teratur, ekspirasi mendengkur, terdapat retraksi, memiliki sejumlah

mukus dan bayi menagis kuat. Terjadi fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke sianosis. Periode ini memungkinkan otang tua untuk berinteraksi dengan bayi mereka. Refleks mengisap yang kuat pada masa ini menyediakan kesempatan yang baik untuk inisiasi menyusui dini. Banyak bayi baru lahir sudah dapat mengunci puting susu ibu dan dapat mengisap dengan baik pada pengelaman pertama. Selain itu, pada periode ini mata bayi terbuka lebih lama dari hari - hari berikutnya sehingga merupakan waktu yang tepat untuk memulai proses perlekatan (kulit dengan kulit) karena bayi dapat mempertahankan kontak mata dalam waktu yang lama.

b) Fase Tidur

Fase tidur dimulai dari 30 - 120 menit awal setelah bayi dilahirkan berlangsung selama 2 - 4 jam. Pada fase ini, bayi tidur dan aktivitasnya berkurang. Fase tidur mengacu pada periode berkurang responsiivitasnya. Gerakan lebih tidak menghentak dan frekuesnsi gerakan berkurang. Frekuensi pernapasan dan denyut jantung menurun kembali ke nilai dasar seiring dengan masuknya bayi dalam fase tidur, warna kulit cenderung stabil dan biasa terdengar suara bising usus. Otot - otot menjadi rileks dan responsivitasnya terhadap rangsangan dari luar berkurang. Selama fase ini, sangat sulit berinteraksi dengan bayi dan bayi terlihat tidak tertarik untuk menyusu. Waktu yang tenang ini dapat digunakan oleh bayi dan ibu untuk tetap dekat dan beristirahat bersama setelah persalinan.

c) Periode Kedua Reaktivitas

Periode ini berlangsung sejak bayi terbangun dan menunjukan ketertarikan terhadap rangsangan dari lingkungan. Periode ini berlangsung selama 2 - 8 jam pada bayi normal. Denyut jantung

dan pernapasan meningkat. Frekuensi nadi apikal berkisar 120 - 160 kali per menit. Peristaltik juga meningkat sehingga bukanlah hal yang jarang bagi bayi untuk mengeluarkan mekonium. Selain itu, aktivitas motorik dan tonus otot meningkat sehubungan dengan peningkatan koordinasi otot. Interaksi antara ibu dan bayi selama periode kedua reaktivitas didorong jika ibu telah beristrahat dan menginginkannya. Periode ini juga menyediakan kesempatan bagi orang tua untuk memeriksa bayinya. Pada periode ini, perlu dilakukan pemantauan ketat atas kemungkinan bayi tersedak atau mengeluarkan mukus berlebihan, pemantauan setiap kejadian apnea, dan mulai melakukan metode stimulusi keinginan atau rangsangan taktil segera, misalnya mengusap punggung, memiringkan bayi, serta mengkaji keinginan bayi untuk mengisap dan menelan.

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Jumlah sel darah putih : 18.000/mm, neutrofil meningkat sampai 23.000 - 24.000/mm
b. Hematokrit : 43 - 61 % (peningkatan sampaikan 65 % atau lebih menandakan polisitemia, penurunan kadar menunjukkan anemia atau hemoragik prenatal.
c. Bilirubin total : 6 mg/dl pada hari pertama kehidupan, 8 mg/dl 1 - 2 hari dan 12 mg/dl pada 3 - 5 hari.
d. Destrosix : tetes glukosa pertama selama 4 – 6 jam pertama setelah kelahiran rata - rata 40 – 50 mg/dl meningkat 60 – 70 mg/dl pada hari ketiga.
e. Pemantauan elektrolit.
f. Pemeriksaan AGD

8. Penatalaksaan Medik

a. Non farmakologik

Pada umumnya penatalaksanaan neonatus berat badan lahir rendah (Fauziah, dkk 2013), adalah sebagai berikut :

1) Penaturan suhu pada bayi
   a) Pengaturan temperatur tubuh ditunjukan untuk mencapai lingkungan temperatur netral sesuai dengan protokol.
   b) Pengaturan suhu tubuh bayi mengunakan inkubator
      1) Bayi > 2 kg adalah 35^{o}C
      2) Bayi 2,2 kg adalah 43^{0}C
   c) Suhu inkubator dapat diturunkan 1^{0}C peminggu untuk bayi diatas 2 kg.
   d) Suhu inkubator tidak ada, pemanasan dapat dilakukan dengan membungkus bayi dan meletakkan botol - botol hangat di sekitarnya.
2) Terapi oksigin dan bantuan ventilasi (jika perlu).
3) Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit : terapi cairan dan elektrolit harus menggantikan IWL (Insensible Water Loss) serta mempertahankan hidrasi yang baik serta konsentrasi glukosa dan elektrolit plasma normal.
4) Pemberian nutrisi yang cukup
   a) Nutrisi bayi prematur dan BBLR mungkin memerlukan pemberian asupan yang saksama, dan bahkan BBLR yang memerlukan asupan dengan sonde atau nutrisi parenteral.
   b) Cara pemberian nutrisi pada bayi BBLR
      (a) Jumlah cairan yang diberikan pertama kali adalah 1 - 5 ml / jam.

(b) Banyaknya cairan yang diberikan adalah 60 m / hari.

(c) Setiap hari dinaikan sampai 200 ml/kg/hari pada akhir minggu kedua.

c) Hal yang perlu diperhatikan selama pemberian minum untuk mencegah pneumonis aspirasi :

(1) Bayi diletakan di sisi kanan untuk membantu mengosongkan lambung, atau dalam posisi setengah duduk dipangkuan.

(2) Perawatan atau dengan dengan meninggikan kepala dan bahu 30°C di tempat tidur bayi.

(3) Pada waktu minum harus diperhatikan apakah bayi menjadi biru, ada gangguan pernafasan atau perut kembung.

(4) Untuk mencegah perut kembung, bayi diberi minum sedikit - sedikit, perlahan dan hati - hati.

(5) Penambahan suhu tidak boleh lebih dari 5 ml tiap kali pemberian.

(6) Sesudah minum, bayi didudukan atau diletakkan di atas pundak selama 10 -15 menit untuk mengeluarkan udara di lambung.

5) Pengendalian hiperbilirubinemia.

a) Hiperbilirubinemia biasanya dapat ditangani secara efektif dengan pemantauan seksama kadar bilirubin pelaksanaan terapi sinar.

b) Transfusi tukar mungkin diperlakukan dalam kasus berat.

6) Pencegahan dan penanganan infeksi

a) Pencegahan infeksi

Beberapa pencegahan infeksi pada BBLR yang dapat dilakukan antara lain :

(1) Dipisahkan dengan bayi yang terkena infeksi dengan yang tidak terkena infeksi.
(2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi.
(3) Membersihkan tempat tidur bayi.
(4) Memandikan bayi, bersih tali pusat.
(5) Petugas memakai pakaian yang telah disediakan.
(6) Pengujung hanya boleh dari kaca.

b) Penanganan infeksi

(1) Penanganan infeksi dengan antibiotik yang tepat.
(2) Antibiotika spektrum luas dapat diberikan jika kecurigaan kuat adanya infeksi.
(3) Pertimbangan antibiotika anti shapilakokus harus yang telah mengalami sejumlah besar atau sudah dirawat dalam waktu lama di rumah.

b. Farmakologi

1) Pemberian vitamin K, (Fauziah, dkk 2013).
   a) Infeksi 1 mg / IM sekali pemberian.
   b) Per oral 2 mg sekali pemberian atau 1 mg 3 kali pemberian (saat lahir, umur 3-10 hari, 4 - 6 minggu).

9. Komplikasi

Adapun komplikasi yang dapat terjadi (Pantiawati, 2010) adalah sebagai berikut :

a. Hipotermia

Dalam kandungan bayi berada dalam suhu nomal dan stabil yaitu 36,5 °C – 37,5 °C. Segera setelah lahir, bayi dihadapkan pada suhu

lingkungan yang umumnya lebih rendah. Perbedaaan ini memberi pengaruh pada kehilangan panas tubuh bayi. Selain itu, hipotermia dapat terjadi karena kemampuan untuk mempertahankan panas dan kesanggupan menambah produksi panas sangat terbatas karena otot - otot belum cukup memadai. Lemak subkutan yang sedikit, belum matangnya saraf pengatur suhu tubuh, luasnya permukaan tubuh relatif lebih besar dibanding dengan berat sehingga mudah kehilangan panas.

b. Hipoglikemia

Kecepatan glukosa yang dimiliki janin tergantung dari kadar gula ibu karena terputusnya hubungan plasenta dan janin menyebabkan hentinya pemberian glukosa. Bayi aterm dapat mempertahankan kadar gula darah 50-60 mg/dL selama 72 jam pertama, sedangkan bayi prematur dalam kadar 40 mg/dL. Hipoglikemia bila kadar gulanya sama dengan atau kurang dari 20 mg/dL.

c. Pendarahan Intrakranial

Perdarahan intrakranial dapat terjadi karena trauma lahir, *dissemineated intravascular coagulopaty* atau trombositopenia idiopatik. Intrakranial merupakan wilayah yang sangat rentan terhadap perdarahan selama minggu pertama kelahiran.

d. Sindrom Gangguan Pernapasan

Sindrom gangguan pernapasan pada bayi BBLR adalah perkembangan imatur pada sistem pernapasan atau tidak adekuatnya jumlah surfaktan pada paru-paru.

e. Sistem Integumen

Kulit yang belum matang dan rapuh serta lapisan lemak subkutan yang kurang akan memudahkan terjadinya kerusakan integritas kulit, terutama daerah yang sering terkena air dalam waktu yang

lama, misalnya daerah bokong, atau daerah yang sering terkena oleh pemakaian popok.

f. Rentan Terhadap Infeksi

Pemindahan subtansi kekebalan dari ibu ke janin terjadi pada minggu terakhir masa kehamilan. BBLR mudah menderita infeksi. Selain itu, karena kulit dan selaput lendir membran tidak memiliki perlindungan seperti bayi lahir normal.

g. Hiperbilirubinemia

Hal ini dapat terjadi karena belum maturnya fungsi hepar. Kurangnya enzim glukorinil transferase sehingga konjugasi bilirubin indirek menjadi bilirubin direk belum sempurna dan kadar albumin darah yang berperan dalam transportasi bilirubin dari jaringan ke hepar kurang. Kadar bilirubin normal pada bayi 10 mg/dL.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses awal dalam 5 proses keperawatan yang tujuannya untuk mendapatkan data yang mendukung untuk menegakkan suatu diagnosa. Pengkajian yang dilakukan oleh seorang perawat untuk mendapatkan data baik objektif maupun subjektif (Judith, dkk 2013) adalah sebagai berikut :

a. Riwayat Kesehatan Dahulu

1) Apakah ibu pernah mengalami penyakit kronis?
2) Apakah ibu pernah mengalami gangguan pada kehamilan sebelumnya, seperti infeksi/perdarahan antepartum, imaturitas dan sebagainya?
3) Apakah ibu seorang perokok?
4) Jarak kehamilan atau kelahiran terlalu dekat.

b. Pengkajian Bayi

1) Penilaian Apgar Score.

Nilai Apgar Score pada 1 menit pertama dengan cepat dan simultan dan juga pada 5 menit pertama. Penilaian Apgar Score meliputi warna kulit, denyut jantung, respon refleks, tonus otot dan pernapasan.

Tabel 2.1. Penilaian Apgar Score

Tanda	0	1	2
Appearance	Biru, pucat	Badan lemah, tungkai biru	Semuanya merah muda
Pulse	Tidak teraba	<100	>100
Grimace	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat
Activity	Lemas/lumpuh	Gerakan sedikit, fleksi tungkai	Gerakan aktif /reaksi melawan
Respiratory	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Menangis kuat

2) Pernapasan

a. Mungkin dangkal, tidak teratur, dan pernapasan diafragmatik intermitten dan periodik.

b. Pernapasan cuping hidung, retraksi suprasterna atau substernal, juga derajat sianosis yang mungkin ada.
c. Adanya bunyi ampela pada auskultasi menandakan sindrom distress pernapasan.

3) Neurosensori
   a. Suatu tengkorak dan fontanel tampak melebar, ketidakadekuatan pertumbuhan tulang mungkin terlihat.
   b. Kepala kecil dengan dahi menonjol, batang hidung cekung, hidung pendek mencuat, bibir tipis dan dagu maju.
   c. Tonus otot dapat tampak kencang dengan fleksi ekstremitas bawah dan atas serta keterbatasan gerak.
   d. Pelebaran tampilan mata
4) Makanan dan cairan
   a. Disproporsi berat badan dibandingkan dengan panjang dan lingkar kepala.
   b. Kulit kering pecah - pecah dan terkelupas dan tidak ada jaringan subkutan.
   c. Penurunan massa otot, khususnya pada pipi, bokong, dan paha.
   d. Ketidakstabilan metabolik dan hipoglikemia atau hipokalsemia.
5) Keamanan
   a. Suhu berfluktuasi dengan mudah
   b. Warna mekonium mungkin jelas pada jari tangan dan dasar tali pusat dengan warna kehijauan.
   c. Menangis mungkin lemah.
6) Seksualitas

a. Labia minora pada wanita mungkin lebih besar dari labia mayora dengan klitoris menonjol.
b. Testis pada pria mungkin tidak turun, ruge mungkin banyak atau tidak ada pada skrotum

2. Diagnosa Keperawatan

a. Resiko hipotermia dengan faktor resiko transfer panas.
b. Resiko infeksi dengan faktor resiko kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan pathogen.
c. Ketidakcukupan pemberian ASI berhubungan dengan refleks mengisap kurang efektif.
d. Resiko kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko gangguan turgor kulit.

3. Intervensi Keperawatan

A. Resiko hipotermia dengan faktor resiko transfer panas, pemakaian pakaian yang tidak adekuat, kurang pengetahuan pemberi asuhan tentang hipotermia.

Hasil yang diharapkan :

a) Pengaturan suhu

Intervensi :

1) Monitor suhu bayi baru lahir sampai stabil
2) Selimuti bayi segera mungkin untuk mencegah kehilangan panas.
3) Tempatkan bayi baru lahir dibawah penghangat, jika diperlukan pertahankan kelembaban pada 50 % atau lebih dalam inkubator untuk mencegah hilangnya panas.
4) Gunakan matras penghangat, selimut hanagat, hangatkan lingkungan sekitar untuk meningkatkan suhu tubuh, sesuai kebutuhan

b) Perawatan hipotermia

Intervensi

1) Monitor TTV pasien mengunakan alat pengukur dan rute yang paling tepat.
2) Bebaskan pasien dari pakaian basah dan dingin
3) Identifikasi faktor medis, lingkungan dan faktor lain yang mungkin memicu hipotermi
4) Mandi menggunankan air hangat.

B. Resiko infeksi berhubungan dengan resiko kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan pathogen.

Hasil yang diharapkan :

a. Kontrol infeksi

Intervensi :

1) pastikan tehnik perawatan luka yang tepat dan terbuka.
2) Batasi jumlah pengunjung
3) Ajarkan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan
4) Ajarkan kepada keluarga pasien bagaimana menghindari infeksi.

b. Perawatan tali pusat

Intervensi

1) Biarkan umbilikus terbuka
2) Amati perdarahan

3) Bersihkan permukaan luar dan puntung tali pusat dengan alkohol jika diperlukan
4) Dokumentasikan penampilan tempat umbilikus dan tindakan perawat.

C. Ketidakcukupan pemberian ASI berhubungan dengan refleks mengisap kurang efektif.

Hasil yang diharapkan :

a. Konseling laktasi

Intervensi :

1) Berikan informasi mengenai manfaat (kegiatan) menyusui baik fisiolagis maupun psikologis.
2) Koreksi konsepsi yang salah, informasi yang salah, dan ketidaktepatan mengenai menyusui.
3) Instruksi posisi menyusui yang variasi (misalnya: menggendong bayi dengan posisi kepalanya berada disiku, menggendong bayi dibawah lengan pada posisi yang digunakan untuk menyusui dan miring)
4) Monitor kemampuan bayi untuk menghisap.

b. Monitor nutrisi

Intervensi

1) Timbang berat badan pasien
2) Memonitor TTV
3) Identifikasi perubahan berat badan terakhir
4) Monitor adanya mual dan muntah
5) Lakukan evaluasi (kemampuan) menelan (misalnya fungsi motorik wajah, mulut, otot lidah, dan refleks menelan.

6) Identifikasi adanya ketidaknormalan dalam rongga mulut (misalnya inflamasi, kenyal, gusi berdarah, bibir pecah - pecah, bengkak dan merah tua

D. Resiko kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko gangguan turgor kulit.

Hasil yang diharapkan :

a) Pengecekan kulit

Intervensi :

1) Periksa kulit dan selaput lendir terkait dengan adanyakemerahan, kehangatan ekstrim, edema, atau drainase.
2) Amati warna, kehangatan, bengkak, pulpasi, tekstur, edema, dan ulserasi pada ekstremitas.
3) Monitor warna dan suhu kulit.
4) Periksa pakaian yang terlalu ketat.
5) Lakukan langkah - langkah untuk mencegah kerusakan lebih lanjut (misalnya, melapisi kasur, menjadwalkan reposisi)

b) Memandikan

Intervensi

1) Memandikan dengan air hangat yang suhunya menyenangkan.
2) Berika bedak kering pada lipatan kulit yang dalam
3) Memonitor kondisi kulit saat mandi

4. Discharge Planning

a. Menganjurkan ibu untuk membawa anaknya ke puskesmas untuk diimunisasi sesuai dengan usia bayi, serta menekankan pentingnya menimbang anak dengan mengisi KMS di posyandu atau puskesmas.
b. Menganjurkan kepada ibu untuk memandikan bayinya dengan air hangat.
c. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya sampai usia 6 bulan.
d. Menjelaskan kepada ibu pentingnya menjaga kebersihan tali pusat dan mengenali secara dini tanda-tanda infeksi yaitu kemerahan, nyeri, bengkak, dan adanya pus.
e. Menganjurkan kepada ibu untuk mengganti popok bayi setiap kali berkemih atau defekasi.
f. Menganjurkan ibu untuk memakaikan bayi pembungkus hangat atau selimut saat udara dingin.

BAB III
TINJAUAN KASUS

Ilustrasi Kasus

Bayi “M” yang berjenis kelamin perempuan lahir di ruang perawatan St. Yoseph II RS. Stella Maris Makassar pada tanggal 12 April 2018. Ketuban pecah pada pukul 07.25 WITA dengan warna keruh dan berbau amis yang berjumlah ± 350 cc. Bayi lahir melalui persalinan spontan pada pukul 07.45 WITA. Saat lahir, bayi menangis kuat dan dilakukan penilaian Apgar Score pada menit ke 1 dan ke 5 yaitu 8/10 kemudian dilakukan pengisapan lendir dengan dee lee dan kemudian bayi diselimuti dan dimasukkan dalam inkubator.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 April 2018 didapatkan data keadaan umum bayi lemah, bayi tampak selalu dibungkus dengan selimut, berat badan 2.250 gram, PB 45 cm, LK 30 cm, LD 29 cm, LP 32 cm, bayi lahir tanpa cacat bawaan, kulit tampak tipis dan berwarna kemerahan dan teraba halus, tali pusat masih basah, tali pusat dalam keadaan terbuka dan berwarna putih, observasi tanda - tanda vital S : 36, 6 °C, N : 142 kali/menit, P : 40 kali/menit.

Refleks-refleks primitif meliputi refleks *moro* ada, refleks *grasp* ada, refleks *walking* ada, refleks *tonik neck* ada, refleks *rooting* ada, refleks *babinski* positif. Reflex mengisap dan menelan bayi lemah, bayi menyusui setiap ± 5 menit setiap payudara, tampak bayi menangis saat puting susu di lepaskan.

Dari data diatas, penulis merumuskan diagnosa resiko hipotermia dengan faktor resiko transfer panas, ketidakcukupan ASI berhubungan dengan reflex mengisap tidak efektif, resiko infeksi dengan faktor resiko kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan pathogen.

A. KAJIAN KEPERAWATAN BAYI BARU LAHIR

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji	: Maria Leonita
NIM	: E1514401030

Unit : ST.YOSEPH II Tgl Lahir bayi (jam) : 12-04-2018

Kamar : 2012 Tgl Pengkajian (jam) : 12-04-2018

1. Identitas

a. Data Bayi

Nama Bayi (initial) : ’ M” Berat Badan Lahir : 2.250 gram

Jenis kelamin : Wanita Panjang Badan Lahir : 45 cm

Anak ke - : 3

b. Data Ibu (Istri)

Nama Ibu : Ny. M

Umur : 29 Tahun

Agama : Katolik

Suku : Flores

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : IRT

Perkawinan ke : 2

Lama Perkawinan : -

Alamat : Jl. Gg Kapal. No. 01

c. Data wali

Nama Ibu : Tn.Y

Umur : 34 Tahun

Agama : Katolik

Suku : Flores

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Buruh

Perkawinan ke :

Lama Perkawinan : -

Alamat : Jl.Gg Kapal. No.01

2. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Kehamilan atau Selama dihamilkan

1) HPHT : 25-07-2017
2) TP : 27-04-2018
3) Tempat pemeriksaan kehamilan : Puskesmas
4) Total ANC : 2 kali (trimester I tidak pernah periksa, pemeriksaan pada trimester II, I kali dan pemeriksaan pada trimester III, I kali pemeriksaan).
5) Penyakit yang diderita ibu selama kehamilan
   a) Perdarahan : tidak pernah
   b) Pre eklampsia : tidak pernah
   c) Eklampsia : tidak pernah
   d) Penyakit kelamin : tidak ada
   e) Lain-lain : tidak ada
6) Kebiasaan Ibu Saat Hamil
   a) Makanan : Ibu mengatakan pada saat hamil, ibu makan nasi, sayur bening, ikan. Ibu mengatakan makan makanan ½ porsi dari porsi biasanya. Ibu mengatakan dia sering mual, bahkan sampai muntah, dan keadaan ini biasanya terjadi pada pagi dan sore hari. Ibu mengatakan untuk menghindari mual dan muntah berlebihan dia suka makan buah-buahan yaitu : pisang dan rambutan. Ibu mengatakan sering menyediakan pisang atau rambutan di rumahnya. Ibu mengatakan keadaan ini terjadi saat usia kehamilan 1-4 bulan.
   b) Obat-obatan/jamu : Pasien mengatakan minum obat vitamin penambah darah, 1x1 peroral
   c) Merokok : Ibu mengatakan tidak merokok
   d) Lain-lain : Ibu mengatakan tidak suka makan sayur yang bersantan.

7) Keluhan ibu saat hamil : Ibu mengatakan pada trimester I dia suku mual muntah, pada trimester II dia masih mengalami mual muntah tetapi pada bulan ke 4, setelah itu tidak lagi. Ibu mengatakan pada trimester III dia tidak banyak makan.
8) Imunisasi TT : Ibu mengatakan dia tidak melakukan imunisasi.

b. Riwayat Persalinan/ Kelahiran ini

1) Tanggal Persalinan :12 - 04 - 2018
2) Jenis Persalinan : Normal
3) Lama Persalinan :
   a) Kala I : ± 5 jam (dari pukul 02.00 s.d 07.00)
   b) Kala II : ± 25 menit (dari pukul 07.00 s.d 07.25)
   c) Kala III : ± 30 menit (dari pukul 07.25 s.d 07.45)
   d) Kala IV : ± 2 jam (dari pukul 07.45 s.d 08.30)
4) Ketuban Pecah : pukul 07.25 WITA di kamar bersalin.
   Warna : berwarna keruh
   Bau : berbau amis
   Jumlahnya : ± 350 cc
   Jumlah Perdarahan : ± 150 cc
5) Pengobatan yang telah diberikan : Oxytocin 1 ampul /IM
6) Penyulit Persalinan
   1) Ibu : Tidak ada
   2) Bayi : Tidak ada
7) Keadaan : Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Tabel 3.1. APGAR Score : 8/10 dengan hasil sebagai berikut :

Kriteria	1 menit	5 menit
Appearance	1 (tubuh kemerahan, tangan dan kaki biru)	2 (semua kemerahan)
Pulse	2 (>100 x/menit)	2 (>100 x/menit)
Grimace	2 (gerakan aktif)	2 (gerakan aktif)
Activity	1 (lambat)	2 (menangis kuat)
Respiratory	2 (menangis kuat)	2 (menangis kuat)
Jumlah	8	10

1) Resusitasi : Tampak bayi di keringkan dan dilakukan pengisapan lendir menggunakan dee lee pada mulut dan hidung bayi, setelah itu bayi dibungkus menggunakan selimut, dan langsung melakukan inisiasi meyusui dini.

3. Pemeriksaan Umum dan TTV

a) Keadaan Umum: Bayi tampak kemerahan, tampak kulit bayi tipis, halus, tampak saat mengganti pakaian bayi menggigil dan menangis. Tampak tali pusat masih basah, tali pusat berwarna putih , tidak berbau, belum terlepas. TTV ; Nadi : 124 x/menit, suhu 36,6ºC, pernapasan 40 x/menit. Tampak keadaan bayi baik dan tidak mengalami kecacatan. Tampak bayi dimasukkan dalam inkubator. BB 2.250 gram.

b) Suhu Badah : 36,6°C (aksila)

c) Pernapasan : 40 x/menit

d) Denyut jantung : 142 x/menit

4. Pemeriksaan Fisik Sistematis

a) Kepala

1) Bentuk : tampak bulat dan rambut lurus berwarna hitam serta tipis.
2) Kulit kepala : tampak ada sedikit darah melekat pada kulit kepala bayi.
3) Fontanel : datar, teraba lunak, dan ubun-ubun belum tertutup.
4) Palpasi Sutura : sutura teraba dan tidak menyatu

b) Mata : simetris kiri dan kanan, pupil isokor kiri dan kanan, serta mengecil saat diberikan rangsangan cahaya, sklera tidak ikterik. Refleks *Glabellar* (*Myerson's*) : ada, ketika dahi bayi diketuk mata bayi mengedip.

c) Hidung : simetris kiri-kanan terdapat septum di tengah, terdapat 2 lubang hidung dan ada sedikit sekret.

d) Telinga : simetris kiri-kanan, terdapat lubang di tengah, tidak ada pengeluaran cairan.

e) Wajah : wajah simetris, kulit wajah berwarna kemerahaan, teraba halus dan tidak ada kelainan.

f) Mulut : bibir atas dan bawah simetris, tampak ada lendir.

Refleks Rooting : ada, ketika pipi dan mulut bayi penyentuh puting susu, bayi menoleh kearah stimulus

Refleks Sucking : ada, ketika bayi didekatkan pada puting susu ibunya, bayi langsung menghisap walaupun puting susu tidak masuk semua kedalam mulut bayi.

Refleks Ekstrusi : ada, ketika lidah bayi disentuh atau ditekan ujungnya, bayi langsung menjulurkan lidahnya.

g) Leher : pergerakan leher aktif, tidak ada benjolan atau massa.

Refleks Tonic Neck : ada, ketika kepala bayi kearah 1 sisi, lengan dan tungkai ekstermitas kearah putaran yang berlawanan.

Refleks Moro : ada ketika bayi di kagetkan dengan menyentuh tempat tidur, kedua ekstermitas mendekati tubuh.

h) Dada : tampak simetris kiri dan kanan dan tidak terdapat benjolan.

i) Abdomen : tampak datar, tidak ada massa, tampak tali pusat masih basah dan terbuka, tidak berwarna dan tidak berbau serta belum terlepas.

j) Genitalia

Wanita : alat genetalia lengkap, 5 menit setelah melahirkan bayi mengeluarkan miksi.

k) Ekstremitas

Lengan dan tangan : tampak bergerak bebas jumlah jari 10 (5 kiri dan 5 kanan) bayi tidak tremor, kuku ada

l) Tungkai dan kaki : tampak bergerak bebas, jumlah jari10 (5 kiri dan 5 kanan) tidak tremor dan kaku

Refleks Plantar/Graphs : ada, ketika jari perawat di letakan di tangan bayi, bayi langsung menggenggam.

Refleks Walking : ada, saat kaki bayi diletakkan dibidang datar, bayi ada menjijitkan kakinya seperti mau berjalan.

Refleks Babinski : positif, ketika menggoreskan telapak kaki bayi dan ibu jari fleksi

m) Punggung : berbentuk tegak, tidak ada kelainan, tidak ada benjolan

n) Anus : tampak ada lubang anus, tampak pengeluaran mekonium ± 4 jam setelah bayi lahir.

5. Antropometri

a) Lingkar kepala : 30 cm
b) Lingkar dada : 29 cm
c) Lingkar perut : 32 cm
d) Panjang badan : 45 cm
e) Berat badan : 2.250 gram

6. Pemenuhan Kebutuhan Bayi

a. Nutrisi - Cairan :

Ibu mengatakan produksi ASI nya sedikit. Ibu mengatakan akan sesering mungkin menyusui bayinya. Tampak bayi masih menangis setelah di lepaskan dari payudara ibunya, tampak refleks isap lemah, tampak mukosa bibir kering. Tampak bayi hanya mengisap ± 5 menit, tampak mulut bayi tidak melekat baik pada payudara ibunya, tampak mukosa bibir kering. BB 2.250 gram.

b. Eliminasi : tampak bayi mengeluarkan BAK ± 5 menit setelah melahirkan, berwarna kuning jernih, dan bayi mengeluarkan mekonium ± 4 jam setelah lahir.

c. Tidur – Istirahat : ibu mengatakan bayinya biasa tidur ± 8 jam pada siang hari dan pada malam hari ± 8 - 9 jam, dan terbangun jika popoknya basah serta bayi ingin menyusu.

d. Personal Hygiene : saat pengkajian bayi belum dimandikan, kulit bayi tampak tipis dan kemerahan, tampak tali pusat bayi dalam keadaan terbuka, belum terlepas, tampak masih basah, tidak berbau, tampak tali pusat berwarna putih. TTV ; nadi : 142 x/menit, suhu : 36,6ºC (aksila), pernapasan : 40 x/menit.

7. Data Medik

a. Diagnosa Medik : Berat badan lahir rendah (BBLR)
b. Keluhan Utama : Bayi lahir dengan BB rendah
c. Riwayat Keluhan Utama : Bayi lahir tanggal 12 april 2018 pada pukul 07.45 WITA. Kondisi bayi lemah dengan Apgar score 8/10. Kehamilan ibu cukup bulan dengan usia kehamilan 39 minggu 3 hari, BB 2.250 gram, LK 30 cm, LD 29 cm, LP 32 cm, PB 45 cm. Bayi dirawat di inkubator dengan suhu 33,3ºC.
d. Terapi : Neo - K 0,5 ml/IM (paha kanan bayi)
Hepatitis B 0,5 ml/IM (paha kiri bayi)

A. ANALISA DATA

Nama : By. “M”

Unit/kamar : St.Yoseph II / 2012

Tabel 3.2 : Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - DO : - Bayi tampak diletakkan dalam inkubator. - Bayi tampak selalu dibungkus selimut. - Kulit bayi tampak kemerahan, dan teraba halus, tipis. - Tanda tanda vital S : 36,6 ° C (aksila) P : 40 x/menit N : 124 x/menit - Berat badan lahir 2.250 gram - Tampak saat mengganti pakaian bayi mengigil dan menagis.	Transfer Panas	Resiko hipotermia
2.	DS : - Ibu mengatakan ASI nya	Refleks mengisap tidak efektif.	Ketidakcukupan ASI

	keluar tetapi sedikit. - Ibu mengatakan akan sesering mungkin meyusui bayinya. DO : - Tampak ibu menyusui bayinya setiap ± 5 menit. - Tampak bayi menagis setelah di lepas dari payudara ibunya. - Tampak reflex isap lemah - Tampak mukosa bibir kering - Berat badan lahir 2.250 gram		
3.	DS : - DO : - Tampak tali pusat masih basah. - Tampak tali pusat berwarna putih. - Tampak tali pusat dalam keadaan terbuka. - Tali pusat bayi tidak berbau dan belum terlepas - Tanda-tanda vital S : 36, 6°C (aksila) P : 40 x/menit N :140 x/menit	Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan pathogen	Resiko infeksi

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama : Bayi “M”

Unit/kamar : Santo Yoseph II / 2012

Tabel 3.3. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
I	Resiko hipotermia dengan faktor resiko transfer panas
II	Ketidakcukupan ASI berhubungan dengan reflex mengisap tidak efektif.
III	Resiko infeksi dengan faktor resiko kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan pathogen

D. RENCANA KEPERAWATAN

Nama / umur :By. M / 29 tahun

Ruangan / kamar : St. Yoseph II / 2012

Tabel 3.4. Rencana Keperawatan

TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NURSING OUTCAMES CLASSIFICATION (NOC)	NURSING INTERVENSIONS CLASSIFIKATION (NIC)
12/04/2018	Resiko hipotermi berhubungan dengan transfer panas. DS : - DO : - Bayi tampak diletakkan dalam inkubator. - Bayi tampak selalu dibungkus selimut. - Kulit bayi tampak kemerahan, dan teraba halus, tipis. - Tanda tanda vital S : 36,6°C (aksila) P : 40 x/menit N : 124 x/menit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan resiko hipotermi bisa teratasi dengan kriteria hasil : Termogulasi : bayi baru lahir Mengenal suhu tidak stabil dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan ke skala 4 Ket : 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu	1. Pengaturan suhu - Selimuti bayi segera mungkin untuk mencegah kehilangan panas. - Tempatkan bayi baru lahir dibawah penghangat, jika diperlukan pertahankan kelembaban pada 50 % atau lebih dalam inkubator untuk mencegah hilangnya panas. - Gunakan matras penghangat, selimut hanagat, hangatkan lingkungan sekitar untuk meningkatkan suhu tubuh, sesuai kebutuhan

	- Berat badan lahir 2.250 gram - Tampak saat mengganti pakaian bayi mengigil dan menagis.	Kontrol resiko : hipotermi - Mengidentifikasi tanda dan gejala hipotermi dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan pada skala 2. Ket: 1. Tidak pernah menunjukan 2. Jarang menunjukan 3. Kadang - kadang menunjukan 4. Sering menunjukan Secara konsisten menunjukan.	2. Perawatan hipotermia - Monitor TTV pasien menggunakan alat pengukur dan rute yang paling tepat. - Bebaskan pasien dari pakaian yang dingin dan basah - Mandi menggunakan air hangat
12/04/2018	Resiko infeksi berhubungan dengan resiko kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen. DS : -	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan resiko infeksi bisa teratasi dengan kriteria hasil :	1. Kontrol infeksi - Batasi jumlah pengunjung - Ajarkan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya kepada penyedia

	DO : - Tampak tali pusat masih basah. - Tampak tali pusat berwarna putih. - Tampak tali pusat dalam keadaan terbuka. - Tali pusat bayi tidak berbaudan belum terlepas - Keadaan umum bayi baik. - Tanda-tanda vital S : 36,6°C (aksila) P : 40 x/menit N :140 x/menit	Keparahan resiko infeksi baru lahir - Umbilikus terinfeksi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 5 Ket: 1. Berat 2. Besar 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada	perawatan kesehatan - Ajarkan kepada keluarga pasien bagaimana menghindari infeksi. 2. Perawatan tali pusat - Biarkan umbilikus terbuka - Amati perdarahan - Dokumentasikan penampilan tempat umbilikus dan tindakan perawat. - Bersihkan permukaan luar dan puntung tali pusat dengan alkohol jika diperlukan.
12/04/2018	Ketidakcukupan ASI berhubungan dengan refleks mengisap tidak efektif. DS : - Ibu mengatakan ASInya keluar tetapi sedikit. - Ibu mengatakan akan sesering mungkin meyusui bayinya.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kecukupan ASI bisa teratasi dengan kriteria hasil : Status nutrisi bayi - Intake cairan lewat mulut dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan pada skala 4. - Keberhasilan menyusui	1. Konseling laktasi - Berikan informasi mengenai manfaat (kegiatan) menyusui baik fisiolagis maupun psikologis. - Koreksi konsepsi yang salah, informasi yang salah, dan ketidaktepatan mengenai menyusui. - Instruksi posisi menyusui yang variasi (misalnya : menggendong bayi

	DO : - Tampak ibu menyusui bayinya setiap ± 3 - 4 jam. - Tampak bayi menagis setelah di lepas dari payudara ibunya. - Tampak reflex sedikit lemah - Tampak mukosa bibir kering - Berat badan lahir 2.250 gram	maternal dengan pengeluaran ASI (refleks let down) dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan pada skala 4 Ket: 1. Tidak adekuat 2. Sedikit adekuat 3. Cukup adekuat 4. Sebagian besar adekuat 5. Sepenuhnya adekuat.	dengan posisi kepalanya berada disiku, menggendong bayi dibawah lengan pada posisi yang digunakan untuk menyusui dan miring). - Monitor kemampuan bayi untuk menghisap. 2. Monitor nutrisi - Timbang berat badan pasien - Memonitor TTV - Monitor adanya mual dan muntah

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NAMA/UMUR: By.”M”/0-3 HARI

UNIT/KAMAR: St. Yosep II/2012

Tabel 6. Implementasi Keperawatan

Hari /Ttgl	No.Dx	Waktu	Implementasi	Perawat
Kamis 12/04/2018	I	07.50	Membersihkan permukaan luar dan puntung tali pusat. H/ : Tampak perawat membersihkan tali pusat masih basah, tidak berbau dan berwarna putih dan tidak terjadi perdarahan.	Bidan Vina Maria
	I	08.05	Mendokumentasikan penampilan tempat umbilikus dan tindakan perawat serta membiarkan umbilikus terbuka. H/ : Tampak umbilikus terbuka dan masih basah	Bidan Vina Maria
	I	08.10	Menyelimuti bayi segera mungkin untuk mencegah kehilangan panas H/: Tampak bayi dibedong menggunakan selimut, pendingin ruangan bayi dimatikan, pintu ruangan ditutup.	Bidan Vina Maria
			Memberikan informasi mengenai	Bidan Vina

	III	08.10	manfaat (kegiatan) menyusui baik fisiologis maupun psikologis H/: Tampak ibu belum memahani manfaat pemberian ASI.	Maria
	III	08..40	Menimbangan berat badan pasien H/: BB : 2.250 gram.	Maria
	I	08.50	Menempatkan bayi baru lahir didalam inkubator H/ : Tampak bayi ditempatkan dalam inkubator dengan suhu 33,4ºC	Agustina
	III	09.50	Memonitor kemampuan bayi untuk mengisap. H/ : Ibu mengatakan bayi tidak mampu mengisap dengan baik	Maria
	I & III	10.10	Memonitor TTV H/: - S : 36,6 ºC (aksila) - N : 124 x/menit - P : 40 x/menit	Maria
	I	10.15	Membebaskan pasien dari pakaian yang dingin dan basah. H/ :	Agustina

			Tampak bayi tidak menangis saat diganti popoknya.	
	III	10.25	Menginstruksikan posisi menyusui yang bervariasi H/ : Tampak ibu menggendong bayi dengan posisi kepalanya berada disiku dalam posisi duduk.	Maria
	III	11.30	Mengkoreksi konsep yang salah, informasi yang salah dan ketidaktepatan mengenai menyusui. H/ : Tampak ibu mengerti apa yang disampaikan dengan mengganti cara menyusui yang benar dengan mengubah posisi menyusui dari payudara kanan ke payudara kiri.	Maria
	III	12.25	Memonitor adanya muntah H/ : Tampak bayi kadang muntah.	Maria
	II	12.30	Membatasi jumlah pengunjunga H/ : - Tampak beberapa anggota keluarga bayi ada di kamar bayi	Agustina
			Mengajarkan keluarga mengenai	Maria

	II	13.35	tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya kepada perawatan kesehatan. H/ : - Tampak perawat memberitahukan kepada keluarga pasien mengenai tanda dan gejala infeksi. - Tampak keluarga belum mengerti apa yang diinformasikan oleh perawat.	
	II	13.40	Mengajarkan kepada keluarga pasien bagaimana menghindari infeksi. H/ : Tampak perawat mengajarkan keluarga bagaimana cara mencuci tangan sebelum menyentuh pasien.	Rini Yanti
	III	13.55	Memberikan informasi mengenai manfaat (kegiatan) menyusui baik fisiologis maupun psikologis H/: Tampak ibu pasien memahani manfaat pemberian ASI.	Peronika
	III	14.10	Memonitor kemampuan bayi untuk mengisap. H/:	Elisabeth

			- Ibu mengatakan bayi tidak mampu mengisap dengan baik	
	I & III	16.20	Memonitor TTV H/: - S : 36,5 ºC (aksila) - N : 125 x/menit - P : 42 x/menit	Rini Yanti
	I	16.55	Menempatkan bayi baru lahir didalam inkubator H/ : Tampak bayi ditempatkan dalam inkubator dengan suhu 33,1ºC	Peronika
	I	17.05	Membebaskan pasien dari pakaian yang dingin dan basah. H/ : Tampak bayi tidak menangis saat diganti popoknya.	Elisabeth
	II	18.30	Membatasi jumlah pengunjunga H/ : - Tampak beberapa anggota keluarga bayi ada di kamar bayi	Peronika
	III	18.40	Memonitor kemampuan bayi untuk mengisap. H/:	Bidan Kiki Elisabeth

			- Ibu mengatakan bayi tidak mampu mengisap dengan baik	
	I	21.05	Menempatkan bayi baru lahir didalam inkubator H/ : Tampak bayi ditempatkan dalam inkubator dengan suhu 21,5ºC	Elni
	I	21.40	Membebaskan pasien dari pakaian yang dingin dan basah. H/ : Tampak bayi tidak menangis saat diganti popoknya.	Elni
	I & III	21.45	Memonitor TTV H/: - S : 36,5 ºC (aksila) - N : 128 x/menit - P : 45 x/menit	Elni
	III	22.00	Memonitor kemampuan bayi untuk mengisap. H/: Ibu mengatakan bayi tidak mampu mengisap dengan baik	Kisma
	I	22.10	Menempatkan bayi baru lahir didalam inkubator H/ :	Kisma

			Tampak bayi ditempatkan dalam inkubator dengan suhu 6,2ºC	
	I	01.25	Membebaskan pasien dari pakaian yang dingin dan basah. H/ : Tampak popok bayi tidak basah.	Elni
	III	03.15	Memonitor kemampuan bayi untuk mengisap. H/: Ibu mengatakan bayi belum mampu mengisap dengan baik	Elni
	I	03.30	Menempatkan bayi baru lahir didalam inkubator H/ : Tampak bayi ditempatkan dalam inkubator dengan suhu 32,8ºC	Kisma
	I & III	06.00	Memonitor TTV H/: - S : 36,6 ºC (aksila) - N : 124 x/menit - P : 40 x/menit	Kisma
	I	06.15	Menyelimuti bayi segera mungkin untuk mencegah kehilangan panas. H/: - Tampak pendingin ruangan bayi dimatikan - Tampak pintu ruangan bayi	Elni

			ditutup rapat - Tampak bayi dibedong dengan selimut.	
	II	06.30	Membersihkan permukaan luar dan puntung tali pusat. H/ : - Tampak tali pusat masih basah - Tali pusat tidak berbau - Tali pusat berwarna putih - Tampak tidak terjadi perdarahan.	Elni
	III	07.30	Memonitor kemampuan bayi untuk mengisap. H/: - Ibu mengatakan bayi tidak mampu mengisap dengan baik - Tampak bayi masih menangis setelah menyusui.	Kisma
	III	08.00	Mengkoreksi konsep yang salah, informasi yang salah dan ketidaktepatan mengenai menyusui. H/ : Tampak ibu mengerti apa yang disampaikan dengan mengganti cara menyusui yang benar dengan mengubah posisi menyusui dari payudara kanan ke payudara kiri ± 5	Maria

			menit.	
Jumat 13/04/2018	III	08.15	Menimbanagan berat badan pasien H/: BB : 2.250 gram.	Maria
	I	08.20	Memandikan menggunakan air hangat H/ : Tampak pasien menggunakan air hangat	Bidan Ana Maria
	II	08.30	Membersihkan permukaan luar dan puntung tali pusat H/: Tampak perawat membersihkan tali pusat masih basah, tidak berbau dan berwarna putih dan tidak terjadi perdarahan.	Maria
	II	08.35	Mendokumentasikan penampilan tempat umbilikus dan tindakan perawat serta membiarkan umbilikus terbuka. H/ : Tampak umbilikus terbuka dan masih basah	Maria
	I	08.45	Menyelimuti bayi segera mungkin untuk mencegah kehilangan panas serta hangatkan lingkungan.	Agustina

			H/: - Tampak bayi dibedong menggunakan selimut - Tampak pendingin ruangan bayi dimatikan - Tampak pintu ruangan bayi ditutup.	
	III	09.05	Memonitor kemampuan bayi untuk mengisap. H/: - Ibu mengatakan bayi mulai mengisap dengan baik - Tampak bayi mengisap dan menelan dengan baik - Tampak bayi kurang menangis setelah menyusui.	Maria Agustina
	I & III	10.05	Memonitor TTV. H/: - S : 36,7 ºC (aksila) - N : 130 x/menit - P : 44 x/menit	Agustina
	I	10.10	Menempatkan bayi baru lahir didalam inkubator H/ : Tampak bayi ditempatkan dalam inkubator dengan suhu 13,2ºC	Maria
			Membebaskan pasien dari pakaian	Maria

	I	11.30	yang dingin dan basah. H/ : Tampak bayi tidak menangis saat diganti popoknya.	
	III	12.45	Menginstruksikan posisi menyusui yang bervariasi. H/ : Tampak ibu menggendong bayi dengan posisi kepalanya berada disiku dalam posisi duduk.	Agustina
	III	12.50	Mengkoreksi konsep yang salah, informasi yang salah dan ketidaktepatan mengenai menyusui. H/ : Tampak ibu mengerti apa yang disampaikan dengan mengganti cara menyusui yang benar dengan mengubah posisi menyusui dari payudara kanan ke payudara kiri ± 5 menit	Maria
	III	12.55	Memonitor adanya muntah H/ : Tampak bayi kurang muntah.	Agustina
	II	13.05	Membatasi jumlah pengunjunga H/ : - Tampak beberapa anggota keluarga bayi ada di kamar bayi	Bidan Ana Maria

	II	13.15	Mengajarkan kepada keluarga pasien bagaimana menghindari infeksi. H/ : Tampak keluarga melakukan bagaimana cara mencuci tangan sebelum menyentuh pasien.	Maria
	II	13.25	Mengajarkan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi. H/ : - Ibu pasien mengatakan bahwa tidak ada tanda dan gejala infeksi. - Tampak keluarga mengerti apa yang diinformasikan oleh perawat.	Agustina
	III	13.30	Memberikan informasi mengenai manfaat (kegiatan) menyusui. H/: - Tampak ibu pasien memahani manfaat pemberian ASI. - Tampak ibu pasien menyusui bayinya.	Maria
	III	13.55	Memonitor kemampuan bayi untuk mengisap. H/:	Maria

			- Ibu mengatakan bayi mulai mengisap dengan baik - Tampak tidak terdengar bunyi saat bayi menyusu.	
	I & III	15.50	Memonitor TTV H/: - S : 36,7 ºC (aksila) - N : 128 x/menit - P : 43 x/menit	Peronika
	I	16.05	Menempatkan bayi baru lahir didalam inkubator. H/ : Tampak bayi ditempatkan dalam inkubator dengan suhu 32,8ºC	Elisabeth
	I	16.30	Membebaskan pasien dari pakaian yang dingin dan basah. H/ : Tampak bayi tidak menangis saat diganti popoknya.	Peronika
	II	18.15	Membatasi jumlah pengunjunga H/ : Tampak beberapa anggota keluarga bayi ada di kamar bayi.	Elni
	III	18.30	Memonitor kemampuan bayi untuk mengisap. H/: - Ibu mengatakan bayi mulai	Peronika

			mengisap dengan baik - Tampak puting susu ibu masuk semua pada mulut bayi - Tampak tidak tampak bunyi saat bayi menyusu.	
	I	19.00	Menempatkan bayi baru lahir didalam inkubator. H/ : Tampak bayi ditempatkan dalam inkubator dengan suhu 27,3ºC	Elisabeth
	I	22.05	Membebaskan pasien dari pakaian yang dingin dan basah. H/ : Tampak bayi tidak menangis saat diganti popoknya.	Yolanda Rini
	I & III	22.40	Memonitor TTV H/: - S : 36,5 ºC (aksila) - N : 130 x/menit - P : 46 x/menit	Yolanda
	III	22.50	Memonitor kemampuan bayi untuk mengisap. H/: - Ibu mengatakan bayi tidak mampu mengisap dengan baik - Tampak puting susu ibu tidak	Yolanda

			masuk semua pada mulut bayi	
	I	23.00	Menempatkan bayi baru lahir didalam inkubator H/ : Tampak bayi ditempatkan dalam inkubator dengan suhu 16,3ºC.	Rini Yolanda
	I	03.05	Membebaskan pasien dari pakaian yang dingin dan basah. H/ : Tampak popok bayi tidak basah.	Rini
	III	03.15	Memonitor kemampuan bayi untuk mengisap. H/: - Ibu mengatakan bayi mengisap dengan baik - Tampak puting susu ibu masuk semua pada mulut bayi - Tampak tidak ada bunyi saat bayi menyusu.	Rini
	I	03.45	Menempatkan bayi baru lahir didalam inkubator H/ : Tampak bayi ditempatkan dalam inkubator dengan suhu 2,7ºC	Yolanda
			Memonitor TTV	Yolanda

	I & III	05.20	H/: - S : 36.7ºC (aksila) - N : 130 x/menit - P : 42 x/menit	Rini
	I	05.35	Menyelimuti bayi segera mungkin untuk mencegah kehilangan panas. H/: - Tampak pendingin ruangan bayi dimatikan - Tampak pintu ruangan bayi ditutup rapat - Tampak bayi dibedong dengan selimut.	Yolanda
	II	06.40	Membersihkan permukaan luar dan puntung tali pusat. H/: - Tampak tali pusat mulai kering - Tali pusat tidak berbau - Tali pusat berwarna putih - Tampak tidak terjadi perdarahan	Rini
	III	07.00	Memonitor kemampuan bayi untuk mengisap. H/: - Ibu mengatakan bayi mengisap dengan baik - Tampak bayi tidak mengeluarkan puting susu	Yolanda

			dari mulutnya. - Tampak bayi tidak menangis setelah menyusui. - Tampak tidak ada bunyi saat bayi menyusu.	
	III	08.00	Mengkoreksi konsep yang salah, informasi yang salah dan ketidaktepatan mengenai menyusui. H/ : Tampak ibu mengerti apa yang disampaikan dengan mengganti cara menyusui yang benar dengan mengubah posisi menyusui dari payudara kanan ke payudara kiri ± 5 - 10 menit.	Maria
Sabtu 14/04/2018	III	08.05	Menimbanagan berat badan pasien H/: BB : 2.300 gram.	Maria
	I	08.15	Memandikan menggunakan air hangat H/ : Tampak pasien menggunakan air hangat	Bidan Lusi Maria
	II	09.10	Membersihkan permukaan luar dan puntung tali pusat dengan alkohol jika diperlukan perlu serta	Bidan Lusi Maria

			mengamati perdarahan. H/: - Tampak perawat membersihkan tali pusat mulai kering - Tampak tidak berbau - Tampak tidak berwarna merah tidak - Tampak tidak terjadi perdarahan. - Tampak tali pusat belum terlepas	
	II	09.15	Mendokumentasikan penampilan tempat umbilikus dan tindakan perawat serta membiarkan umbilikus terbuka. H/ : Tampak umbilikus terbuka dan tidak ada pus / nanah.	Maria
	I	10.20	Menyelimuti bayi segera mungkin untuk mencegah kehilangan panas H/: - Tampak bayi dibedong menggunakan selimut - Tampak pendingin ruangan bayi dimatikan - Tampak pintu ruangan tidak ditutup. - Tampak bayi rawat gabung dengan ibunya.	Bidan Lusi Maria

	III	10.30	Memonitor kemampuan bayi untuk mengisap. H/: - Ibu mengatakan bayi mulai mengisap dengan baik - Ibu mengatakan bayinya menyusu ± 10 – 15 menit pada setiap payudara. - Tampak bayi mengisap dan menelan dengan baik - Tampak bayi kurang menangis setelah menyusui.	Maria
	I & III	10.35	Memonitor TTV H/: - S : 36.8 ºC (aksila) - N : 134 x/menit - P : 45 x/menit	Maria
	I	11.35	Menempatkan bayi baru lahir didalam inkubator H/ : Tampak bayi rawat gabung dengan ibunya.	Agustina
	I	12.55	Membebaskan pasien dari pakaian yang dingin dan basah. H/ : Tampak bayi tidak menangis saat diganti popoknya. Menginstruksikan posisi menyusui	Maria Agustina Maria

	III	13.00	yang bervariasi. H/ : Tampak ibu menggendong bayi dengan posisi kepalanya berada disiku.	
	III	13 .30	Mengkoreksi konsep yang salah, informasi yang salah dan ketidaktepatan mengenai menyusui. H/ : Tampak ibu mengerti apa yang disampaikan dengan mengganti cara menyusui yang benar dengan mengubah posisi menyusui dari payudara kanan ke payudara kiri ± 10 - 15 menit	Maria
	III	13.40	Memonitor adanya muntah H/ : Tampak bayi tidak mual dan muntah. Pasien pulang.	Maria

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Bayi “M”

Unit/Kamar : Santo Yoseph II/2012

Tabel 3.5. Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Nama Perawatan
12 .04 2018	**DP I** : Resiko hipotermia dengan faktor resiko transfer panas **S** : - **O** : - Tampak pendingin ruangan dimatikan. - Tampak pintu ruangan ditutup rapat. - Tampak bayi berbaring dalam inkubator dengan suhu 33.3 ºC - Tampak bayi dibedong dengan selimut. - Tanda - tanda vital : S : 36,6 °C (aksila) N : 124 kali/menit P : 40 kali/menit **A** : Resiko hipotermia belum teratasi **P** : Lanjutkan intervensi - Pengaturan suhu - Perawatan hipotermia **DP II** : Resiko infeksi dengan faktor resiko kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen. **S** : - **O** : - Tampak tali pusat masih basah	Maria

	- Tali pusat tidak berbau - Tali pusat berwarna keputihan - Tidak terjadi perdarahan **A** : Resiko infeksi belum teratasi **P** : Lanjutkan intervensi - Kontrol infeksi - Perawatan tali pusat **DP III** : Ketidakcukupan pemberian ASI berhubungan dengan refleks mengisap tidak efektif. **S** : Ibu mengatakan bayi tidak mampu mengisap dengan baik **O** : - Tampak bayi kadang mengeluarkan puting susu dari mulutnya. - Tampak ibu mengubah posisi menyusui dari payudar kanan ke payudara kiri ± 5 menit - Tampak bayi menangis setelah meyusui - BB 2.250 gram. **A** : Ketidakcukupan ASI masih belum adekuat **P** : Lanjutkan intervensi - Konseling laktasi - Monitor nutrisi	
13.04 2018	**DP I** : Resiko hipotermia dengan faktor resiko transfer panas **S** : - **O** : - Tampak pendingi ruangan dimatikan. - Tampak pintu ruangan ditutup rapat. - Tampak bayi berbaring dalam inkubator	Maria

	dengan suhu 33,3ºC - Tampak bayi dibedong dengan selimut. - Tanda- tanda vital : S : 36,7 ° C (Aksila) N : 130 kali/menit P : 42 kali/menit A : Reresiko mengalami hipotermia tidak terjadi P : Lanjutkan intervensi - Pengaturan suhu - Perawatan hipotermia **DP II** : Resiko infeksi dengan faktor resiko kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen **S** : - **O** : - Tampak tali pusat mulai kering - Tampak tidak terjadi perdarahan - Tali pusat tidak berbau - Tali pusat berwarna keputihan **A** : Resiko infeksi tidak terjadi **P** : Lanjutkan intervensi - Kontrol infeksi - Perawatan tali pusat **DP III** : Ketidakcukupan pemberian ASI berhubungan dengan refleks mengisap tidak efektif. **S** : Ibu mengatakan bayi mengisap dengan baik	

	O : - Tampak bayi tidak mengeluarkan puting susu dari mulutnya. - Tampak ibu mengubah posisi menyusui dari payudar kanan ke payudara kiri ± 5 – 10 menit - Tampak tidak ada bunyi saat bayi menyusu. - Tampak bayi tidak menangis setelah menyusui - BB 2.250 gram. **A** : Ketidakcukupan ASI sudah mulai adekuat **P** : Lanjutkan intervensi - Konseling laktasi - Monitor nutrisi	
14.04 2018	**DP I** : Resiko hipotermia dengan faktor resiko transfer panas **S** : - **O** : - Tampak bayi dibedong dengan selimut - Tampak pendingin ruangan dimatikan - Tampak pintu ruangan tidak ditutup - Tampak bayi rawat gabung dengan ibunya. - Tanda - tanda vital : S : 36,8 ° C (Aksila) N : 134 kali/menit P : 45 kali/menit\ **A** : Masalah teratasi. **P** : Hentikan intervensi titik beratkan pada perencanaan pulang :	Maria

	- Menganjurkan ibu untuk memakaikan bayi pembungkus hangat atau selimut saat udara dingin. - Menganjurkan kepada ibu untuk memandikan bayinya dengan air hangat. - Menganjurkan kepada ibu uantuk mengganti popok bayi setiap kali berkemih. **DP II :** Resiko infeksi dengan faktor resiko kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen **S** : - **O** : - Tampak tali pusat mulai kering. - Tali pusat tidak berbau - Tali pusat tidak kemerahan - Tampak tali pusat belum terlepas. - Tampak tidak terjadi perdarahan - Tampak tali pusat belum terlepas **A** : Stop interfensi, tidak masalah resiko infeksi. **P** : Lanjutkan intervensi - Keparahan resiko infeksi baru lahir **DP III** : Ketidakcukupan pemberian ASI berhubungan dengan refleks mengisap tidak efektif. **S** : - Ibu mengatakan bayi sudah mulai mengisap dan menelan dengan baik - Ibu mengatakan bayi mengisap puting susu ± 10 - 15 menit pada setiap payudara. **O** : - Tampak bayi tidak menangis setelah menyusu.	

	- Tampak bayi tidak mual muntah. - BB 2.300 gram. **A** : Stop intervensi, pemberian ASI sudah adekuat **P** : Pemberian ASI sudah adekuat . - Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya sampai usia 6 bulan. - Menganjurkan ibu untuk membawa anaknya ke puskesmas dan menekankan pentingnya menimbang anak dengan mengisi KMS di posyandu atau puskesmas.	

G. DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Obat Neo-K
   a. Nama obat : Neo-K
   b. Klasifikasi : vitamin K 1
   c. Dosis umum : 0,5-1 mg
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 0,5 mg
   e. Cara pemberian obat : IM di vastus anterior kiri
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Phytonadione diperlukan untukfaktor pembekuan darah seperti protombin.
   g. Alasan pemberian obat :
      Sebagai profilaksi hemorrhage pada bayi baru lahir.
   h. Kontraindikasi : Hipertsensivitas terhadap Phytonadione
   i. Efek samping obat : Hiperbilirubinemia dilaporkan pernah terjadi pada bayi yang lahir jika obat diberikan melebihi dosis yang dianjurkan.

2. Obat Hepatitis B
   a. Nama obat : Hepatitis B
   b. Klasifikasi / Golongan obat : Vaksin
   c. Dosis Umum : 0,5 ml -1 ml
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :0,5 ml
   e. Cara pemberian obat :IM pada vastus lateralis
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      Imunisasi aktif terhadap penyakit hepatitis B
   g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
      Imunisasi hepatitis B
   h. Kontra indikasi :
      Hipersensitif terhadap komponen vaksin,sebaiknya tidak diberikan pada orang yang terinfeksi demam berat.
   i. Efek samping :
      Reaksi lokal yang umumnya sering dilaporkan adalah rasa sakit, kemerahan, dan pembengkakan di sekitar penyuntikan seperti terlihat pada vaksin lainnya. Reaksi dapat berkurang dalam 2 hari setelah pemberian.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan yang diperoleh antara teori dengan kasus kelolaan berdasarkan penerapan asuhan keperawatan di RS Stella Maris Makassar yang berlangsung mulai tanggal 12-14 April 2018 melalui 5 proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental dan sosial.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 April 2018 didapatkan data : berat badan 2250 gram, panjang badan 45 cm, LK 30 cm, LD 29 cm, LP 32 cm, bayi lahir tanpa cacat bawaan, tali pusat masih basah, tali pusat dalam keadaan terbuka dan berwarna putih, observasi tanda - tanda vital S : 36, 6 ° C, N : 142 kali/menit, P : 40 kali/menit.

Refleks-refleks primitif meliputi refleks *moro* ada, refleks *graps* ada, refleks *walking* ada, refleks *tonik neck* ada, refleks *rooting* ada, refleks *babinski* positif. Bayi menangis kuat dan bayi tidak dapat mengisap puting susu dengan baik dan terus menerus, bayi hanya mengisap puting ± 5 menit pada setiap payudara, tampak bayi menangis saat menyusu.

Hasil pengukuran yang didapatkan BB bayi “M” 2250 gram, PB 45 cm, LK 30 cm, LD 29 cm, LP 32 cm, sesuai dengan teori Lyndon

Saputra, (2014), hasil pengukuran tersebut dalam kategori tidak normal dimana BB normal adalah 2500 - 4000 gram, PB 48 - 52 cm, LD 30 - 38 cm, LK 33 - 35 cm, LP 35 - 38. Dengan membandingkan hasil antropometri pada bayi “M” dengan menurut teori Lyndon Saputra, (2014) terlihat sangat jauh berbeda.

Dari hasil wawancara penyebab bayi “M” lahir dengan BBLR karena faktor : ibu mengatakan saat hamil, ibu sering mengalami mual muntah, porsi makan hanya ½ dari porsi biasanya, ibu mengatakan saat mual muntah makanan yang biasa ibu makan adalah pisang dan rambutan, ibu sendiri yang menjadi kepala keluarga tidak memiliki pekerjaan sehingga biaya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari tidak cukup dan juga ibu jarang mengkonsumsi makanan bergizi selama kehamilan.

Selain itu, penyebab bayi “M” lahir dengan BBLR karena pengawasan antenatal yang kurang dimana ibu hanya 2 kali melakukan pemeriksaan antenatal sehingga masalah yang mungkin terjadi selama kehamilan tidak dapat terdeteksi secara dini dan informasi yang didapatkan ibu terkait kebutuhan yang harus dipenuhi selama kehamilan juga sangat kurang.

B. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan kasus yang dikelola dari data yang mendukung pada saat pengkajian, penulis merumuskan 3 diagnosa keperawatan yaitu:

1. Resiko hipotermia dengan faktor resiko transfer panas.

   Alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena dari hasil observasi : tampak kulit bayi teraba halus, tipis dan kemerahan, TTV yang terdiri dari suhu 36,6 ° c, pernafasan 40 kali/menit, nadi 142 kali/menit. Selain itu bayi masih sangat rentan mengalami

perubahan suhu tubuh akibat perubahan suhu lingkungan dengan suhu dalam rahim.

2. Ketidakcukupan pemberian ASI berhubungan dengan refleks mengisap tidak efektif.

   Alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data refleks mengisap bayi lemah, dan ibu juga mengatakan bahwa bayi tidak dapat mengisap puting dengan baik dan terus menerus, tampak bayi selalu mengeluarkan puting dari mulutnya, Ibu mengatakan produk ASI nya sedikit, tampak bayi hanya mengisap puting ± 5 menit saja, tampak bayi menangis saat menyusu.

3. Resiko infeksi dengan faktor resiko kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen

   Diagnosa keperawatan ini diangkat karena didapatkan ada data observasi tampak tali pusat masih basah, tampak tali pusat dalam keadaan terbuka, tampak tali pusat berwarna putih, suhu tubuh 36, 6 °C (aksila).

Apabila dibandingkan dengan tahapan perumusan diagnosa ini terjadi kesenjangan dimana secara teoritis terdapat 4 diagnosa keperawatan sedangkan pada bayi “M” terdapat 3 diagnosa yang dapat diangkat. Menurut penulis hal ini disebabkan karena diagnosa keperawatan pada tinjauan teoritis dirumuskan secara umum untuk bayi dengan berat badan lahir rendah, sedangkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pengamatan kasus ditujukan pada satu bayi yang sasarannya untuk memenuhi kebutuhan masalah yang dialami oleh bayi “M”.

Diagnosa resiko kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko gangguan turgor kulit tidak di temukan pada bayi “M” karena setelah bayi lahir, pemberi asuhan telah memberikan intervensi yang tepat untuk mencegah terjadinya kerusakan integritas kulit

yaitu dengan rutin mengganti popok atau pakaian pada bayi saat basah yang dapat menyebabkan adanya kelembapan pada kulit bayi.

C. Intervensi keperawatan

Pada kasus yang ditemukan pada bayi “M” penulis menyusun intervensi yang tujuannya untuk mengatasi masalah pada bayi “M” yaitu sebagai berikut:

1. Resiko hipotermia dengan faktor resiko transfer panas

   Adapun intervensi yang ditetapkan penulis antara lain kaji tanda dan gejala awal hipotermia (pucat, bagian dasar kuku sianosis dan menggigil), pantau suhu tubuh bayi, mandikan bayi pada ruang yang hangat, jauh dari aliran udara, jaga kepala bayi tetap tertutup, keringkan dan selimuti bayi sesegera mungkin untuk menghindari kehilangan panas melalui evaporasi, pertahankan suhu rungan yang stabil, gunakan matras penghangat, hangat dan bersih,menempatkan bayi dalam incubator.

2. Ketidakcukupan pemberian ASI berhubungan dengan refleks mengisap tidak efektif

   Adapun intervensi yang penulis tetapkan adalah kaji kemampuan bayi untuk mengisap secara efektif, pantau berat badan bayi, pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke putting, instruksikan ibu dalam menyusui bayinya, instruksikan ibu untuk menggunakan kedua payudaranya setiap kali menyusui secara bergantian, tingkatkan jumlah menyusui yang terjadwal, anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan gizi seimbang selama menyusui, anjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara.

3. Resiko infeksi dengan faktor resiko kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen

   Adapun intervensi yang penulis tetapkan pada diagnosa ini adalah pantau tanda dan gejala infeksi, lindungi pasien terhadap kontaminasi silang, bersihkan permukaan luar umbilicus dan puntung tali pusat, membatasi jumlah pengunjung, serta perawatan luka terbuka dan tepat.

D. Implementasi keperawatan

Implementasi yang diberikan pada bayi disesuaikan dengan perencanaan yang telah dibuat. Untuk diagnosa pertama, yaitu resiko hipotermi berhubungan dengan transfer panas. Implementasi yang dilakukan yaitu : memonitor TTV (suhu, nadi, pernapasan), menyelimuti bayi segera mungkin, menempatkan bayi di dalam inkubator, menggunakan matras penghangat, bebaskan pasien dari pakaian yang basah, pertahankan suhu lingkungan untuk mencegah terjadinya hipotermi, mandi menggunakan air hangat.

Pada diagnosa keperawatan kedua yaitu ketidakcukupan ASI berhubungan dengan reflex mengisap tidak efektif, implementasi yang diberikan adalah memberikan informasi mengenai manfaat menyusui, mengkoreksi konsepsi dan informasi yang salah, ketidaktepatan mengenai menyusui, menginstruksi posisi menyusui, memonitor kemampuan bayi untuk mengisap, menimbang berat badan, memonitor adanya mual dan muntah, melakukan evaluasi kemampuan menelan, menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi, mengajarkan cara melakukan perawatan payudara.

Diagnosa ketiga yaitu resiko infeksi berhubungan dengan resiko kurang pengetahuan. Implementasi yang dilakukan yaitu : memastikan tehnik perawatan luka yang tepat dan terbuka, membatasi jumlah pengunjung, mengajarkan keluarga mengenai tanda dan infeksi, mengajarkan cara menghindari infeksi, membiarkan umbilikus terbuka, mengamati perdarahan, mendokumentasi penampilan umbilikus dan tindakan perawat, membersihkan permukaan luar dan puntung tali pusat.

Dari ketiga diagnosa yang diangkat penulis, semua intervensi yang telah ditetapkan penulis sudah diimplementasikan mulai dari hari pertama hingga hari ketiga dan tidak ada penambahan intervensi karena intervensi yang telah ditetapkan penulis sesuai dengan kebutuhan untuk mengatasi masalah yang terdapat pada bayi “M”. Semua intervensi dapat dilaksanakan karena didukung oleh fasilitas yang cukup memadai dari ruang perawatan serta adanya kerjasama yang baik antara penulis dengan bidan yang ada di ruang perawatan St. Yoseph II dan juga karena adanya kepercayaan antara penulis dengan keluarga bayi dalam memberikan tindakan.

E. Evaluasi keperawatan

Setelah implementasi keperawatan dilaksanakan oleh penulis selama 3 hari, pada tanggal 12-14 April 2018 maka dilanjutkan dengan evaluasi keperawatan yang berpedoman pada perencanaan keperawatan. Adapun hasil dari evaluasi pada setiap masalah keperawatan yang penulis dapatkan yaitu:

1. Resiko hipotermia dengan faktor resiko transfer panas. Diagnosa ini dapat teratasi dimana penulis mendapatkan data-data yang mendukung yaitu : S : 36,8 ºC (aksila), N : 134 kali/menit, P : 45

kali/menit, dan tidak ditemukan tanda-tanda hipotermi, seperti bayi dibungkus selimut, bayi tidak pucat, sianosis, dan bayi rawat gabung dengan ibunya.

2. Resiko infeksi dengan faktor resiko kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen.

   Diagnosa ini dapat teratasi dimana penulis mendapatkan data-data yang mendukung yaitu : tali pusat mulai mengering, tali pusat tidak berbau, tali pusat tidak kemerahan.

3. Ketidakcukupan ASI berhubungan dengan refleks mengisap tidak efektif.

   Diagnosa ini dapat teratasi dimana penulis mendapatkan data-data yang mendukung yaitu : bayi sudah mengisap dengan baik dan terus menerus, bayi menyusui ± 15 menit setiap payudara, bayi mengalami peningkatan berat badan yaitu dari 2250 gram menjadi 3000 gram.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah membahas tinjauan teoritis dan melakukan pengkajian secara langsung pada bayi “M” dengan berat badan lahir rendah, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

   Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 April 2018 didapatkan data keadaan umum bayi baik, bayi, berat badan 2250 gram, panjang badan 45 cm, LK 30 cm, LD 29 cm, LP 32 cm, bayi lahir tanpa cacat bawaan, kulit tampak tipis dan berwarna kemerahan dan teraba halus, tali pusat masih basah, tali pusat dalam keadaan terbuka dan berwarna putih, observasi tanda - tanda vital S : 36, 6 ° C, N : 142 kali/menit, P : 40 kali/menit, bayi tampak dibungkus dengan selimut, bayi tampak tertidur dalam inkubator

   Refleks - refleks primitif meliputi refleks *moro* ada, refleks *grasp* ada, refleks *walking* ada*,* refleks *tonik neck* ada, refleks *rooting* ada, refleks *babinski* positif. Reflex isap bayi lemah, bayi menyusui setiap ± 5 menit setiap payudara, tampak bayi menangis saat puting susu di lepaskan.

2. Diagnosa Keperawatan
   a. Resiko hipotermia dengan faktor resiko transfer panas
   a. Resiko infeksi dengan faktor resiko kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen
   b. Ketidakcukupan pemberian ASI berhubungan dengan refleks mengisap tidak efektif

3. Intervensi Keperawatan

a. Resiko hipotermia dengan faktor resiko transfer panas

Intervensi : kaji tanda dan gejala awal hipotermia (pucat, bagian dasar kuku sianosis dan menggigil), pantau suhu tubuh bayi mandikan bayi menggunakan air yang hangat, jauh dari aliran udara, jaga kepala bayi tetap tertutup, selimuti bayi sesegera mungkin untuk menghindari kehilangan panas, pertahankan suhu ruangan yang stabil, gunakan pakaian yang tebal, menempatkan bayi dalam inkubator.

b. Resiko infeksi dengan faktor resiko kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen

Intervensi : pantau tanda dan gejala infeksi, lindungi pasien terhadap kontaminasi silang, bersihkan permukaan dan punting tali pusat, batasi jumlah pengunjung, melakukan perawatan luka terbuka dan tepat serta biarkan umbilicus terbuka.

c. Ketidakcukupan pemberian ASI berhubungan dengan refleks mengisap tidak efektif

Intervensi : kaji kemampuan bayi untuk mengisap secara efektif, pantau berat badan bayi, pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting, instruksikan ibu dalam menyusui bayinya, instruksikan ibu untuk menggunakan kedua payudaranya setiap kali menyusui secara bergantian, anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan gizi seimbang selama menyusui, anjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara.

4. Implementasi keperawatan

   Setelah penulis menetapkan intervensi pada bayi “M” maka penulis melakukan implementasi sesuai dengan intervensi pada diagnose pertama adalah pengaturan suhu dan perawatan hipotermi, diagnosa kedua adalah kontrol infeksi dan perawatan tali pusat, sedangkan diagnosa ketiga adalah konseling laktasi dan monitor nutrisi.

5. Evaluasi keperawatan
   a. Hipotermia pada bayi tidak terjadi.
   b. Pemberian ASI menjadi efektif.
   c. Infeksi tali pusat pada bayi tidak terjadi.

6. Pendokumentasian

   Pendokumentasian yang dilakukan oleh penulis dalam karya tulis ilmiah ini mencakup 5 proses keperawatan yaitu pengkajian awal, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

B. Saran

1. Bagi Keluarga Pasien

   Diharapkan kepada keluarga agar lebih memperhatikan kesehatan bayinya dengan memberikan ASI eksklusif dan selalu membawa bayi ke pelayanan kesehatan secara rutin untuk mendapatkan imunisasi dan tumbuh kembang bayi dapat dipantau secara rutin.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

   Diharapkan kepada bidan dan perawat agar dapat memberikan penyuluhan kepada keluarga pasien tentang cara merawat bayi dengan berat badan lahir rendah yang meliputi cara perawatan tali pusat, melakukan metode kanguru untuk menjaga agar bayi tidak kehilangan panas, dan pemberian ASI eksklusif.

3. Bagi Institusi Pendidikan

   Diharapkan kepada institusi pendidikan untuk menambah buku-buku referensi yang terbaru agar ilmu dan keterampilan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan lebih bermutu.

4. Bagi Penulis

   Diharapkan agar selalu meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

Anik. (2013). Asuhan Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) . Jakarta : TIM

Atikah. (2010). BBLR (Bayi Berat Badan Lahir Rendah). Yogyakarta : Nuha Medika.

Cahyo. (2010). Ilmu Kebidanan. Edisi . Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.

Depkes RI, (2015). Perawatan Bayi Baru Lahir Rendah (BBLR). Jakarta : Health Technplogy Assessment Indonesia. Depkes RI.

Fauziah, dkk. (2013) Asuhan Kebidanan Neonatus Resiko Tinggi dan Kegawatan. Yogyakarta : Nuka Medika.

Hhtp://dinkeskotamakassar.com/index.php/2017-02-09-09-30-56?download=17:profil-kesehatan-kota-makassar-tahun 2015.Diakses pada pada 17 Mei 2018 pukul 11.30 WITA

Judith, dkk. (2013). Buku Saku Diagnosis Keperawatan, edisi 9 ; Jakarta EGC

Lyndon. (2014). Pengantar Asuhan Neonatus, Bayi, dan Balita. Tangerang Selatan : Binarupa Aksara.

MRO Rumah Sakit Stella Maris Makassar,Kasus BBLR Periode 2015-2017.

Pantiawati. (2010).Bayi dengan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah). Yogyakatra : Nuha Medika.

Surasmi. (2013). Perawatan Bayi Risiko Tinggi.Jakarta : EGC.

LEMBAR KONSUL

Nama : Maria Leonita Y. M. Nuwa
Nim : E1514401030
Judul : BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah)
Pembimbing : Matilda Paseno, S.Kep., Ns., M.Kes

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	07/05/2018	Konsul materi BAB I	
2.	09/05/2018	Konsul materi BAB II & perbaikan materi BAB I	
3.	17/05/2018	Konsul perbaikan BAB I tentang tambah data Sulawesi Selatan & BAB II	
4.	19/05/2018	Konsul perbaikan BAB I tentang dampak BBLR & BAB II tentang rata kiri-kanan.	
5.	24/05/2018	Konsul BAB I tentang data MRO BAB IV & BAB V	
6.	25/05/2018	Konsul perbaikan BAB IV & tambahan data BAB V.	
7.	28/05/2018	Konsul perbaikan BAB IV tentang Intervensi	
8.	30/05/2018	Perhatikan tanda baca BAB I, II, IV, V	

LEMBAR KONSUL

Nama : Maria Leonita Y. M. Nuwa

Nim : E1514401030

Judul : BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah)

Pembimbing : Meyke Rosdiana, S.Kep., Ns

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	12/04/2018	Konsul judul KTI	
2.	16/04/2018	Konsul pengkajian	
3.	25/04/2018	Konsul penambahan data pengkajian dan analisa data	
4.	07/05/2018	Konsul tentang diagnosa dan repra	
5.	09/05/2018	Konsul perbaikan analisa data dan penambahan data.	
6.	19/05/2018	Pebaikan diagnosa yang ke dua	
7.	25/05/2018	Perbaikan tentang evaluasi keperawatan	
8.	28/05/2018	Perbaikan implementasi	
9.	30/05/2018	Perhatikan tanda baca	