**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA By Ny R DENGAN DIAGNOSA MEDIS BBLR+ RDS DI RUANG NICU RSPAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**



**OLEH:**

**YUSUF NOVRY MAHENDRA**

**NIM. 19.20044**

**PRODI D3 KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2022**

# KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA By Ny R DENGAN DIAGNOSA MEDIS BBLR + RDS DI RUANG NICU RSPAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat**

**untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)**



**OLEH:**

**YUSUF NOVRY MAHENDRA**

**NIM. 19.20044**

**PRODI D3 KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2022**

# SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 24 Februari 2022

Penulis



Yusuf Novry Mahendra

NIM. 1920044

#

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami amati, selaku pembimbing mahasiswa:

|  |  |
| --- | --- |
| Nama :NIM. :Program Studi :Judul :  | Yusuf Novry Mahendra19.20044D3 KeperawatanAsuhan Keperawatan Pada By Ny R dengan Diagnosa Medis BBLR + RDS Ruang NICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya |

 Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)**

Surabaya, 24 Februari 2022

Pembimbing



**(Faridah, SST., M.Kes)**

**NIP. 197212122005012001**

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 24 februari 2022

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama :NIM. :Program Studi :Judul : | Yusuf Novry Mahendra 19.20044.D3 KeperawatanAsuhan Keperawatan Pada By Ny R dengan Diagnosa Medis BBLR+RDS di Ruang NICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya |

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)” pada Prodi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Penguji I : | Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.KesNIP.03003 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Penguji II : | Meyta Kurniasari, S.Kep. NsNIP.197605172006042001 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Penguji III : | Faridah, SST.,M.KesNIP. 197212122005012001 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |

**Mengetahui,**

**STIKES HANG TUAH SURABAYA**

**KAPRODI D3 KEPERAWATAN**

**(Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes)**

**NIP. 03007**

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 24 Februari 2022

# KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada By Ny R dengan Diagnosa Medis BBLR+RDS di Ruang NICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Progam D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya Karya ilmiah akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehinggga karya ilmiah akhir ini di buat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Bapak Kol. Dr. Gigih Imanta J., So.PD., Finasim.,M.M selaku Direktur Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
2. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kep., M.kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa D3 Keperawatan.
3. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi D3 Keperawatan.
4. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan
5. Ibu Diyah arini,S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji, terima kasih atas arahan, kritikan dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Faridah, SST., M.Kes selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan moril dalam penyusunan karya ilmiah ini.
7. Ibu dan ayah tercinta beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari.
8. Teman-teman sealmamater dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Semoga budi baik yang telah diberikan penulis mendapatkan balasan dari Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya penulis berharap bahwa karya ilmiah akhir ini bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 24 Februari 2022

Penulis

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

“Go after what you want, and pray for your wish to come true”

allah bless me

“Kejarlah apa yang kamu inginkan, dan berdoalah agar menjadi kenyataan”

allah bless me

**PERSEMBAHAN**

Karya tulis yang sederhana ini kami persembahkan kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan segala kelancaran serta petunjuk-Nya kepada kami dalam menuntun mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini,
2. Kepada Ibu dan Ayah yang senantiasa mensupport doa tanpa ada hentinya
3. Kakak yang selalu membantu membuatkan kopi
4. Dan teman seperjuangan dibawah naungan Stikes Hang Tuah Surabaya

# DAFTAR ISI

Table of Contents

[KARYA ILMIAH AKHIR ii](#_Toc95850115)

[SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN iii](#_Toc95850116)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc95850117)

[LEMBAR PENGESAHAN iv](#_Toc95850118)

[KATA PENGANTAR v](#_Toc95850119)

[DAFTAR ISI vii](#_Toc95850120)

[DAFTAR TABEL ix](#_Toc95850121)

[DAFTAR GAMBAR x](#_Toc95850122)

[DAFTAR LAMPIRAN xi](#_Toc95850123)

[BAB 1 PENDAHULUAN 1](#_Toc95850124)

[1.1 Latar belakang 1](#_Toc95850125)

[1.2 Rumusan Masalah 4](#_Toc95850126)

[1.3 Tujuan Penelitian 4](#_Toc95850127)

[1.4 Manfaat 5](#_Toc95850128)

[1.5 Metode penulisan 6](#_Toc95850129)

[1.6 Sistematika penulisan 7](#_Toc95850130)

[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 8](#_Toc95850131)

[2.1 Konsep Penyakit 8](#_Toc95850132)

[2.2 Konsep Anak 20](#_Toc95850133)

[2.3 Hospitalisasi 22](#_Toc95850134)

[2.4 Imunisasi 22](#_Toc95850135)

[2.5 Nutrisi Pada neonatus 24](#_Toc95850136)

[2.6 Asuhan Keperawatan 29](#_Toc95850137)

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 40](#_Toc95850138)

[3.1 Pengkajian 40](#_Toc95850139)

[3.2 Analisa Data 51](#_Toc95850140)

[3.3 Prioritas Masalah 52](#_Toc95850141)

[3.4 Rencana Keperawatan 53](#_Toc95850142)

[3.5 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan 57](#_Toc95850143)

[BAB 4 PEMBAHASAN 66](#_Toc95850144)

[4.1 Pengkajian 66](#_Toc95850145)

[4.2 Diagnosa Keperawatan 71](#_Toc95850146)

[4.3 Perencanaan 72](#_Toc95850147)

[4.4 Pelaksanaan 74](#_Toc95850148)

[4.5 Evaluasi 75](#_Toc95850149)

[BAB 5 PENUTUP 77](#_Toc95850150)

[5.1 Simpulan 77](#_Toc95850151)

[5.2 Saran 79](#_Toc95850152)

[DAFTAR PUSTAKA 82](#_Toc95850153)

# DAFTAR TABEL

[Tabel 2. 1 BB Bayi Sesuai Usia 21](#_Toc95850627)

[Tabel 2. 2 Tabel Rencana keperawatan 34](#_Toc95850628)

[Tabel 3. 1 laboratorium 49](#_Toc95850644)

[Tabel 3. 2 Terapi 50](#_Toc95850645)

[Tabel 3. 3 Analisa Data 51](#_Toc95850646)

[Tabel 3. 4 Prioritas Masalah 52](#_Toc95850647)

[Tabel 3. 5 Rencana Keperawatan 53](#_Toc95850648)

[Tabel 3. 6 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Keperawatan 57](#_Toc95850649)

# DAFTAR GAMBAR

[Gambar 2 1 WOC BBLR + RDS 41](#_Toc97665143)

[Gambar 3. 1 Genogram 43](#_Toc95850715)

# DAFTAR LAMPIRAN

[sop 1 penggunaan invant incubator 82](#_Toc95894821)

# BAB 1PENDAHULUAN

## Latar belakang

Angka kematin bayi di indonesia masih tergolong tinggi, meskipun pada tahun 1990 hingga tahun 2003 pernah terjadi penurunan angka kematian bayi, penurunan angka kematian terus melambat hingga 10 tahun terakhir, hal ini menyebabkan indonesia jauh dari batasan target yang ditentukan oleh *millenium development goals* 2015(Issn, 2017). Berat bayi lahir rendah (BBLR) berkaitan sangat erat dengan kematian neonatal dan morbiditas, terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan kognitif, dan timbul penyakit penyerta di hari setelahnya, bayi dengan Berat bayi lahir rendah (BBLR) kebanyakan akan terjadi kehidupan jangka panjang yang kurang baik. jika tidak meninggal saat kelahiran, bayi yang memiliki berat bayi lahir rendah (BBLR) juga memiliki risiko tumbuh dan berkembang lebih lambat dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan berat badan normal (Ani, 2015). Pada Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan surabaya yang banyak kami temui yakni pasien Prematur yang memiliki berat badan diantara 800 gr hingga 2100 gr, banyak juga disertai dengan asfiksia, pola nafas tidak efektif, bersihan jalan nafas tidak efektif, ikterik neonatus dan lain sebagainya.

Indonesia termasuk negara berkembang yang mempunyai angka tinggi kesakitan dan kematian bayi baru lahir rendah (BBLR kurang dari 2500 gram) masih menjadi masalah utama. Asfiksia, sindrom gangguan napas, infeksi serta terjadinya hipotermi merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian berat bayi lahir rendah . Menurut WHO mayoritas dari kematian bayi baru lahir (75%) terjadi pada minggu pertama kehidupan, sekitar 1 juta bayi baru lahir meninggal dalam 24 jam pertama. Termasuk kelahiran premature, komplikasi terkait lahir dengan keadaan kegagalan bernafas, dan infeksi cacat lahir, hal ini yang menyebabkan sebagian besar kematian pada neonatal pada tahun 2017(Santi Deliani Rahmawati, 2020). Pada tahun 2015, 20 juta lebih bayi baru lahir, diperkirakan 14,6% dari bayi yang lahir secara global pada tahun tersebut, Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia (2019) dengan berat badan lahir rendah menunjukkan penyebab tertinggi kematian neonatal adalah bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) yaitu sebesar 7.150 (35,3%) kasus serta bayi baru lahir karena asfiksia yakni sebesar 5.464 (27,0%) kasus (Issn, 2017). Kejadian BBLR di Provinsi Jawa Timur menunjukkan bahwa dari 38 Kabupaten / Kota di Jawa Timur yang memiliki angka bayi lahir hidup tertinggi yaitu Kota Surabaya, Kabupaten Malang, dan Kabupaten Jember. Sedangkan dari 38 Kabupaten/Kota di Jawa Timur yang memiliki persentase tinggi kejadian BBLR diantaranya adalah Kota Madiun, Kabupaten Situbondo dan Kabupaten Bondowoso. Berdasarkan Laporan Profil Kesehatan dari Kota Madiun Angka bayi berat bayi lahir rendah pada tahun 2020 di Surabaya mencapai 35% sebagai penyebab kematian neonatal (Dinkes Surabaya,2020). Angka kejadian berat bayi lahir rendah di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya terhitung mulai bulan januari 2021 hingga bulan Desember 2021 mencapai 114 berat bayi lahir rendah (Hartiningrum and Fitriyah, 2019).

Penyebab lahir bayi dengan berat badan lahir rendah ini karena bayi lahir prematur juga dikarenakan bayi mengalami gangguan pertumbuhan janin didalam kehamilan. Peningkatan risiko untuk terjadinya bayi dengan BBLR menurut WHO dikarenakan dari berbagai faktor antara lain ibu dengan anemia, adanya masalah kesehatan pada saat hamil, paritas ganda, malnutrisi pada ibu, hamil dalam usia berisiko (35 tahun) serta jarak kehamilan yang cepat (Santi Deliani Rahmawati, 2020). Ibu yang menjaga kesehatannya dengan mengkonsumsi makanan bergizi dan menerapkan gaya hidup yang sehat akan melahirkan bayi yang sehat, sebaliknya ibu yang mengalami defisiensi gizi memiliki risiko untuk melahirkan BBLR (Pramono and Paramita, 2015).

RDS berpotensi besar terjadi pada bayi BBLR, hal ini terjadi karena belum matangnya organ tubuh dan fungsi tubuh pada bayi. BBLR pada bayi mempunyai kecenderungan kearah peningkatan terjadinya infeksi dan mudah terserang komplikasi. Imaturitas organ pada bayi BBLR sering menyebabkan masalah pada fungsi pernapasan seperti syndrome gawat nafas atau Respiratory Distress Syndrome. Respiratory distress syndrome (RDS) merupakan sindrom gawat nafas yang disebabkan oleh kurangnya surfaktan terutama pada bayi yang lahir dengan masa kehamilan yang kurang. RDS juga dapat disebut hyaline membrane didease (HMD). RDS terjadi karena adanya atelektasis alveoli, edema, kerusakan sel sehingga dapat menyebabkan terjadinya bocornya serum protein ke dalam alveoli yang menghambat fungsi surfaktan. Surfaktan merupakan suatu zat yang dapat menurunkan tegangan dinding alveoli paru. Pertumbuhan surfaktan paru mencapai maksimum pada usia kehamilan ke 35 minggu, Kekurangan surfaktan menyebabkan gangguan kemampuan paru untuk mempertahankan stabilitasnya. Hal ini menyebabkan alveolus kembali kolaps setiap akhir ekspirasi yang berikutnya membutuhkan tekanan negative intoraks yang lebih besar yang disertai usaha inspirasi yang kuat. Tanda dan gejala dari sindrom gawat nafas atau RDS adalah pernafasan cepat, sianosis perioral, merintih waktu ekspirasi, retraksi substernal dan interkostal. Masalah pernafasan pada bayi sering dihubungkan dengan kondisi Respiratory Distresss Syndrome (RDS) merupakan penyebab terbanyak dari angka kesakitan dan kematian pada bayi(Meranti, 2015).

Pada kebanyakan rumah sakit umumnya mesin monitor yang ada di NICU memiliki sistem kerja yang sama: mencatat detak jantung, laju pernapasan, tekanan darah, dan suhu. Selain itu terdapat pula oksimeter yang digunakan untuk mengukur jumlah oksigen dalam darah. Bayi yang baru lahir, khususnya bayi prematur biasanya membutuhkan bantuan pernapasan. Bantuan pernapasan bisa dilakukan dengan berbagai metode seperti menggunakan respirator, Continuous Positive Airway Pressure (C-PAP) atau bantuan udara ke paru-paru, dan tudung oksigen. Sementara itu, untuk makan, bayi prematur biasanya mendapat asupan melalui intravena maupun tabung. Bayi yang lahir pada usia 25 - 29 minggu belum bisa menerima ASI. Ini karena bayi prematur biasanya memiliki sistem pencernaan yang belum matang serta belum mampu untuk mengisap, menelan, dan bernapas secara normal. Selama masa ini, bayi prematur perlu mendapatkan penanganan medis sehingga perlu tinggal di rumah sakit selama beberapa waktu**.**

Berdasarkan latar belakang ini, penulis memilih untuk meneliti Asuhan Keperawatan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) di ruang NICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tahun 2022

## Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka dari itu penulis akan menyajikan lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan prematur dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut, “bagaimanakah asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa prematur di ruang NICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”

## Tujuan Penelitian

1. **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa BBLR + RDS di ruang NICU RSPAL Dr. Ramelan surabaya

1. **Tujuan Khusus**
2. Mengkaji pasien dengan diagnosa prematur di ruang NICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa prematur di ruang NICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa prematur di ruang NICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa prematur di ruang NICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mengevaluasi pasien dengan diagnosa prematur di ruang NICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
7. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa prematur di ruang NICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat:

1. Akademis hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien prematur.
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
3. Bagi pelayanan keperawatan dirumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi maasukan dari pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien prematur secara baik.

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pasien prematur dengan baik

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien prematur.

## Metode penulisan

1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang, yang meliputi studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Teknik pengumpulan data
2. Wawancara

Data diambil melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laoratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosisdan penanganan selanjutnya.

1. Sumber data
2. Data primer

Data primer adalah data yang diperolah dari pasien.

1. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

## Sistematika penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yakni :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab yang masing masing bab terdiri dari sub bab berikut ini.

BAB 1 : pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : tinjauan pustaka berisi konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan, pasien dengan diagnosa prematur, serta kerangka masalah.

BAB 3 : tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

# BAB 2TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan kita uraikan secara teoritis mengenai asuhan keperawatan pada bayi prematur dan konsep konsep penyakitnya. Konsep penyakit akan diuraikan melalui definisi, etiologi, manifestasi klinik, patofisiologi, pemeriksaan penunjang dan juga penatalaksanaan secara medis.

# Konsep Penyakit

* + 1. **Konsep Dasar BBLR**

**2.1.1.1 Pengertian Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)**

BBLR adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gr, tanpa memandang masa gestasi. Berat lahir yakni berat bayi yang ditimbang dalam 1 (satu) jam setelah lahir (Pramono and Paramita, 2015) Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 1500 gram tanpa memandang usia gestasi. Berat lahir adalah berat yang ditimbang dalam 1 jam setelah lahir. BBLSR dapat terjadi pada bayi kurang bulan (<37 minggu) atau bayi cukup bulan (Savira and Suharsono, 2013).

* + - 1. **Klasifikasi**

Berdasarkan umur kehamilan, bayi prematur dikategorikan menjadi 3 yakni:

1. Bayi sangat prematur (<28 minggu) bayi dengan masa gestasi 24-27 minggu sangat sukar hidup, sedangkan bayi dengan masa gestasi 28-30 masih terdapat kemungkinan hidup, namun dengan perawatan yang sangat intensif.
2. Bayi dengan derajat prematur yang sedang (31-37 minggu) bayi dengan masa gestasi ini masih ada harapan hidup lebih tinggi daripada golongan yang pertama, serta faktor gejala di suatu kemudian hari juga lebih ringan, namun dengan syarat perawatan terhadap bayi derajat ini sangat intensif.
3. Borderline premature. Bayi dengan Masa gestasi 37-38 minggu. Bayi ini memiliki sifat prematur dan matur . pada umumnya berat dan pengelolaannya seperti bayi matur akan tetapi akan sering seperti apa yang dialami oleh bayi prematur, antara lain sindrom gangguan pernapasan, refklek hisap lemah, dan lain lain (Ratnaningrum and Santosa, 2012).
	* + 1. **Etiologi**

Pada umumnya BBLR disebabkan karena persalinan kurang bulan ataupun bayi lahir kecil masa kehamilan (KMK) karena terdapat hambatan pertumbuhan saat didalam kandungan (janin lambat) atau kombinasi dari keduanya. Kematangan fungsi dari organ tergantung pada usia kehamilan meskipun berat lahirnya kecil. Semakin sedikit umur kehamilan, maka fungsi organ tubuh juga semakin kurang sempurna, serta prognosisya juga semakin kurang baik (Repository, Universitas and Jember, 2021).

Bayi lahir kurang bulan banyak disebabkan antara lain berasal dari berat ibu yang rendah, kehamilan ganda, usia ibu remaja, adanya riwayat kehamilan prematur, perdarahan antepartum, penyakit sistematik akut. Ada pula penyebab kelahiran bayi kecil masa kehamilan yang dikarenakan ibu kurang gizi, riwayat hipertensi, toksemia, anemia, merokok, penyakit kronik, dan kehamilan ganda. Retardasi pertumbuhan, intra uterin dan efek mereka terhadap janin bervariasi tergantung dari seberapa lama dan terpapar serta tahap pertumbuhan janin saat gangguan tersebut terjadi.

* + - 1. **Manifestasi Klinik**
1. Sebelum bayi baru lahir
2. Pada anamnnesa sering dijumpai adanya riwayat abortus, partus prematurus, dan lahir mati.
3. Pembesaran uterus tidak sesuai tuanya kehamilan.
4. Pergerakan janin yang pertama terjadi lebih lambat dan tidak seusia menurut usia yang seharusnya.
5. Sering dijumpai karena kehamilan dengan olgramdeamnion atau perdarahan anterpartum.
6. Setelah bayi lahir
7. Bayi lahir dengan retardasi pertumbuhan intra uterin
8. Bayi prematur yang lahir dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu
9. Bayi small for date, atau bayi dengan retardasi pertumbuhan intra uterin
10. Bayi prematur kurang sempurna pertumbuhan alat-alat dalam tubuhnya
	* + 1. **Tanda dan gejala**

Tanda dan gejala bayi lahir dengan BBLR

1. Lemak subkutan kurang.
2. Puting mamae belum terbentuk dengan baik.
3. Terdapat banyak bulu tipis (lanugo) pada tangan, dahi, telinga, dan pelipis.
4. Tangis lemah, pernafasan belum teratur, dan banyak tidur.
5. Kulit nampak mengkilat dan licin.
	* + 1. **Patofisiologis**

Terjadinya BBLR/ BBLSR dapat dipengaruhi oleh faktor ibu, faktor janin, faktor plasenta, dan faktor lingkungan. Sehingga dapat menyebabkan sindrom aspirasi mekonium yaitu bayi bisa mengalami asfiksi intra uterin, janin gasping dalam uterus, cairan amnion bercampur dengan mekonium masuk dan lengket di paru janin, maka janin dapat beresiko gangguan pertukaran gas dan beresiko gangguan pertukaran gas, dan resiko tidak efektifnya jalan nafas, dapat terjadi pula imaturitas hepar gangguan transportasi albumin dan defesiensi albumin gangguan pengambilan bilirubin (Novitasari, Hutami and Pristya, 2020).

Pernafasan spontan bayi baru lahir bergantung pada kondisi janin pada masa kehamilan dan persalinan. Proses kehamian sendiri selalu menimbukan asfiksia ringan yang bersifat sementara pada bayi (asfiksia transien), proses ini dianggap sangat diperlukan untuk merangsang kemoreseptor pusat pernafasan agar terjadi “primary gasping”. Yang kemudian akan berlanjut dengan pernafasan. Bila terdapat gangguan pertukaran gas/ pengangkutan O2 selama kehamilan persalinan akan terjadi asfiksia yang lebih berat. Keadaan ini akan mempengaruhi fungsi sel tubuh hingga kematian

* + - 1. **Komplikasi**

Komplikasi yang mungkin muncul pada bayi dengan BBLR antara lain :

1. Hipotermi
2. Hipoglikemi
3. Ikerus/ hiperbilirubin
4. Masalah nutrisi
5. Sepsis
6. MAS (*syndroma Aspirasi Meconium*)
7. Masalah yang mungkin timbul pada BBLR :
8. Paru-paru kurang berkembang/ organ lain
9. Masalah pernafasan
10. Masalah pencernaan
11. Masalah neurologis
12. Masalah mata/telinga
13. Sindrom kematian bayi mendadak
	* + 1. **Pemeriksaan penunjang**

Pemeriksaan penunjang dapat membantu menegakkan membantu menegakkan diagnosa Berat Badan Lahir Rendah yaitu :

1. Pemeriksaan darah lengkap dan juga hitung jenis.
2. Pemeriksaan tangan beserta kaki.
3. Ultrasonografi untuk mengetahui taksiran berat janin dan juga letak plasenta.
4. Test kocok atau nama lain gastrik shake test.
5. Pemeriksaan apgar.
6. Foto rontgen thoraks beserta pemeriksaan hipotiroid kongenital.
7. Pemeriksaan usia gestasional, berat badan dan lingkar kepala.
8. USG kepala untuk bayi dengan usia kehamilan dibawah 35 minggu.
9. Pemeriksaan anthropometri.
10. Pemeriksaan paru dan jantung.
11. Pemeriksaan mulut besert pendangaran.
12. Pemeriksaan tulang belakang, perut dan kelamin.
	* + 1. **Pencegahan**

Penyebab utama BBLR adalah kelahiran prematur. Maka dari itu, cara terbaik untuk mencegah BBLR yaitu menghindari terjadinya kelahiran prematur.

Pencegahan tersebut bisa dilakukan dengan cara menjalani pemeriksaan kehamilan secara rutin ke dokter kandungan. Selain itu, lakukan hal-hal berikut ini untuk menjaga kondisi kesehatan ibu dan janin selama masa kehamilan:

1. Mengonsumsi makanan sehat agar nutrisi untuk ibu dan janin selalu tercukupi.
2. Mengelola stres dengan baik.
3. Menjaga kebersihan organ intim selama kehamilan.
4. Tidak mengonsumsi [minuman beralkohol](https://www.alodokter.com/bahaya-minuman-keras-selama-kehamilan), merokok, atau menggunakan NAPZA.
	* + 1. **Penatalaksanaan Medis**

Penatalaksanaan berat badan lahir rendah  lebih fokus pada terapi suportif, yaitu pada pemberian nutrisi untuk mengejar target berat badan, mempertahankan suhu tubuh normal, dan menjaga kebersihan tali pusat dan kulit.

Pemberian obat-obatan dan tindakan pembedahan yang jarang dilakukan dan hanya diberikan sesuai indikasi dan kebutuhan bayi. Selebihnya bayi yang meiliki BBLR hanya membutuhkan terapi suportif. Selain itu, dokter juga perlu melakukan deteksi serta penanganan pada komplikasi yang bisa terjadi pada bayi dengan BBLR terutama pada [bayi prematur](https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/persalinan-preterm).

1. Pemberian Nutrisi

Pemberian nutrisi pada bayi prematur dengan BBLR maupun pada bayi cukup bulan dengan BBLR sama saja, yang memiliki tujuan untuk mengoptimalkan pertumbuhan perkembangan, pertumbuhan, metabolisme dan status imunitas bayi.

1. Metode Pemberian Nutrisi

Metode ini terbagi menjadi dua yakni melalui jalur enteral (melalui pipa orogastrik) dan parenteral (*Total Parenteral Nutrition /*TPN). Metode pemberian nutrisi enteral lebih direkomendasikan dibandingkan jalur parenteral. Jalur parenteral memiliki risiko untuk terjadi komplikasi seperti sepsis dan infeksi. Maka dari itu, terapi parenteral tidak dijadikan metode utama dalam pemberian nutrisi, melainkan hanya menjadi terapi tambahan pada beberapa kasus kritis tertentu.

1. Jenis Nutrisi

Jenis nutrisi terbaik yang diberikan kepada bayi BBLR adalah ASI atau kolostrum. Pilihan kedua adalah ASI yang berasal dari donor dan pilihan ketiga adalah susu formula. Manfaat ASI memberikan banyak manfaat bagi bayi karena kaya akan sel imun, faktor imunitas, dan enzim yang baik untuk pencernaan bayi.

Bayi yang mendapat ASI ibu maupun ASI donor juga memiliki risiko yang lebih rendah untuk mengalami *Necrotizing Enterocolitis*(NEC) dibandingkan dengan bayi yang hanya mendapatkan susu formula. Pemberian ASI dapat ditambahkan dengan fortifikasi ASI yang dapat memenuhi kebutuhan protein bayi. ASI juga merupakan [nutrisi yang tepat untuk bayi prematur](https://www.alomedika.com/pedoman-asupan-nutrisi-bagi-bayi-prematur).

1. Waktu dan Frekuensi Pemberian Nutrisi

Waktu pemberian nutrisi yang tepat pada bayi BBLR harus dilakukan sedini mungkin dan seagresif mungkin pada saat bayi baru lahir, yakni kurang dari 48 jam setelah lahir. Hal ini dapat mempercepat peningkatan berat badan bayi, mempersingkat lama rawat inap bayi, dan menurunkan risiko osteopenia dan *jaundice.* Frekuensi pemberian nutrisi dilakukan setiap 2-3 kali per jam.

1. Jumlah Pemberian Nutrisi

Volume pemberian nutrisi diberikan sesuai dengan berat badan bayi. Pada bayi dengan berat badan di bawah 1000 gram dapat dimulai dengan 15-20 mL/kgBB/hari, sedangkan pada bayi dengan berat badan di atas 1000 gram dapat dimulai dengan 30 mL/kgBB/hari. Setiap pemberian nutrisi pastikan untuk melakukan pemeriksaan residu gastrik, jumlah normal residu pada bayi di bawah 1000 gram sebanyak 2 – 4 mL, sedangkan pada bayi di atas 1000 gram sebanyak 5 mL. Residu dapat berwarna kehijauan atau kuning. Residu menandakan toleransi bayi terhadap pemberian nutrisi dan prediktor NEC.

Apabila toleransi bayi terhadap pemberian nutrisi baik, pemberian dapat ditingkatkan terus hingga mencapai *full enteral feeding*yakni 150-180 mL/kgBB/hari, yang biasanya tercapai dalam waktu 2 minggu pada bayi dengan berat badan di bawah 1000 gram atau 1 minggu pada bayi dengan berat badan di atas 1000 gram.

Lakukan juga penimbangan berat badan bayi setiap hari, sedangkan pengukuran panjang badan dan lingkar kepala dapat dilakukan setiap minggu. Evaluasi peningkatan berat badan dapat menggunakan kurva pertumbuhan atau *growth chart*dari WHO ataupun CDC.

1. Mempertahankan Suhu Normal

Bayi dengan BBLR rentan untuk mengalami kondisi yang disebut dengan hipotermia (suhu tubuh 32-36,4oC). Ukurlah suhu tubuh bayi setiap 6-12 jam sekali. Cara untuk menghangatkan bayi yakni dengan cara sebagai berikut:

1. Kontak kulit ke kulit, diterapkan pada semua bayi.
2. Metode kanguru, diterapkan pada bayi dengan berat badan di bawah 2500 gram.
3. Menggunakan pemancar panas, diterapkan pada bayi dengan berat badan 1500 gram atau lebih.
4. Penggunaan inkubator, diterapkan pada bayi dengan berat badan di bawah 1500 gram.
5. **Penatalaksanaan Non Respiratorik**

Monitoring temperatur adalah hal yang penting dalam perawatan neonatus yang mengalami distress pernafasan. Dalam keadaan hipotermi maupun hipotermi harus terhindari. Temperature bayi harus dijaga dalam suhu 36,5-37,5. Yang harus dihindari pada neonatus yang mengalami distress pernafasan yang berat yaitu *enteral feeding.* Untuk mencegah hipoglikemia keseimbangan cairan, elektrolit, dan glukosa harus diperhatikan. Pemberian cairan biasanya dimulai dengan jumlah yang minimum, mulai dari 60ml/kgBB/hari. Dengan dekstrose 10% atau $^{3}/\_{4}$ dari kebutuhan cairan harian, kalsium glukonas dengan dosis 6-8 ml/kgBB/hari dapat ditambahkan pada infus cairan yang diberikan, nutrisi parenteral dapat dimulai sejak hari pertama, pemberian protein bisa dimulai dari 3,5/kgBB/hari dan lipid dimulai dengan pemberian 3 gram/kgBB/hari. Perawatan pada neonatus dengan distress pernafasan dapat dicapai dengan menggunakan monitor sekaligus untuk menilai keadaan kardiorespiratorik, saturasi, dan temperature pada bayi. Hasil dan gejala pemeriksaan radiologis pada bayi yang mengalami distress pernafasan sering tidak spesifik, sehingga penyebab lain terjadinya distress pernafasan seperti sepsis perlu dipertimbangkan, serta pemberian antibiotik seperti spektrum luas sedini mungkin harus dimulai sampai hasil kultur terbukti negative.

1. **Penatalaksanaan Respiratorik**

Penanganan awal dapat dengan membersiahkan jalan nafas yang terdapat lendir maupun sekret sekiranya bisa menghalangi jalan nafas sewaktu diperlukan. Untuk memonitor saturasi okseigen bisa dengan menggunakan pulseoxymetri secara berkelanjutan untuk dapat mengetahui kapan memulaiintubasi dan ventilasi. Bayi yang mengalami distress nafas harus mendapat tambahan oksigen dengan keadaan oksigen lembab dan telah dihangatkan. Tujuan utama penatalaksanaan gagal nafas untuk menjamin kecukupan pertukaran gas serta sirkulasi darah dengan komplikasi sekecil mungkin.

1. **Penatalaksanaan Di Ruang NICU**

Penatalaksanaan gagal nafas pada neonatus di ruang NICU sudah mengalami perkembangan mulai dari *high frequency ventilation, inhaled nitric oxide* (iNO) dan penggunaan surfaktan.

1. High Frequency Ventilation (HFV)

Yakni bentuk ventilasi mekanik menggunakan volume tidal yang kecil dengan laju ventilator yang cepat. Keuntungan dari HFV adalah dapat memberi gas adekuat dengan tekanan pada jalan nafas yang lebih rendah sehingga dapat mengurangi resiko terjadinya barotrauma.

1. Surfaktan

Fungsi surfaktan yang paling penting yakni dapat menurunkan tegangan permukaan alveoli sehingga terjadilah stabilisasi volume paru pada tekanan transpulmonal yang rendah, surfaktan juga dapat mencegah kolapsnya jalan nafas ketika ekspirasi dan memungkinkan tekanan yang lebih rendah untuk mengembangkan paru paru. Sehingga peregangan yang berlebihan dari paru-paru dapat dicegah dan resiko terjadinya ruptur alveolus berkurang akibat surfaktan mengurangi tekanan negatif yang diperlukan untuk membuka jalan nafas serta kerja pernafasan.

1. Ventilasi mekanik

ventilasi mekanik merupakan salah satu prosedur dari bentuk bantuan hidup yang invasif dengan berbagai efek di sistem kardiopulmonal. Tujuan dari pengguanaan alat ini adalah memperbaiki kondisi klinis pasien dan mengoptimalkan pertukaran gas dengan FiO2 yang minimal, serta tekanan ventilator atau volume tidal yang minimal.

1. Inhaled Nitric Oxide (iNO)

Terapi ini sudah di teliti pada bayi preterm dan aterm yang beru lahir. Nitrat Oxide oksegen yang dihantarkan melalui ventilator dapat menyebabkan vasodilatasi pada paru. Terapi inhaled Nitric Oxide dapat memperbaiki oksigenasi tanpa efek samping jangka pendek seperti perdarahan paru, pneumothoraks, serta intracranial pada bayi premature gagal nafas.

* + - 1. **Dampak masalah**

Dampak masalah yang mungkin timbul pada bayi bblr yakni salah satunya berdampak pada Kecerdasan, Negara maju seperti di Amerika dan Inggris pernah melakukan penelitian bahwa Berat badan mempengaruhi IQ atau intelegensia (British Med Journal). Hal ini berlaku untuk bayi dgn BBLR maupun bayi normal, namun lebih berpengaruh pada bayi dengan berat lahir rendah. peningkatan berat badan berbanding lurus dengan peningkatan IQ (Matte ; New York Academy of Med), Perbedaan ini lebih jelas pada anak berkelamin laki-laki, kenaikan 1 kg berat badan meningkatkan score IQ sampai 4,6. Pada anak perempuan, peningkatan kenaikan 1 kg berat badan meningkatkan score IQ sampai 2, lalu apa yang bisa orang tua lakukan? Pada 1000 hari pertama kehidupan, Rangsangan dan kasih sayang dapat sebagai kunci agar tumbuh kembang optimal Pada beberapa penelitian di Amerika terbukti bahwa dengan kasih sayang dan keterlibatan orang tua dan pengasuh dapat mengatasi banyak masalah yang akan timbul pada bayi BBLR. Selanjutnya untuk neonatus yang disertai dengan Respiratory Distress Syndrome mempunyai resiko ataupun komplikasi terjadinya Hipoksia, bila berlangsung lama dapat mengakibatkan gangguan pada organ vital seperti otak, paru, jantung dan ginjal, bisa juga terjadi Asidosis metabolic ( hipoglikemia, hipotermia ), serta Problem hematologic misalnya anemia polisitemia.

# Konsep Anak

* + - 1. **Pengertian Tumbuh Kembang**

Pertumbuhan (growth) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif, yaitu bertambahnya ukuran, jumlah, organ, dimensi pada tingkat sel, maupun individu. anak bertambah besar bukan secara fisik saja, namun juga ukuran, struktur organ tubuh serta otak. Otak anak semakin tumbuh terlihat dari kapasitasnya untuk kemauan belajar meningkat, ingatan semakin kuat serta penggunaan aka yang semakin meningkat. Anak tumbuh baik secara fisik maupun mental(Ii and Pertumbuhan, 2015). Tercapainya tumbuh kembang yang optimal tergantung akan berpotensi pada biologiknya, tingkat tercapainya potensi biologik seseorang, hasil intraksi berbagai faktor yang berkaitan, yaitu faktor genetik, lingkungan biofisiko-psiko-sosial dan perilaku. Proses yang unik dan hasil yang berbeda-beda yang memberi tanda tersendiri pada setiap anak. Perkembangan atau development adalah bertambahnya kemampuan (skill) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur sebagai hasil pematangan (Talango, 2020)

* + - 1. **Tahap pencapaian Tumbuh Kembang**

Pada usia 0-2 tahun, terjadi adaptasi terhadap lingkungan dan terjadi perubahan siklus darah, hingga organ tubuh yang mulai berfungsi. perkembangan kognitif anak masih dalam kemampuan koordinasi mata dengan jari-jari tangan dan manipulasi. Anak berusaha untuk meraih dan memegang benda dengan satu atau kedua tangannya, lalu menggunakan indera penglihatannya untuk melihat benda yang dipegang tersebut(Talango, 2020).

Tabel 2. 1 BB Bayi Sesuai Usia

|  |  |
| --- | --- |
| Bulan | BB Bayi Laki-laki (kg) |
| 0 | 2,5-4,4 |
| 1 | 3,4- 5,8 |
| 2 | 4,3 - 7,1 |
| 3 | 5,0 - 8,0 |
| 4 | 5,6 - 8,7 |
| 5 | 6,0 - 9,3 |
| 6 | 6,4 - 9,8 |
| 7 | 6,7 - 10,3 |
| 8 | 6,9 - 10,7 |
| 9 | 7,1 - 11,6 |
| 10 | 7,4 - 11,4 |
| 11 | 7,6 - 11,7 |
| 12 | 7,7 - 12,6 |

# Hospitalisasi

1. Bayi yang lebih mudah berespon terhadap nyeri dengan respoon tubuh yang umum, termasuk menangis keras dan beberapa mimik wajah.
2. Bayi usia dibawah 3 bulan menoleransi hospitalisasi jangka pendek dengan baik, apabila didampingii oleh seorang pengasuh yang memenuhi kebutuhan fisik mereka secara konsisten.
3. Bayi yang lebih besar berespon dengan respon tubuh umum seperti menarik dengan sengaja dari area stimulus, mimik wajah marah, menangis keras, dan tahanan fisik.

# Imunisasi

1. **Pengertian**

Imunisasi adalah upaya yang dilakukan dengan sengaja memberikan kekebalan tubuh (imunitas) pada bayi atau anak, agar terhindar dari penyakit tertentu(Pediatri, 2016).

Imunisasi aktif adalah pemberian satu atau lebih antigen yang sudah dilemahkan atau dimatikan pada seorang individu untuk merangsang sistem imun memproduksi antibodi sendiri. Sedangkan imunisasi pasif adalah penyuntikan sejumlah antibodi sehingga kadar antibodi dalam tubuh meningkat, dapat timbul secara alami atau sengaja diberikan (Pediatri, 2016).

1. **Lokasi pemberian**
	1. Vaksin BCG (*Bacillus Calmette-Guerrin*) Disuntikan secara intrakutan di daerah insertio muskulus deltoid.
	2. Vaksin DPT (Difteri, Pertusis, Tetanus) disuntikan secara intra muskular di bagian luar paha.
	3. Vaksin polio, Pemberian secara oral sebanyak 2 tetes.
	4. Vaksin Hepatitis B, Disuntikan secara intramuskular di daerah deltoid.
	5. Vaksin campak diberikan secara subkutan di lengan kiri.
2. **Jenis vaksin**
3. Vaksin BCG(*Bacillus Calmette Guerin*)

Pemberian vaksin ini menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit tuberculosis(TBC). BCG diberikan 1 kali sebelum umur 2 bulan, BCG ulangan tidak dianjurkan karena keberhasilan masih diragukan.

1. Vaksin DPT (Difteria, Pertusis, Titanus)

Pemberian vaksin ini menimbulkan kekebalan aktif terhadap difteria, pertusis dan titanus dalam waktu yang beersamaan. Imunisasi dasar vaksin DPT diberikan setelah usia 2 bulan dan pemberian sebanyak 3 kali(DPT I, II, III) dengan interval tidak kurang dari 4 minggu, imunisasi ulangan diberikan satu tahun sejak imunisasi DPT III, kemudian setelah masuk sekolah dasar (12 tahun).menurut program pemerintah (PPI), vaksinasi ulangan diberikan setelah diberikan DT dikelas 1 SD dilanjutkan ddengan TT, dikelas 2 dan kelas 3 SD. Vaksin disuntikan intramuskular dibagian anterolateral paha sebanyak 0,5 ml.

1. Vaksin polio

Pemberian vaksin polio ini menimbukan kekebalan aktif terhadap penyakit polio meilitis. Imunisasi dasar polio diberikan 4 kali (Polio I,II,III,dan IV). Dengan interval tidak kurang dari 4 minggu, imunisasi polio diberikan 1 tahun sejak sejak imunisasi polio IV, kemudian saat asuk sekolah (5-6 tahun) dan saat meninggalkan sekolah dasar(12 tahun).

1. Vaksin hepatitis B

Pemberian vaksin ini menimbulkan kekebalan aktif terhadap hepatitis B, imunisasi ini diberikan sedini mungkin segera setelah bayi lahir. Imunisasi dasar diberikan 3 kali, dengan jarak 1 bulan antara suntikan 1 dan 2, dan lima bulan antara suntikan 2 dan 3. Imunisasi dasar diberikan lima tahun setelah imunisasi dasar.

1. Vaksin campak

Pemberian vaksin ini menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit campak. Imunisasi campak dianjurkan diberikan satu dosis pada umur 9 bulan atau lebih. Pada kejadian luar biasa dapat diberikan pada umur 6 bulan dan diulang 6 bulan kemudian.

# Nutrisi Pada neonatus

* + 1. **Pengertian**

Nutrisi adalah keseluruhan berbagai proses dalam tubuh makhluk hidup untuk menerima bahan-bahan dari lingkungan hidupnya dan menggunakan bahan-bahan tersebut agar menghasilkan berbagai aktivitas dalam tubuhnya sendiri. Bahan-bahan tersebut dikenal dengan nama nutrien (unsur gizi yaitu: air, protein lemak, karbohidrat, vitamin, dan mineral.

* + 1. **Sumber Makanan Awal**
1. ASI secara gizi adalah yang paling unggul, aman dari bakteri dan sedikit menyebabkan alergi, juga mengandung faktor antiinfeksi dan sel-sel imun.
2. Produk susu formula diperkaya besi yang siap saji adalah pilihan selain ASI yang dapat diterima. Asupan rata-rata 113 gr (enam kali/hari) dalam satu bulan sampai dengan 119 gr (lima kali/hari) selama enam bulan saat makanan padat dikenalkan (Masyarakat, 2019).
	* 1. **Tujuan pemberian nutrisi**

Dalam meaksanakan pemberian makanan yang terbaik bagi bayi maupun anak anak, yang memiliki tujuan sebagai berikut :

1. Memberikan nutrisi yang cukup untuk memelihara kesehatan, dan membantu pemulihan pada anak atau bayi yang sedang dalam kondisi sakit.
2. Untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan jasmani juga psikomotor.
	* 1. Karakteristik terkait pemenuhan kebutuhan nutrisi

Pemberian nutrisi bayi berat lahir rendah (BBLR) berbeda dengan pemberian pada bayi cukup bulan, disebabkan karena kematangan fungsi saluran cerna, enzim serta kemampuan pengosongan lambung berbeda dengan bayi cukup bulan. Kebutuhan nutrisi BBLR merupakan kebutuhan yang paling besar dibandingkan kebutuhan masa manapun dalam kehidupan. Kebutuhan ini mutlak untuk kelangsungan hidup serta tumbuh kembang yang optimal. Belum ditemukan standar kebutuhan nutrien yang disusun secara tepat untuk BBLR sebanding dengan air susu ibu (ASI)(Nasar, 2016).

1. Fisiologi saluran cerna

Saluran cerna merupakan organ pertama yang berhubungan dengan proses digesti dan absorbsi makanan. Ketersediaan enzim pencernaan baik untuk karbohidrat, protein, maupun lemak sangat berkaitan dengan masa gestasi. Umumnya pada neonatus cukup bulan, enzim pencernaan sudah mencukupi kecuali laktase dan diperkirakan sekitar 25% Neonatus cukup bulan sampai usia 1 minggu menunjukkan intoleransi laktosa. Aktivitas enzim sukrase dan Iaktase Iebih rendah pada BBLR dan sukrase Iebih cepat meningkat daripada laktase. Selain enzim, kemampuan pengosongan lambung (gastric emptying time) Iebih lambat pada bayi BBLR dari pada bayi cukup bulan. Begitu pula fungsi mengisap dan menelan yang masih belum sempurna, terlebih bila bayi dengan masa gestasi kurang dari 34 minggu. Toleransi terhadap osmolaritas formula yang diberikan masih rendah, sehingga kemungkinan terjadinya komplikasi seperti neoritising enterocolitis (peradangan pada usus besar maupun usus halus) ataupun diare Iebih besar.

1. Kebutuhan nutrisi pada bayi BBLR

Nutrisi BBLR pada neonatus merupakan kebutuhan paling besar dibandingkan kebutuhan pada masa manapun dalam kehidupan; untuk mencapai tumbuh kembang optimal. sehingga BBLR membutuhkan dukungan nutrisi khusus dan optimal untuk memenuhi kebutuhan, Pada umumnya BBLR dengan berat lahir kurang dari 1500 g, memerlukan nutrisi parenteral segera sesudah lahir. Belum ada standar kebutuhan nutrien yang disusun secara tepat untuk BBLR, sebanding dengan air susu ibu (ASI).

1. Energi

Kebutuhan energi yang dihitung berdasarkan ekspenditur, pertumbuhan/sintesis, cadangan dan ekskresi, diperkirakan sebesar 90-120 kkal/kgbb/hari. Adanya variasi individual, anjuran asupan energi untuk nutrisi enteral sebesar 105-130 kkal/kgbb/hari agaknya mampu untuk BBLR mencapai pertumbuhan yang memuaskan.

1. Protein

Masukan protein sebesar 2.25-4.0 g/kgbb/hari dinilai adekuat. Kebutuhan yang diperkirakan berdasarkan untuk penambahan berat badan janin adalah 3.5-4.0 g/kgbb/hari. Pada umumnya bayi yang mendapat formula predominant whey menunjukkan indeks metabolik dan komposisi asam amino plasma mendekati bayi yang mendapat ASI.

1. Lemak

Lemak merupakan sumber energi terbesar (40-50%) yang setara dengan masukan sebesar 5-7 g/kgbb/hari. Lemak ASI lebih mudah diserap karena komposisi asam lemak serta asam palmitat dalam posisi di samping adanya lipase pada ASI. Lemak pada formula untuk bayi prematur mengandung campuran lemak rantai sedang (MCT) medium chain triglyevide dan lemak tumbuhan yang kaya akan lemak tidak jenuh rantai ganda serta trigliserida rantai panjang. Campuran ini mengandung cukup asam lemak esensial paling sedikit 3% dan energi berupa asam linoleat dengan sedikit tambahan asam α-linolenat. Terdapat laporan yang tidak menganjurkan konsentrasi MCT sebesar 40-50% karena hal ini mungkin melebihi kapasitas β-oksidasi pada mitokondria.6 ASI mengandung AA dan DHA merupakan nutrien yang bersifat esensial kondisional, sehingga kini formula prematur juga disuplernentasi dengan kedua zat tersebut.

1. Karbohidrat

Karbohidrat mensuplay energi sebesar 40-50% dari kebutuhan per hari atau setara dengan 10-14 g/kgbb/ hari. Kemampuan BBLR untuk mencerna Iaktosa pada beberapa waktu setelah lahir rendah karena rendahnya aktivitas enzim laktase, sehingga dapat terjadi keadaan intoleransi laktosa, walaupun secara di klinik jarang menjadi masalah dan ASI umumnya dapat ditoleransi dengan baik. Enzim glukosidase untuk glukosa polimer sudah aktif pada BBLR sehingga pemberian glukosa polimer ditoleransi dengan baik. Selain itu glukosa polimer tidak menyebabkan beban osmotik pada mukosa usus, sehingga memungkinkan digunakan pada formula bayi dengan osmolalitas kurang dari 300 mOsm/kg.air. Formula prematur umumnya mengandung 50% laktosa dan 50% glukosa polimer, rasio yang tidak menyebabkan gangguan penyerapan mineral di usus.

1. Densitas kalori dan kebutuhan cairan

Densitas kalori ASI baik ASI matur maupun ASI prematur adalah 67 kkal/100 ml pada 21 hari pertama laktasi. Formula dengan densitas sama dapat digunakan untuk BBLR, tetapi formula dengan konsentrasi lebih tinggi yaitu 81 kkal/100 ml (24 kkal/fI.oz) seringkali lebih disukai. Formula ini memungkinkan pemberian kalori lebih banyak dengan volume lebih kecil, menguntungkan bila kapasitas lambung terbatas atau bayi memerlukan restriksi cairan. Juga mensuplai cukup air untuk ekskresi metabolit dan elektrolit dari formula.

1. Pemilihan jenis nutrisi

Pemilihan jenis nutrisi yang akan diberikan pada awal minggu-minggu pertama kehidupan sangat penting mengingat kemampuan toleransi bayi terutama juga untuk dampak jangka panjang. Merupakan kesepakatan global bahwa ASI adalah pilihan utama karena berbagai keunggulannya. Apabila ASI tidak ada, maka formula merupakan pilihan berikutnya. Beberapa pusat melakukan pengenceran pada awal pemberian, tetapi hal ini dikatakan tidak rasional dan tidak terbukti manfaatnya bahwa formula yang diencerkan tidak memacu maturasi motilitas usus(Nasar, 2016).

#  Konsep Dasar Respiratory Distress Syndrome

**2.1.3.1 Definisi Respiratory Distress Syndrome**

respiratory distress syndrome (RDS) adalah gangguan pernapasan yang terjadi pada bayi baru lahir. Sindrom gawat atau gagal napas sering terjadi pada [bayi prematur](https://hellosehat.com/kehamilan/kandungan/kelahiran-bayi-prematur/) yang lahir sebelum usia 28 minggu. Sangat jarang RDS terjadi pada bayi baru lahir dengan cukup bulan. Sindrom gawat napas pada bayi tergantung pada usia [kehamilan](https://hellosehat.com/kehamilan/masa-kehamilan/), lokasi infeksi, dan kondisi jantung bayi apakah ada kelainan atau tidak. Biasanya, RDS memburuk pada 48-72 jam pertama pertama dan membaik setelah mendapat penanganan medis.

 Komplikasi utama mencakup kebocoran udara (emfisema interstisial pulmonal), perdarahan pulmonal, duktus arteriosus paten, infeksi / kolaps paru, perdarahan intraventikular, yang berujung pada peningkatan morbiditas dan mortalitas neonatus. RDS sering menjangkit bayi dengan berat lahir rendah dikarenakan imaturitas fungsi organ tubuh. Hal ini ditegaskan, berat bayi lahir ekstrem rendah memiliki paru dengan struktur dan fungsi yang imatur, sehingga menyebabkan lebih mudah terserang RDS akibat defisiensi surfaktan(Agrina, Toyibah and Jupriyono, 2016).

* + - 1. **Tanda gejala Respiratory Distress Syndrome**

ada beberapa tanda dan gejala sindrom gawat napas pada [bayi baru lahir](https://hellosehat.com/parenting/bayi/bayi-1-tahun-pertama/bayi-baru-lahir/), yaitu:

1. laju napas cepat saat baru lahir.
2. ada suara nafas tambahan setiap pasien bernafas.
3. perubahan pada warna bibir, jari tangan, dan kaki.
4. pelebaran lubang hidung setiap bernapas, serta
5. kulit bagian atas tulang rusuk tertarik saat bernapas.

**2.1.3.2 Penyebab Respiratory Distress Sindrome**

Ada beberapa faktor yang bisa meningkatkan risiko seorang bayi terkena sindrom gawat atau gagal napas, yaitu:

1. Memiliki saudara kandung yang pernah mengalami sindrom gawat napas.
2. Melahiran kembar.
3. Melahirkan dengan [operasi caesar](https://hellosehat.com/kehamilan/melahirkan/persalinan/operasi-caesar/).
4. [Ibu mengalami komplikasi diabetes gestasional](https://hellosehat.com/kehamilan/kandungan/komplikasi-diabetes-gestasional-ibu-bayi/).
5. Bayi mengalami kedinginan, stres, sampai hipotermia.
6. Bayi memiliki [kelainan jantung bawaan](https://hellosehat.com/jantung/jantung-bawaan/penyakit-jantung-bawaan/).
	* + 1. **pemeriksaan penunjang Respiratory Distress Syndrome**

Untuk mendeteksi sindrom gawat napas pada bayi, ada berbagai tes untuk mendiagnosis, yakni :

1. Tes darah untuk memeriksa adanya infeksi.
2. Rontgen dada melihat kondisi paru-paru.
3. Pemeriksaan dengan oksimeter untuk melihat kadar oksigen dalam darah.

# Konsep Asuhan Keperawatan

 Proses keperawatan yaitu sistem yang merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang terdiri dari 5 tahapan, yakni yang pertama adalah pengkajian, tahap yang kedua yakni tahap diagnose, tahap ketiga yaitu perencanaan, tahap keempat pelaksanaan, dan untuk tahap yang terakhir yaitu evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistematik, dalam memberikan pelayanan keperawatan juga mendapatkan hasil rencana keperawatan yang menjelaskan setiap kebutuhan pasien.

1. **PENGKAJIAN**

Tahapan ini merupakan tahapan dini dari proes keperawatan serta ialah proses yang sistematis dalam pengumpulan informasi dari bermacam sumber informasi. buat mengevaluasi serta mengenali status kesehatan pasien. informasi yang dikumpulkan dalam pengkajian ini meliputi bio-psiko-sosial-spiritual. dalam proses pengkajian terdapat 2 tahapan yang butuh dilalui ialah pengumpulan informasi serta analisa informasi.

1. Pengumpulan informasi

Pada tahap ini ialah aktivitas dalam menghimpun data ataupun informasi dari pasien yang meliputi faktor bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif secara lengkap serta relevan supaya bisa jadi acuan buat aksi keperawatan yang tepat.

* + - 1. Identitas

Nama pasien, nama panggilan, jenis kelamin, jumlah saudara, alamat, bahasa yang digunakan, usia, kerap terjadi pada anak bayi serta tidak menutup kemungkinan pada bayi baru lahir yang prematur.

1. Keluhan utama

Keluhan utama bayi bblr didapatkan setelah bayi lahir dengan berat badan sama dengan atau kurang dari 2.500 gram, panjang badan sama dengan atau kurang dari 46 cm, bila bayi disertai dengan RDS Seringkali ditandai dengan adanya sesak nafas dan juga diikuti adanya dada cekung ketika pasien bernafas

1. Riwayat penyakit sekarang

Ibu bayi datang ke RS dengan keluhan

Sebelum lahir : Pembesaran uterus tidak sesuai dengan usia kehamilan serta pergerakan janin lambat dan pertambahan berat badan ibu lambat dan tidak sesuai yang seharusnya.

Setelah lahir : Berat badan ≤ 2500 gram, Panjang kurang dari 45 cm, LD < 30 cm serta LK < 33 cm dan Pernafasan tidak teratur dapat terjadi dispnea.

1. Riwayat penyakit dahulu

Yakni berisi tentang penyakit apa yang pernah dialami pasien dimasa lampau. Apakah ada riwayat alergi obat atau makanan. Serta obat apa saja yang pernah diberikan pada pasien, apakah pasien pernah di rawat di rumah sakit.

1. Pemeriksaan fisik
2. Keadaan umum klien

Biasanya neonatus terlihat lemah.

1. Tanda-tanda vital Suhu normal 36,5 – 37,5º C, frekuensi nadi normal 120 – 160x /menit, frekuensi pernafasan sebaiknya dihitung 1 menit penuh. Normalnya 40 – 60x /menit.
2. B1 (*breathing*)
3. Inspeksi : pernafasan belum teratur dan sering terjadi apnea, bentuk dada normal atau tidak, RR 40-60 x/menit,ada atau tidak adanya retrasi otot bantu nafas,ada atau tidak adanya penggunaan otot bantu nafas, pola nafas teratur.
4. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, merasakan getaran vocal fremitus ada atau tidak,teraba vocal premitus kanan dan kiri sama atau tidak.
5. Auskultasi : adanya suara tambahan, dengkuran, wheezing atau tidak, rhonchi atau tidak, normalnya vesikuler.
6. Perkusi : sonor atau pekak.
7. B2 (*blood*)
8. Inspeksi : Pembuluh darah kulit banyak terlihat, sianosis atau tidak.
9. Palpasi : nadi rata-rata 120-160 per menit pada bagian apical dengan ritme teratur.
10. Perkusi : normal redup, ukuran dan bentuk jantung normal atau tidak.
11. Auskultasi : pada saat kelahiran, kebisingan jantung terdengar pada seperempat bagian intercosta, yang menunjukkan aliran darah dari kanan ke kiri karena hipertensi atau atelektasis paru. Adanya suara tambahan gallop atau tidak, mur-mur atau tidak.
12. B3 (*brain*)
13. Inspeksi : Refleks dan gerakan pada tes neurologis tampak tidak resisten gerak refleks hanya berkembang sebagian, menelan, menghisap dan batuk sangat lemah atau tidak efektif. Otot hipotonik, tungkai abduksi, sendi lulut dan kaki fleksi, lebih banyak tidur dari pada terbangun,tingkat kesadaran kuantitatif composmetis yaitu kesadaran penuh respon cukup terhadap stimulus yang diberikan, samnolen kesadaran rendah tampak mengantuk dan tidak ada respon terhadap rangsangan,delirium kesadaran menurun di serta disorientasi dan salah persepsi terhadap rangsangan sensorik,sedangkan kualitatif seperti koma yaitu tidak dapat bereaksi terhadap stimulus apapun.
14. Refleks *moro* : timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan.
15. Refleks *rooting* : bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi.
16. Refleks *graphs* : refleks genggaman telapak tangan dapat dilihat dengan meletakkan pensil atau jari di telapak tangan bayi.
17. Reflek *suckling* : terjadi ketika bayi yang baru lahir secara otomatis menghisap benda yang ditempatkan di mulut mereka.
18. Reflek *tonicneck* : pada posisi terlentang, ekstremitas di sisi tubuh dimana kepala menoleh mengalami ekstensi, sedangkan di sisi tubuh lainnya fleksi.
19. B4 (*bladder*)

Inspeksi : pada bayi laki-laki genetalia imatur biasanya testis regae pada skrotum belum sempurna dan pada bayi perempuan labia minor belum tertutup labia mayor.

1. B5 (*bowel*)
2. Inspeksi : cavum oris, lidah untuk melihat ada tidaknya kelainan, ada tidaknya penegangan abdomen, ada atau tidak anus. Pengeluaran meconium biasanya terjadi pada waktu 12 jam.
3. Palpasi : ada nyeri atau tidak, di kuadran mana.
4. Auskultasi : imatur peristaltic.
5. Perkusi : jika dilambung, , kandung kemih berbunyi timpani. Jika pada hati, pancreas ginjal berbunyi pekak.
6. B6 (*bone*)
7. Inspeksi :tulang kartilago telinga belum tumbuh dengan sempurna, lembut dan lunak, tulang tengkorak dan tulang rusuk lunak, gerakan lemah dan aktif atau letargik,normal lingkar kepala 33-35 cm lebih dari normal hidrosefalus kurag dari normal mikrosefalus,kuit tampak tipis,jaringan lemak dibawah kulit tipis dan terdapat lanugo.
8. Perkusi : reflek patella
9. Palpasi : ada nyeri tekan atau tidak, kaji kekuatan otot dengan penentuan tingkat kekuatan otot dengan nilai kekuatan otot.
10. B7 Sistem *Pengindraan*

Mata : keadaan mata dilihat untuk mengetahui kesimetrisan, konjungtiva, sclera dan reflek pengedip serta adanya kelenjar air mata dan ada atau tidak adanya kelainan bentuk bola mata.

Mulut : pada BBLR daya hisap lemah terutam pada hari-hari pertama.

Telinga : terdapat serumen atau tidak adanya gangguan pendengaran atau tidak.

Hidung : pemeriksaan hidung dilakukan untuk menilai adanya kelainan bentuk hidung atau tidak,ada atau tidak adanya pupil dan cuping hidung

1. B8 Sistem Endocrin

Pada BBLR akan mengalami hipoglikemia, karena cadangan glukosa rendah.

1. **Analisa data**

Dari hasil pengkajian yang telah didapatkan, dapat ditarik kesimpulan apa masalah yang mungkin timbul dan bisa dilanjutkan dengan diagnosa keperawatan.

* + - 1. Diagnosa keperawatan

Setelah didapatkan data dari pengkajian, data tersebut dianalisis. Selanjutnya semua masalah yang ditemukan dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan untuk menentukan intervensi keperawatan :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hiperekresi jalan nafas.
2. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.
3. Resiko infeksi d.d ketidakadekuatan sistem kekebalan tubuh.
4. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas.
5. Resiko hipovolemia d.d kekurangan intake cairan.
6. **Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan intervensi disusun berdasarkan (SIKI DPP PPNI, 2017)

Tabel 2. 2 Tabel Rencana keperawatan

| No | Diagnosa  | Tujuan & kriteria hasil | Intervensi & rasional |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Bersihan jalan nafas tidak efektif | Tujuan : setelah dilakukan intervensi selama 3x 24 jam maka bersihan jalan nafas meningkat, dengan kriteria hasil :1. Produksi sputum menurun
2. Wheezing menurun
3. Dispnea menurun
4. Frekuensi nafas membaik
5. Pola nafas membaik
 | Observasi :1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas
2. Monitor pola nafas
3. Monitor adanya sumbatan jalan nafas
4. Asukultasi bunyi nafas

Terapeutik :1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
2. Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi :1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
2. Informasikan hasil pemantauan
 |
| 2.  | Defisit nutrisi  | Tujuan : setelah dilakukan intervensi selma 3x24 jam maka status nutrisi bayi membaik dengan KH:1. Pucat menurun
2. Tebal lipatan kulit membaik
3. Lapisan lemak membaik
 | Observasi :1. identifikasi penyebab BB kurang
2. monitor adanya mual muntah
3. monitor berat badan
4. monitor albumin, limfosit, dan elektrolit

Terapeutik :1. Berikan perawatan mulut sebelum memberi makan
2. Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien

E: 1. jelaskan makanan bergizi tinggi
 |
| 3 | Resiko infeksi d.d ketidakadekuatan sistem kekebalan tubuh | Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka **tingkat infeksi**  menurun dengan KH :1. demam menurun
2. kemerahan menurun nyeri menurun
3. bengkak menurun
4. kultur darah menurun
5. kadar sel darah putih membaik
 | Observasi:1. monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik

Terapeutik :1. batasi jumlah pengunjung
2. berikan perawatan kulit diarea edema
3. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
4. pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Edukasi :1. jelaskan tanda dan gejala infeksi
2. pertahankan asupan cairan

Kolaborasi :1. kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
 |
| 5 | Resiko hipovolemia(SDKI D.0034 85) | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka status nutrisi membaik dengan KH:1. kekuatan nadi meningkat
2. turgor kulit meningkat
3. output urine meningkat
4. frekuensi nadi membaik
5. suhu tubuh membaik
 | Pemantauan cairan (SIKI I.03121 238)Observasi:1. monitor frekuensi dan kekuatan nadi
2. monitor frekuensi nafas
3. monitor BB
4. monitor jumlah, warna dan berat jenis urine
5. monitor intake output cairan
6. identifikasi tanda hipovolemia

Terapeutik ;1. atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
2. dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi:1. jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
 |

1. Pelaksanaan

Pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Bisa juga menutup kemungkinan tidak sama dengan rencana keperawatan dan berantung pada kondisi pasien saat itu.

1. Evaluasi

Yakni suatu penilaian kepada asuhan keperawatan yang telah diberikan, akan tetapi tetap berpegang teguh kepada tujuan yang ingin dicapai, pada bagian evaluasi akan memberi keputusan tentang melanjutkan asuhan keperawatan atau akan menghentikan asuhan keperawatan.

**2.3 WOC BBLR + RDS**





Gambar 2 1 WOC BBLR + RDS

# BAB 3TINJAUAN KASUS

Untuk melaporkan tentang pelaksaaan asuhan keperawatan pada By Ny R lahir pada tanggal 17 januari 2022 pada pukul 10.30 dengan kasus BBLR di ruang NICU pada neonatus dengan kelahiran yang terjadi sebelum ke 37 minggu usia kehamilan, maka penulis menyajikan sebuah kasus yang penulis amati dimulai tanggal 18 januari 2022 sampai dengan 21 januari 2022. Dengan data pengkajian tanggal 18 januari 2022 pukul 11.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pengkajian terhadap orang tua pasien dan data rekam medis dengan no. Register 68.3X.XX sebagai berikut :

# Pengkajian

1. **Identitas**

Pasien adalah seseorang bayi laki- laki bernama By.Ny. R dengan usia 1 hari, yang terlahir pada tanggal 17 januari 2022, beragama Kristen , pasien adalah anak ketiga dari Tn.H usia 34 tahun dan Ny. R yang berusia 35 tahun. Orang tua pasien bertempat tinggal di daerah Gubeng Surabaya. Beragama Kristen, pekerjaan ayah adalah swasta dan pekerjaan ibu adalah swasta. Setelah lahir pasien masuk ke ruang NICU pada tanggal 17 januari 2022 pada pukul 09.30 WIB.

1. **Keluhan utama**

Dari data yang didapatkan bayi terlahir di RSPAL Dr. Ramelan surabaya pada usia kehamilan 32/33 minggu usia kehamilan dengan SC karena ibu menderita adenomyosis, Apgar Score 5-7, lingkar lengan atas 6 cm, lingkar dada 24 cm, saat terlahir bayi merintih dan tidak segera menangis.

1. **Riwayat penyakit sekarang**

By.Ny. R lahir secara SC pada tanggal 17 januari 2022 karena ibu menderita adenomyosis, berjenis kelamin laki laki, bayi lahir pada usia 32/33 minggu, air ketuban jernih serta tidak berbau, pada saat terlahir bayi merintih dan tidak segera menangis dengan apgar score 5-7, BBL 800 gr, lingkar dada 24 cm, panjang badan 28 cm, lingkar lengan atas 6 cm. Setelah lahir pasien dibawa dari ruang OK ke ruang NICU sentral, dengan indikasi bayi lahir dengan berat badan 800 gram, serta Apgar Score 5-7. Setelah perawat mengetahui hasil Apgar Score dan berat badan yag rendah perawat segera melakukan tindakan yakni menempatkan bayi pada ruang incubator, memasangkan buuble C-PAP Fi02 40%.

1. **Riwayat kehamilan dan persalinan**
2. prenatal care :

Keluarga pasien mengatakan saat hamil ibu pasien mempunyai Tekanan Darah 120/80 serta pada kehamilan ibu tidak pernah terjadi perdarahan namun bila ibu sedang tidak dalam masa kehamilan, sering terjadi perubahan jadwal menstrusi, serta tidak dapat mengkonsumsi makanan yang berbahan dasar ikan laut (seafood), selain makanan tersebut ibu juga jarang mengkonsumsi sayur sayuran, serta bila ibu meminum susu dengan kandungan Fe(besi) maka ibu pasien selalu muntah, ibu pasien juga sering mual muntah karena memiliki riwayat adenomyosis, saat kehamilan pernah berkunjung ke dokter kandungan dan ibu dianjurkan untuk meminum susu dengan kandungan Fe(besi)

1. Natal care

Bayi lahir secara SC karena ibu pasien memiliki riwayat adenomyosis dengan usia kehamilan ibu 32/33 minggu, air ketuban berwarna jernih dan tidak berbau, saat lahir bayi merintih dan tidak kunjung menangis, dengan BB 800 gr, PB 28 cm, apgar score 5-7, setelah perawat mengetahui Apgar Score dan BB pasien yang rendah perawat segera menempatkan pasien pada ruang incubator, serta memasang bubble C-PAP Fi02 40% Flow 8.

1. Post natal care

Setelah kelahiran pasien, ibu dan pasien tidak lagi berada dalam satu ruangan yang sama karena kurangnya usia kehamilan maka mengakibatkan pasien lahir dengan prematur dengan adanya gangguan pada pola nafas, maka dari itu bayi membutuhkan perawatan diruang NICU

1. **Riwayat penyakit masa lampau**
2. Penyakit- penyakit masa lampau

pasien merupkan bayi baru lahir

1. Pernah dirawat dirumah sakit

pasien merupakan bayi baru lahir

1. Penggunaan obat- obatan
2. penggunaan infus dextrose 10%
3. pemberian surfaktan 3.2cc
4. Tindakan (operasi atau tindakan lain)
5. pemasangan ett
6. pemberian surfaktan 3.2cc
7. Alergi

Tidak terkaji, karena pasien merupakan bayi baru lahir

1. Kecelakaan

Tidak terkaji, karena pasien merupakan bayi baru lahir

1. Imunisasi

Tidak terkaji, karena pasien merupakan bayi baru lahir

1. **Pengkajin keluarga**
2. **Genogram**

****

gambar 3. 1 Genogram

: Laki – laki

 : Perempuan

 : Tinggal serumah

 : Pasien

1. **Keluarga**

Pasien merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara, kakak pasien juga terlahir secara prematur. keluarga pasien cemas karena melihat pasien yang terbaring lemah di inkubator, namun ayah dan ibu pasien tetap semangat dan tabah dengan harapan lebih semoga dengan kelahiran anak ketiganya dapat mengikuti perkembangan sesuai usia.

1. **Riwayat sosial**
2. Yang mengasuh anak

Untuk saat ini yang mengasuh pasien yaitu perawat, dengan ibu dokter

1. Hubungan dengan anggota keluarga

Pasien merupakan anak kandung nomor 3 dari 3 bersaudara, karena ayah dan ibu pasien belum dapat melihat atau memegang pasien secara langsung, orang tua pasien hanya bisa menunggu di luar sambil menunggu jam kunjung untuk melihat anaknya.

1. Hubungan dengan teman sebaya

Tidak terkaji, karena pasien masih bayi, dan masih dirawat di inkubator

1. Pembawaan secara umum

Pasien terbaring lemah di dalam inkubator,serta lebih banyak tidur.

1. **Kebutuhan dasar**
2. pola nutrisi

Pasien masih dipuasakan namun bibir dioleskan asi sebanyak 6X 1cc/24 jam yang berfungsi untuk tetap menjaga kelembaban bibir, pasien puasa ASI mulai tanggal 17-1-2022 s/d 19-1-2022, Reflek hisap kurang, Terpasang OGT uk.5

1. Pola tidur

Pasien lebih banyak tertidur bila sedang tidak dalam perawatan maupun tindakan

1. Pola aktivitas/ Bermain

Pasien lebih banyak tertidur dan tidak mudah terbangun, pasien terbangun hanya saat sedang dalam tindakan keperawatan berlangsung.

1. Pola eliminasi

Pasien BAB dan BAK sebanyak 100 cc/ 24 jam dengan warna urin kuning jernih.

1. Pola kognitif perseptual

Tidak terkaji, karena pasien masih bayi.

1. Pola koping toleransi stress

Pada saat pengkajian, pasien sering bergerak gerak karena merasa tidak nyaman, yang dikarenkan CPAP yang terpasang dalam kondisi tidak tepat dalam artian meleset ke kiri maupun ke kanan.

1. **Keadaan Umum (penampilan umum)**
2. cara masuk

Tanggal 17 januari 2022 pasien di lahirkan di ruang OK Rumkital Dr. Ramelan, dipindahan ke ruang NICU menggunakan inkubator

1. Keadaan Umum

Keadaan pasien saat masuk ke ruang NICU Pasien lemah, serta hanya merintih.

1. **Tanda – Tanda Vital**

Observasi pasien suhu : 36,8’C, dengan suhu inkubator 31,0oC, Denyut jantung 140X/ menit, RR : 48X/menit dengan irama irreguler, bayi juga terpasang O2 BCPAP fiO2 40% peep 7 flow 8, Spo2 90-95% , PB 28 cm, BB 800 gr

1. **Pemeriksaan fisik**
2. kepala dan rambut

Pada bagian kepala tidak terdapat benjolan, tidak didapatkan pucat pada wajah, tidak terdapat lesi serta pembengkakan tidak ada cephal hematom, ubun-ubun datar dan belum menyatu, terpasang bonet.

1. Mata

Pergerakan mata mengarah ke sumber cahaya, sklera anicterik, konjungtiva anemis, warna rambut hitam tidak lebat, tidak anemis.

1. Hidung

Septum berada ditengah, tidak terdapat seckret maupun lendir, terpasang alat O2 B-CPAP FiO2 40% PEEP 7 flow 8 cmH2O, pola nafas dispnea dan terdapat skin protector unutk melindungi kulit sekitar hidung.

1. Telinga

Terlihat kedua telinga pasien tampak simetris, dengan daun telinga lembut, juga tidak terdapat kotoran, terdapat lanugo.

1. Mulut dan Tenggorokan

Mukosa bibir lembab, warna lidah merah muda dan reflek menghisap lemah serta terpasang OGT.

1. Tengkuk dan Leher

Leher terpusat pada posisi kepala, refleks tonik normal, tidak terdapat pembesaran pada kelenjar tiroid serta pembesaran getah bening.

1. Thorax/Dada

Paru : Bentuk dada normochest, pola nafas irreguler, pergerakan dada simetris, terdapat retraksi dinding dada, auskultasi didapatkan RR 48X/menit dengan alat bantu nafas O2 B-CPAP FiO2 40% PEEP 7 flow 8 cmH2O, tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi tidak terdapat suara nafas tambahan.

Jantung : Irama jantung S1 S2 tunggal, serta Irama jantung reguler.

1. Abdomen

Pada saat inpeksi bentuk perut supel, kulit terlihat halus dan tipis, tidak terdapat benjolan maupun lesi, keadaan tali pusar baik, warna kekuningan belum lepas.

1. Kelamin dan sekitarnya

Pasien berjenis kelamin laki laki, tidak terdapat iritasi pada anus ataupun genetalia, saat pengkajian juga tidak terdapat pembengkakan di area penis dan genetalia, pada keamin pasien bentuk belum sempurna (penis dan skrotum terpisah) .

1. Muskuloskeletal

Tidak terdapat edema pada tangan dan kaki, pergerakan sendi bebas pada tangan dan kaki, terdapat hipotonus pada kaki.

1. Neurologi

Reflek Asymmetric tonic neck belum ada, reflek Stepping belum ada, Reflek hisap pasien masih buruk, reflek eyeblink (membuka dan memejamkan mata) baik, reflek labirin (mengangkat tungkai) baik, Reflek *Swallowing* belum ada, Reflek *puppilary* belum ada, reflek merangkak belum ada, reflek berjalan dan melangkah belum ada, reflek *yawning* belum ada.

1. Integumen

Terdapat oedem dan flebitis di area bekas tusukan, akral teraba hangat, dengan warna kulit merah muda, kulit terlihat tipis, masih terdapat banyak lanugo, tidak pucat dan kebiruan terdapat pada kulit.

1. **Tingkat perkembangan**



1. **Pemeriksaan Penunjang**

LaboratoriumTanggal : 17/01/2022

Tabel 3. 1 laboratorium

| Darah lengkap | Hasil  | Satuan  | Nilai rujukan  |
| --- | --- | --- | --- |
| Leukosit | 21.90 | 10ʌ3/µL | 4.0-10.0 |
| Eosinofil# | 0.16 | 10ʌ3/µL | 0.02-0.80 |
| Eosinofil % | 0.80 | % | 0.5-5.0 |
| Basofil # | 0.12 | 10ʌ3/µL | 0.00-0.20 |
| Basofil % | 0.5 | % | 0.0-1.0 |
| Neutrofil # | 13.79 | 10ʌ3/µL | 1.60-16.00 |
| Neutrofil % | 62.90 | % | 40.0-80.0 |
| Limfosit # | 7.50 | 10ʌ3/µL | 10.0-80.0 |
| Limfosit % | 34.30 | % | 10.0-60.0 |
| Monosit # | 0.33 | 10ʌ3/µL | 0.12-2.50 |
| Monosit % | 1.50 | % | 3.0-13.0 |
| Hemoglobin | 15.90 | g/dl | 13.17 |
| Hematokrit | 52.50 | % | 38.0-68.0 |
| Eritrosit  | 4.16 | 10ʌ3/µL | 3.50-7.00 |
| MCV | 126.3 | Fmol/cell | 98-122 |
| MCH | 38.2 | Pg | 33-41 |
| MCHC | 30.2 | g/dl | 31-35 |
| RDW\_CV | 23.6 | % | 11.0-16.0 |
| RDW\_SC | 105.6 | fL | 35.0-56.0 |
| Trombosit | 78.00 | 10ʌ3/µL | 100-300 |
| Albumin  | 1.48 | mg/dl | 3,8- 4,2 |
| Gda  | 190 | mg/dl | 50-80 |
| Kalsium | 14.3 | mg/dl | 8.8-10.4 |

Rontgen tanggal 17/01/2022

Foto babygram AP : (Supine)

Cor : besar dan bentuk normal. Thymus (+)

Pulmo :

1. tampak kedua paru sudah berkembang, infiltrat/ perselubungan (-)
2. Kedua sinus phregnicocostalis tajam
3. Diaphragma kanan kiri baik
4. Tulang tulang baik
5. Bayangan udara dalam gaster & usus normal

Kesimpulan : a. cor& pumo baik

1. udara dalam gaster & usus normal

Terapy tanggal 18 januari 2022

Tabel 3. 2 Terapi

| NAMA | DOSIS | MELALUI |
| --- | --- | --- |
| Amikasin  | 18 mg /24 jam | Injeksi IV |
| Dextrose 10%  | 60 cc 2 tetes/menit | Infus IV |
| Aminosteril infant 6% | 10 cc/24 jam | Infus IV |
| NaCl 3% | 3 cc/24 jam | Infus IV |
| Kcl 3% | 0.8 cc/24 jam | Infus IV |
| Ns  | 100 ml/24 jam | Infus IV |
| Calium gluconas | 2 cc/24 jam | Injeksi IV |
| Cinam  | 40mg | Injeksi IV |

Surabaya, 24 Februari 2022



 Yusuf Novry Mahendra

 (1920044)

# ANALISA DATA

Tabel 3. 3 Analisa Data

| No  | Data  | Penyebab  | Masalah  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. 234 | Ds : -Do.1. RR : 48X/menit dengan irama irreguler,
2. terpasang O2 BCPAP fiO2 40% peep 7 flow 8
3. Spo2 90-95%
4. Pernafasan cuping hidung(PCH) -

Ds. : -Do. : * Albumin : 1,48 mg/dl, GDA : 190 mg/dl, Kalsium : 14,3 mg/dl
* Reflek hisap kurang
* Terpasang OGT uk.5
* BB 800 gram

DS : -DO: * Terdapat oedem dan flebitis di area bekas tusukan
* Usia bayi saat lahir 32-33 minggu
* Leukosit 21,90 10ʌ3/µL, Monosit 1,50 %, Trombosit 78.00 10ʌ3/µL

DS :DO :* BB 800 gram
* Prematur (32-33 minggu)
* Suhu pasien 36,8
 | imaturitasPrematuritas – Fungsi organ belum sempurna – Reflek hisap belum baik - Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrienPrematuritas – Penurunan daya tahan tubuh Berat badan ekstrem | Pola nafas tidak efektif(SDKI D.0005 hal 26)Defisit nutrisi(SDKI D.0019 56)Resiko infeksi(SDKI D.0142 304)resiko hipotermia.(D.0140 302) |

# PRIORITAS MASALAH

Tabel 3. 4 Prioritas Masalah

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa keperawatan | TANGGAL | Nama perawat |
| Ditemukan | Teratasi  |
| 1234 | Pola nafas tidak efektif(SDKI D.0005 hal 26)Defisit nutrisi(SDKI D.0019 56)Resiko infeksi(SDKI D.0142 304)Resiko Hipotermia(SDKI D.0140 302) | 18/01/202218/01/202218/01/202218/01/2022 |  | YNMYNMYNMYNM |

# RENCANA KEPERAWATAN

Tabel 3. 5 Rencana Keperawatan

| No | Diagnosa keperawatan | Tujuan  | Rencana Intervensi | Rasional  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Pola nafas tidak efektif b.d usia kehamilan | Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan **Pola nafas** membaik, dengan kriteria hasil :1. Dispnea menurun
2. Pernafasan cuping hidung menurun
3. Frekuensi nafas membaik
4. Kedalaman nafas membaik
 | Pemantauan respiratori (SLKI I.01014 247)Observasi :1. monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas
2. monitor pola nafas
3. monitor saturasi oksigen
4. monitor adanya sumbatan jalan nafas
5. Auskultasi bunyi nafas
6. monitor hasil x-ray thoraxs

Terapeutik :1. atur interval pemantauan respiratori sesuai kebutuhan pasien (pasang O2 bcpap fio2 50% spo 90-97%)
2. dokumentasi hasil pemantauan

Edukasi :1. jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
 | 1. untuk memantau adanya perubahan pada frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas
2. untuk memantau pola nafas
3. untuk memantau peruubahan saturasi
4. untuk memantau adanya sekret
5. untuk memantau adanya nafas tambahan
6. untuk mensuplai kebutuhan oksigen pasien
7. untuk mensuplai kebutuhan oksigen pasien
8. untuk mempermudah dalam tindakan selanjutnya
9. supaya keluarga mengetahui tujuan tindakan
 |
| 2 | Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien | Setelah dilakukan interervensi keperawatan selama 3x24 jam maka **status nutrisi bayi** membaik dengan kriteria hasil:1. Pucat menurun
2. Tebal lipatan kulit membaik
3. Lapisan lemak membaik
 | Promosi berat badan(SIKI I.03136 hal.358)O: 1. Identifikasi penyebab BB kurang
2. Monitor berat badan
3. Monitor albumin, limfosit, elektrolit,

T: 1. Berikan perawatan mulut sebelum makan
2. Berikan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien

E: 1. Anjurkan ibu mengelola stress dan meningkatkan pola makan sehat
2. Penuhi kebutuhan cairan ibu.
 | 1. Untuk mengetahui penyebab BB turun
2. Untuk memantau adanya perubahan pada berat badan
3. Untuk memonitor tinggi rendahnya albumin, limfosit, elektrolit
4. Untuk membantu perawatan pada mulut
5. Untuk mempermudah pencernan pada pasien
6. Untuk enamba wawasan pada keluarga tentanfg makanan yang cocok untuk bayi
7. Untuk memberi tau adanya peningkatan asupan kalori pada keluarga pasien.
 |
| 3 | Resiko infeksi b.d penurunan daya tahan tubuh | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka **tingkat infeksi** menurun dengan kriteria hasil :1. Nyeri menurun
2. Bengkak menurun
3. Kadar sel darah putih membaik
4. Kultur area luka membaik
 | Pencegahan infeksi (SIKI IS.14539 278)O : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik

T :1. Batasi jumlah pengunjung
2. Berikan perawatan kulit pada area edema
3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien resiko tinggi

E :1. Pertahankan asupan nutrisi

K :1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.
 | 1. Untuk mengetahui adanya gejala infeksi
2. Untuk mengurangi resiko infeksi
3. Untuk mempercepat pemulihan pada area edema
4. Untuk memperkecil resiko infeksi
5. Untuk menjaga kesterilan pada pasien resiko tinggi
6. Untuk memperkuat daya tahan tubuh
7. Untuk membantu kebutuhan cairan pada tubuh
 |
| 4 | Risiko hipotermia d.d berat badan lahir rendah | Setelah dilakukan intervensi selama 3x 24 jam maka termoregulesi membaik dengan Khriteria Hasil :1. Konsumsi oksigen meningkat
2. Pucat meningkat
3. Suhu tubuh membaik
 | Manajemen hipotermia (SIKI I.14507 183)Observasi :1. Monitor suhu tubuh
2. Identifikasi penyebab hipotermia
3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia

Terapeutik :1. Sediakan lingkungan yang hangat
2. Ganti pakaian atau linen yang basah
3. Lakukan penghangatan pasif
4. Lakukan penghangatan aktif internal

Edukasi :1. Anjurkan makan atau minum hangat
 | 1. Untuk memantau suhu tubuh
2. Untuk mengetahui penyebab hipotermia
3. Untuk mengetahui tanda gejala hipotermia
4. Untuk menghindarkan dari hioptermia
5. Supaya pasien tetap hangat
6. Untuk memberi kehangatan dengan memasang topi
7. Memberi kehangatan melalui suhu incubator
8. Membantu kehangatan tubuh
 |

#

# Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan

Tabel 3. 6 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Keperawatan

| N0Dx | Tgl / jam | Tindakan | Ttd perawat | Tgl/ jam | Catatan perkembangan | Ttd perawat |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1, 2, 3.4 | 18/01/ 202208.0008.3008.4508.5009.0009.1509.2009.2509.3010.0010.3011.0011.3012.0012.3012.4513.0013.3013.4513.50 | * Timbang terima dengan perawat dinas malam
* Mengobservasi TTV dan SpO2, hasil :

DJ: 140x/menit, RR: 48x/menit, S: 36,8o C, SpO2:98 %* Mencuci tangan dengan 6 langkah
* Mengganti pampers, BAB -, BAK 35 cc
* Membersihkan incubator
* Mengecek suhu incubator 31oC
* Memberikan suntikan obat amikasin 18 mg melalui IV
* Mengobservasi TTV dan SpO2 :

DJ: 140x/menit, RR : 42x/menit S: 36,80C, SpO2 : 97%* Mengambil darah untuk cek GDA
* Mengobservasi TTV dan SpO2 :

DJ : 142x/menit RR :47x/menit, S : 36,6oC, SpO2 : 97% , FiO2 : 50%* Memberi inj. cinam 40mg melalui IV
* Mengobservasi TTV dan SpO2 :

DJ: 144x/menit, RR : 42x/menit S: 36,40C, SpO2 : 97%* Mengganti Infus Dextrose 10%
* Mengobservasi TTV dan SpO2 :

DJ: 140x/menit, RR : 42x/menit S: 36,40C, SpO2 : 97%* Memberikan salep trombophop pada bekas tusukan
* Mengganti linen dengan yang baru
* Monitor suhu pasien 36,20C
* Mengobservasi TTV dan SpO2 :

DJ: 144x/menit RR:42x/menit S: 36,2 o C, SpO2 : 98%* Terdapat oedem dan flebitis di area bekas tusukan
* Menimbang berat badan pasien : 800 gram.
 | YNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNM | 18/01 202214.00 | Dx 1 : pola nafas tidak efektifS: -O: * pola nafas By Ny R masih cepat,
* SpO2 : 98%,
* TTV : DJ: 144x/menit
* RR:42x/menit dengan bantuan bubble C-PAP dengan PEEP 7 flow 8, fIow2: 40%,
* S: 36,2 o C dengan suhu incubator 31oc, tangis+.
* Pernafasan cuping hidung menurun.

A: masalah belum teratasiP: Lanjutan intervensiDx 2 defisit nutrisiS: -O: * Pucat menurun
* Tebal lipatan kulit sedang
* Berat badan tetap

A : Masalah belum teratasiP : Lanjutkan intervensiDx 3 resiko infeksiS :-O: * Kultur area luka sedang
* Nyeri sedang
* Bengkak sedang
* Kadar sel darah putih sedang, Leukosit 21,90 10ʌ3/µL, Monosit 1,50 %, Trombosit 78.00 10ʌ3/µL

A : masalah belum teratasiP : lanjutkan intervensiDx 4 resiko hipotermiaS : -O :* Mengecek suhu incubator
* Mengatur suhu incubator bila dirasa kurang hangat
* Mengecek suhu bayi, hasil 36,4oC

A : masalah belum teratasiP : lanjutkan intervensi | YNMYNMYNMYNM |
| 1, 2, 3. | 19/01/ 202208.0008.3009.0009.1009.2009.3010.0010.1010.2010.3011.0011.1012.2013.3013.45 | * Timbang terima dengan perawat dinas malam
* Mengobservasi TTV dan SpO2 :

DJ: 142x/menit, RR : 42x/menit S: 36,40C, SpO2 : 97%* Mengganti pampers, BAB -, BAK 30 cc
* Mengoles asi pada pasien
* Mengobservasi TTV dan SpO2 :

DJ: 144x/menit, RR : 42x/menit S: 36,20C, SpO2 : 98%* Mengecek suhu incubator 31oC
* Cek gda stik hasil : 141 mg/dl
* Mengobservasi BB pasien : 800 gram
* Mengobservasi TTV dan SpO2 :

DJ: 140x/menit, RR : 44x/menit S: 36,60C, SpO2 : 98%* Mengatur suhu incubator (31o C)
* Mengobservasi suhu pasien (36,8 oC)
* Mengatur suhu serta kelembapan incubator
* Mengganti popok, BAB- BAK+ warna kuning jernih 30cc
* Timbang berat badan pasien 800 gr
 | YNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNM | 19/01/ 202214.00 | Dx 1 : pola nafas tidak efektifS: -O: * pola nafas By Ny R masih cepat,
* SpO2 : 98%,
* TTV : DJ: 144x/menit
* RR:42x/menit dengan bantuan bubble C-PAP dengan PEEP 7 flow 8, fIow2: 40%,
* S: 36,2 o C dengan suhu incubator 31oc, tangis+.
* Pernafasan cuping hidung menurun.

A: masalah belum teratasiP: Lanjutan intervensiDx 2 defisit nutrisiS: -O: * Pucat menurun
* Tebal lipatan kulit sedang
* Berat badan tetap

A : Masalah belum teratasiP : Lanjutkan intervensiDx 3 resiko infeksiS :-O: * Kultur area luka sedang
* Nyeri sedang
* Bengkak sedang
* Kadar sel darah putih sedang, Leukosit 21,90 10ʌ3/µL, Monosit 1,50 %, Trombosit 78.00 10ʌ3/µL

A : masalah belum teratasiP : lanjutkan intervensiDx 4 resiko hipotermiaS : -O :* Mengecek suhu incubator
* Mengatur suhu incubator bila dirasa kurang hangat
* Mengecek suhu bayi, hasil 36,8oC

A : masalah belum teratasiP : lanjutkan intervensi | YNMYNMYNMYNM |
| 1, 2, 3 | 20/01 2022 08.0008.3009.0009.3010.0010.2011.0011.2011.3012.3012.4513.0013.4013.4513.5013.55 | * timbang terima dengan perawat dinas sore
* Mengobservasi TTV dan SpO2 :

DJ: 142x/menit, RR : 42x/menit S: 36,80C, SpO2 : 97%* Menginjeksi Nacl 3% 3cc
* Mengobservasi TTV dan SpO2 :

DJ: 140x/menit, RR : 44x/menit S: 36,80C, SpO2 : 97%* Memantau suhu incubator (31oC)
* Mengobservasi TTV dan SpO2 :

DJ: 142x/menit, RR : 44x/menit S: 36,60C, SpO2 : 97%* Memantau suhu incubator (31oC)
* Mengatur suhu incubator bila dirasa kurang hangat
* Mengecek suhu bayi, hasil 36,4oC
* Mengobservasi TTV dan SpO2 :

DJ: 144x/menit, RR : 44x/menit S: 36,60C, SpO2 : 97%* Memantau suhu incubator (31oC)
* Mengobservasi TTV dan SpO2 :

DJ: 144x/menit, RR : 44x/menit S: 36,80C, SpO2 : 97%* Mengobservasi TTV dan SpO2 :

DJ: 144x/menit, RR : 44x/menit S: 36,80C, SpO2 : 97%* Mencuci tangan dengan 6 langkah
* Mengganti pampers,

BAB -, BAK 35 cc* Timbang berat badan pasien : 800 gr
 | YNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNMYNM |  | Dx 1 : pola nafas tidak efektifS: -O: * pola nafas By Ny R masih cepat,
* SpO2 : 98%,
* TTV : DJ: 144x/menit
* RR:44x/menit dengan bantuan bubble C-PAP dengan PEEP 7 flow 8, fIow2: 40%,
* S: 36,2 o C dengan suhu incubator 31oc, tangis+.
* Pernafasan cuping hidung menurun.

A: masalah belum teratasiP: Lanjutan intervensiDx 2 defisit nutrisiS: -O: * Pucat menurun
* Tebal lipatan kulit sedang
* Berat badan tetap

A : Masalah belum teratasiP : Lanjutkan intervensiDx 3 resiko infeksiS :-O: * Kultur area luka sedang
* Nyeri sedang
* Bengkak sedang
* Kadar sel darah putih sedang, Leukosit 21,90 10ʌ3/µL, Monosit 1,50 %, Trombosit 78.00 10ʌ3/µL

A : masalah belum teratasiP : lanjutkan intervensiDx 4 resiko hipotermiaS : -O :* Mengecek suhu incubator
* Mengatur suhu incubator bila dirasa kurang hangat
* Mengecek suhu bayi, hasil 36,8oC

A : masalah belum teratasiP : lanjutkan intervensi | YNMYNMYNMYNM |

# BAB 4 PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menyajikan uraian tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjaan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan prematur di ruang NICU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

## Pengkajian

1. Identitas

Pada data yang telah didapat dari By Ny R lahir dengan SC karena adenomyosis BB 800 gram. Usia gestasi 32/33 minggu, By Ny R mengalami kelahiran prematur. Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 1500 gram tanpa memandang usia gestasi. Berat lahir adalah berat yang ditimbang dalam 1 jam setelah lahir. BBLSR dapat terjadi pada bayi kurang bulan (<37 minggu) atau bayi cukup bulan.(Savira and Suharsono, 2013). Sehingga penulis dapat menyimpulkan bahwa By Ny R termasuk bayi prematur.

1. Keluhan utama

Pada tinjauan kasus disebabkan bahwa keluhan utama pasien adalah bblr, usia kehamilan 32/33 minggu usia kehamilan dengan SC karena adenomyosis, Apgar Score 5-7, lingkar lengan atas 6 cm, lingkar dada 24 cm, saat terlahir bayi merintih dan tidak segera menangis. Pasien juga bernafas dengan bantuan Bubble CPAP dengan PEEP : 7 flow 8, FiO2 : 40%

1. Riwayat penyakit sekarang

Pada tinjauan kasus pasien merupakan bayi baru lahir kelamin laki laki dengan sc adenomyosis, BB: 800 gram, usia gestasi 32/33 minggu. Pada saat pengkajian tanggal 18 januari 2022 kondisi pasien lemah, bayi dirawat di infant incubator dengan suhu 33 derajat celcius

Terjadinya BBLR/ BBLSR dapat dipengaruhi oleh faktor ibu, faktor janin, faktor plasenta, dan faktor lingkungan. Sehingga dapat menyebabkan sindrom aspirasi mekonium yaitu bayi bisa mengalami asfiksi intra uterin, janin gasping dalam uterus, cairan amnion bercampur dengan mekonium masuk dan lengket di paru janin, maka janin dapat beresiko gangguan pertukaran gas dan beresiko gangguan pertukaran gas, dan resiko tidak efektifnya jalan nafas, dapat terjadi pula imaturitas hepar gangguan transportasi albumin dan defesiensi albumin gangguan pengambilan bilirubin.(Novitasari, Hutami and Pristya, 2020)

Dari teori diatas penulis menyimpulkan bahwa penyebab dari prematuritas By Ny R adalah dari faktor ibu yaitu karena adanya riwayat adenomyosis dan pada faktor janin, yakni ketuban pecah dini.

1. Riwayat kehamilan dan persalinan

Riwayat kehamilan prenatal care ibu pernah mengatakan bahwa selama hamil ibu memiliki riwayat adenomyosis, ibu juga tidak pernah mengkonsumsi makanan laut (sea food) dan juga sayur. saat kehamilan ibu pernah memeriksakan kandungan ke dokter kandungan, ibu dianjurkan untuk meminum susu dengan kandungan Fe, namun ibu selalu muntah. Riwayat natal care bayi lahir denga sc adenomyosis dengan BBL 800 gram keadaan ketuban jernih dengan masa gestasi 32/33 minggu. Pasien diruangan NICU sudah 2 hari sejak pasien post natal care. Apgar score 5-7 LK :27 cm, bayi merintih tidak kunjung menangis. Riwayat post natal care By Ny R mendapatkan perawatan di infant incubator karena mengalami prematur.

1. Pola fungsi kesehatan
2. Pola nutrisi

Pada tinjauan kasus By Ny R diberi asi dengan cara di usap usap pada bibir sebanyak 6x1cc/24 jam. Pasien puasa asi mulai tanggal 17/01/2022 – 19/01/ 2022. Pasien terpasang OGT uk.5, reflek hisap kurang. Pasien mendapatkan cairan parenteral infus pump D10%+ Nacl 3%+ Kcl dengan kecepatan 4,8 cc/ jam.pasien tidak mengalami muntah. Untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan bayi prematur yang optimal maka bayi harus mendapat cairan, elektrolit, kalori, lemak, vitamin dan mineral yang sesuai dengan kebutuhannya. Volume cairan ekstraseluler pada bayi prematur lebih tinggi. Bayi prematur pada minggu pertama sesudah lahir akan kehilangan cairan ekstraseluler dengan cepat yang menyebabkan penurunan berat badannya. Kebutuhan cairan pada bayi prematur dapat meningkat pada keadaan seperti memerlukan perawatan dengan *radiant* *warmer,* inkubator, fototerapi mengalami distres pernapasan, dan diare (Widiasa, Suandi and Retayasa, 2016).

1. Keadaan umum dan tanda tanda vital

Data tinjuan kasus menunjukan keadaan umum By Ny R lemah, pasien ditempatkan di dalam incubator, Dari teori tersebut penulis menyimpulkan bahwa selain BBLR pasien dengan gangguan pola nafas juga perlu ditempatkan pada infant incubator selain untuk mencegah terjadinya kondisi yang makin memburuk, namun infant incubator juga membantu dalam menstabilkan suhu tubuh pasien.

 Data tinjauan kasus menunjukkan hasil TTV pasien : Tensi tidak terkaji karena pasien masih bayi, suhu/nadi : 36,8o C dengan suhu incubator 31,0o C/ 140x/menit, RR : 48x/menit dengan bantuan bubble CPAP dengan PEEP 7 Flow 8, fiO2 : 40%, PB/BB : 28 cm/ 800 gram, SpO2: 90-95%.

1. Pemeriksaan fisik

 Pasien dengan pola nafas tidak efektif memiliki kesadaran letargi, namun pada kenyataan kesadaran pasien baik, pasien tidak mengalami penurunan kesadaran yakni letargi. Maka dari itu penulis dapat menyimpulkan bahwa kesadaran pasien baik karena ditunjang dengan adanya pemberian oksigen yang adekuat didukung oleh RR pasien yang normal yakni 48x/ menit karna adanya bentuan bubble CPAP dengan PEEP 7 flow 8, dengan FiO2: 40%.

 Pada pemeriksaan sistem pernafasan Bentuk dada normochest, pola nafas irreguler, pergerakan dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, auskultasi didapatkan RR 48X/menit dengan alat bantu nafas O2 B-CPAP FiO2 40% PEEP 7 flow 8 cmH2O, tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi tidak terdapat suara nafas tambahan, Irama jantung S1 S2 tunggal, serta Irama jantung reguler**.**

pada pemeriksaan abdomen saat inpeksi bentuk perut supel, kulit terlihat halus dan tipis, tidak terdapat benjolan maupun lesi, keadaan tali pusar baik, warna kekuningan belum lepas.

1. pemeriksaan penunjang

Dari data tinjauan kasus menunjukkan bahwa hasil laboratorium pasien belum bisa dianggap normal, hasil laboratorium darah pada tanggal 18 januari 2022 yang tidak normal yaitu monosit % 1.50% (3.0-13.0), MCHC 30.2 g/dl (31-35), RDW\_CV 23.6% (11.0-16.0), RDW\_SC 105.6 fL (35.0\_56.0), trombosit 78,00 10ʌ3/µL (100-300), albumin 1.48 mg/dl (3,8- 4,2), Gda 190 mg/dl (50-80), kalsium 14.3 mg/dl (8.8- 10.4) dari hasil lab tersebut maka penulis bisa mengasumsi bahwa pasien akan mengarah pada defisit nutrisi serta resiko infeksi.

1. Terapi

Terapi pada tanggal 18 januari 2022 yang diberikan pada pasien adalah

Amikacin dengan dosis 18 mg/ 24 jam yakni obat antibiotik yang mempunyai indikasi mengatasi infeksi bakteri seperti infeksi pada darah, perut, paru-paru, kulit, tulang, persendian, atau saluran kemih, Dextrose 10% dengan dosis 60cc yang mempunyai indikasi cairan infus untuk mengatasi hipoglikemia atau kondisi kadar gula darah terlalu rendah, Obat ini juga digunakan sebagai alternatif untuk memenuhi kebutuhan gula dan cairan pada pasien, Aminosteril infant dengan dosis 6% dengan dosis 10cc obat yang digunakan pada pasien yang tidak mampu menyerap nutrisi melalui saluran pencernaan karena muntah terus-menerus, diare akut, dan penyakit usus, serta pemberian sebelum atau setelah operasi kemoterapi yang membuat mual dan muntah., naCl 3% dengan dosis 3 cc mempunyai indikasi untuk untuk mengatasi atau mencegah kehilangan sodium yang disebabkan dehidrasi, keringat berlebih, serta digunakan sebagai pelarut sediaan injeksi, KcL 3% dengan dosis 0.8 cc mineral penting yang membantu ginjal, jantung, dan saraf bekerja dengan baik serta  untuk mengatasi hipokalemia berat dan bila asupan kalium per oral tidak memadai. Infus Ns dengan dosis 100cc yang mempunyai indikasi mengganti cairan plasma isotonik yang hilang. Kalium gluconas suplemen kalsium yang mempunyai indikasi mencegah atau mengatasi rendahnya kadar kalsium dalam darah (hipokalsemia), Cinam dengan dosis 40 mg termasuk dalam golongan kombinasi penisilin dan inhibitor beta-laktamase yang mempunyai indikasi dalam pengobatan infeksi sistemik, serta pemberian antibiotik spektrum sedini mungkin harus dilakukan hingga hasil kultur terbukti negative. Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus disesuaikkan dengan bagaimana kondisi pasien saat itu, dengan melihat kondisi seperti itu kita bisa melihat diagnosa keperawatan.

## Diagnosa Keperawatan

Dalam penelitian ini diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada bayi prematur menurut teori adalah :

* + - 1. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan nafas
			2. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien
			3. Resiko infeksi d.d ketidakadekuatan sistem kekebalan tubuh
			4. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas
			5. Resiko hipovolemia d.d kekurangan intake cairan

Dalam tinjauan kasus terdapat 4 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas (SDKI DPP PPNI, 2017).

Kemunculan pola nafas tidak efektif ini terjadi karena pasien Lahir secara prematur, maka dari itu terjadilah gangguan pada kelemahan otot pernafasan sehingga menyebabkan hambatan upaya nafas, yang di tandai dengan irama nafas irreguler, dan juga terpasang O2 BCPAP fiO2 40% peep 7 flow 8, DJ 140x/menit, S: 36,8oc, tidak terdapat suara nafas tambahan, irama nafas irreguler, pernafasan cuping hidung, tangis pasien pelan.

1. Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien (SDKI DPP PPNI, 2017).

masalah ini ditemukan karena pada pemeriksaan ditemukan data pasien keadaan umum lemah, pada hasil pemeriksaan GDA didapatkan : Albumin : 1,48 mg/dl, GDA : 190 mg/dl, Kalsium : 14,3 mg/dl, Reflek hisap kurang, Terpasang OGT uk.5

1. Resiko infeksi d.d ketidakadekuatan sistem kekebalan tubuh (SDKI DPP PPNI, 2017).

masalah ini ditemukan karena pada pemeriksaan ditemukan data pasien Terdapat oedem dan flebitis di area bekas tusukan, Usia bayi saat lahir 32-33 minggu, ditambah hasil dari pemeriksaan GDA didapatkan Leukosit 21,90 10ʌ3/µL, Monosit 1,50 %, Trombosit 78.00 10ʌ3/µL

1. Resiko hipotermi d.d berat badan lahir rendah (SDKI DPP PPNI, 2017)

Masalah ini ditemukan karena pada pemeriksaan ditemukan data pasien lahir secara prematur, dengan BB 800 gram, dengan suhu tubuh pasien 36,8oC.

## Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pusataka dan tinjauan kasus, pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunnakan sasaran, dalam intervensi dengan alasan penulis menginginkan upaya meningkatkan kondisi pasien melalui pencegahan, pengobatan, serta pemulihan.

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus yang nyata keadaan pasien secara langsung, intervensi yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tujuan kasus ada beberapa kesamaan, tapi intervensi diagnosa keperawatan yang mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang ditetapkan.

Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan pola nafas membaik dengan kriteria hasil : Dispnea skala 5, Pernafasan cuping hidung skala 5, Frekuensi nafas skala 5, Kedalaman nafas skala, pasien dengan keadaan umum lemah. Pola nafas By Ny R dipsnea, SpO2 97% RR 48x/menit, dengan bantuan bubble CPAP dengan PEEP 7 flow 8, FiO2: 40%, DJ 140x/menit, S: 36,8oc, tidak terdapat suara nafas tambahan, irama nafas irreguler, pasien menggunakan pernafasan cuping hidung, tangis pasien pelan. Pada tinjauan kasus kriteria hasil ini masalah keperawatan yang dialami pasien belum teratasi

Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3X24 jam dengan tujuan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: pucat skala 5, tebal lipatan kulit skala 5, lapisan lemak skala 5. Pada tinjauan kasus, masalah ini ditemukan karena pada pemeriksaan ditemukan data pasien keadaan umum lemah, pada hasil pemeriksaan GDA didapatkan : Albumin : 1,48 mg/dl, GDA : 190 mg/dl, Kalsium : 14,3 mg/dl, Reflek hisap kurang, Terpasang OGT uk.5. Pada tinjauan kasus kriteria hasil ini masalah keperawatan yang dialami pasien belum teratasi.

Resiko infeksi d.d ketidakadekuatan sistem kekebalan tubuh, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3X24 jam dengan tujuan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : Nyeri skala 5, Bengkak skala 5, Kadar sel darah putih skala 5, Kultur area luka skala 5. Pada tinjauan kasus, masalah ini ditemukan karena pada pemeriksaan ditemukan data pasien Terdapat oedem dan flebitis di area bekas tusukan, Usia bayi saat lahir 32-33 minggu, ditambah hasil dari pemeriksaan GDA didapatkan Leukosit 21,90 10ʌ3/µL, Monosit 1,50 %, Trombosit 78.00 10ʌ3/µL. Pada tinjauan kasus kriteria hasil ini masalah keperawatan yang dialami pasien belum teratasi.

## Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahaas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinir juga terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

Dalam pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan serta tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis

Pada diagnosa keperawatan pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas. Dilakukan tindakan keperawatan memantau manajemen jalan nafas pasien dengan Bubble CPAP, melalukan observasi ttv setiap satu jam sekali, memantau keadaan umum, pola nafas, adanya suara nafas tambahan dan pernafasan caping hidung, serta melakukan observasi SpO2. Hasil yang didapatkan dari observasi yakni SpO2: 96-99%, RR: 40-48, S: 36,2-36,8.

Pada diagnosa keperawatan Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien dilakukan tindakan keperawatan memonitor berat badan, monitor albumin, limfosit, elektrolit, serta memberikan perawatan mulut sebelum makan. Setelah dilakukan monitor berat badan selama 3x24 jam, hasil dari pengkajian berat badan terhadap pasien tidak ada pertambambahan berat badan dikarenakan Albumin : 1,48 mg/dl, GDA : 190 mg/dl, Kalsium : 14,3 mg/dl, Reflek hisap kurang, serta masih terpasang OGT uk.5, dan BB masih 800 gram

Resiko infeksi d.d ketidakadekuatan sistem kekebalan tubuh. Dilakukan tindakan keperawatan Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistematik Berikan perawatan kulit pada area edema, Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, memberikan salep thrombophop pada edema dan bekas tusukan infus.

Resiko hipotermi d.d berat bayi lahir rendah. Dilakukan tindakan keperawatan Monitor suhu tubuh, Identifikasi penyebab hipotermia, Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia, Sediakan lingkungan yang hangat, Ganti pakaian atau linen yang basah, Lakukan penghangatan pasif, Lakukan penghangatan aktif internal. Dengan memakaikan topi pada kepala bayi, mengatur suhu incubator dan mengatur kelembaban udara incubator, maka didapatkan hasil suhu pada 36,2 – 36,8.

## Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus sudah dapat dilakukan evaluasi karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

1. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas belum dapat teratasi pada tanggal 21 Januari 2022.
2. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien belum dapat teratasi pada tanggal 21 januari 2022
3. Resiko infeksi d.d penurunan daya tahan tubuh belum dapat teratasi pada tanggal 21 januari 2022
4. Resiko hipotermia d.d berat badan ekstrem belum dapat teratasi pada tanggal 21 januari 2022.

# BAB 5 PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada By. Ny. R dengan Prematur + RDS di Ruang NICU sentral Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan

## Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Prematur + RDS maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada pasien Prematur + RDS didapatkan keluhan utama yaitu keluhan utama bayi merintih dan tidak segera menangis pada saat baru lahir. Pada riwayat kehamilan sekarang bahwa selama hamil ibu memiliki riwayat penyakit adenomyosis, pada saat kehamilan ibu sering control di dokter kandungan, ibu tidak pernah mengkonsumsi jamu - jamuan, ibu juga tidak pernah mengkonsumsi sea food, susu dengan kandungan fe(besi) dan juga sayur sayuran. Pada riwayat neonatus adalah bayi lahir secara SC karena ibu memiliki riwayat adenomyosis dengan jenis kelamin laki – laki dengan APGAR score 5-7 pada saat lahir bayi merintih dan tidak segera menangis, serta terpasang alat bantu napas O2 bcpap fio2 50% peep 7 flow 8, saat pengkajian pernapasan cuping hidung minimal dan saat di observasi daya hisap dan menelan bayi tidak adekuat maka bayi terpasang OGT, suhu tubuh bayi saat pengkajian 36,8. Serta pada riwayat masa lampau bahwa pada saat bayi baru lahir terlihat bayi dengan BBLR dan sudah dalam perawatan incubator selama 1 hari.

77

1. Pada pasien By Ny R muncul masalah perawatan sebanyak 4 yakni :
2. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas
3. Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien
4. Resiko infeksi d.d ketidakadekuatan sistem kekebalan tubuh
5. Resiko hipotermi d.d berat badan lahir rendah
6. **perencanaan**

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah: monitor frekuensi, irama , kedalaman, dan upaya napas, memonitor bunyi napas tambahan, memonitor suhu tubuh, monitor berat badan

Hasil evaluasi pada tanggal 19 januari 2022 pukul 14.00 Bayi masih menggunakan alat bantu napas O2 bcpap fio2 50% menjadi 40% peep 7 flow 8. Berat badan bayi tetap 800gram saat di timbang BB ulang.

## Saran

1. Adapun beberapa saran yang dapat diberikan oleh penulis, sebagai berikut : Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang keperawatan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

# DAFTAR PUSTAKA

Agrina, M. F., Toyibah, A. and Jupriyono (2016) ‘Tingkat Kejadian Respiratory Distress Syndrome (RDS) Antara Bblr Preterm Dan Bblr Dismatur’, *Jurnal Sain Veteriner*, 3(2), pp. 125–131.

Ani, T. (2015) ‘ASUHAN KEPERAWATAN BERAT BAYI LAHIR RENDAH (BBLR) PADA BAYI Ny. U DAN BAYI Ny. H DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HIPOTERMIA DI RUANG NEONATUS RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG’.

Hartiningrum, I. and Fitriyah, N. (2019) ‘Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)’, *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, 7(2), p. 97.

Ii, B. A. B. and Pertumbuhan, A. (2015) ‘No Title’, (2013), pp. 9–33.

Issn, L. (2017) ‘Prematur Di Indonesia’, *Widya Kesehatan dan Lingkungan*, 1(2 November), pp. 135–141.

Masyarakat, J. K. (2019) ‘Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Bayi Usia 0-6 Bulan (Studi Kasus Di Wilayah Kerja Puskesmas Gebang, Kecamatan Gebang, Kabupaten Purworejo)’, *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 7(1), pp. 289–296.

Meranti, D. I. K. (2015) ‘No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する共分散構造分析Title’, II, pp. 1–15.

Nasar, S. S. (2016) ‘Tata laksana Nutrisi pada Bayi Berat Lahir Rendah’, *Sari Pediatri*, 5(4), p. 165. doi: 10.14238/sp5.4.2004.165-70.

Novitasari, A., Hutami, M. S. and Pristya, T. Y. R. (2020) ‘Pencegahan dan Pengendalian BBLR Di Indonesia: Systematic Review’, *Pencegahan Dan Pengendalian Bblr Di Indonesia*, 2(3), pp. 175–182. Available at: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013574.

Pediatri, S. (2016) ‘Jadwal Imunisasi Rekomendasi IDAI’, *Sari Pediatri*, 2(1), p. 43. doi: 10.14238/sp2.1.2000.43-7.

Pramono, M. S. and Paramita, A. (2015) ‘POLA KEJADIAN DAN DETERMINANBAYI DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR) DI INDONESIA TAHUN 2013 (Pattern of Occurrence and Determinants of Baby with Low Birth Weight in Indonesia 2013)’, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 18(1). doi: 10.22435/hsr.v18i1.4263.1-10.

Ratnaningrum, K. and Santosa, E. (2012) ‘Risiko gangguan pernapasan pada bayi dengan riwayat kelahiran prematur’, *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah*, 1(1), pp. 61–64.

Repository, D., Universitas, R. and Jember, U. (2021) ‘Digital Repository Repository Universitas Universitas Jember Jember Digital Digital Repository Repository Universitas Universitas Jember Jember’, *Digital Repository Universitas Jember*, (September 2019), pp. 2019–2022.

Santi Deliani Rahmawati, H. S. (2020) ‘No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する共分散構造分析Title’, 3(2017), pp. 54–67.

Savira, F. and Suharsono, Y. (2013) ‘Anemia pada ibu hamil berpengaruh terhadap Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah.’, *Journal of Chemical Information and Modeling*, 01(01), pp. 1689–1699.

SDKI DPP PPNI, T. P. (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Talango, S. R. (2020) ‘Konsep Perkembangan Anak Usia Dini’, *Early Childhood Islamic Education Journal*, 1(1), pp. 92–105. doi: 10.54045/ecie.v1i1.35.

Widiasa, W., Suandi, S. and Retayasa, I. W. (2016) ‘Nutrisi Parenteral Total pada Bayi Prematur’, *Sari Pediatri*, 9(1), p. 39. doi: 10.14238/sp9.1.2007.39-43.

 SOP penggunaan invant incubator

sop 1 penggunaan invant incubator

1. Membersihkan inkubator dengan disinfektan setiap hari dan bersihkan secara keseluruhan setiap minggu atau setiap akan dipergunakan
2. Tutup matras dengan kain bersih
3. Kosongkan air reservoir karena dapat menjadi tempat tumbuh bakteri berbahaya dan menyerang bayi.
4. Atur suhu inkubator sesuai umur dan berat bayi
5. BB < 1500 gram umur 10-11 hari : 35oC
6. BB 1500 – 2000 gram umur 10-11 hari : 34oC
7. BB 2100 – 2500 gram umur 1-2 hari : 34oC
8. BB >2500 gram umur 1 – 2 hari : 33oC
9. Hangatkan incubator sebelum digunakan
10. Bila memerlukan terapi sinar, lepaskan semua pakaian bayi dan pakaikan segera bila terapi selesai .
11. Tutup incubator secepat mungkin agar suhu didalam tetap hangat
12. Gunakan 1 incubator untuk 1 bayi
13. Periksa suhu ruangan menggunakan termometer ruangan dan ukur suhu bayi peraksila setiap 8 jam pertama kemudian setiap 3 jam sekali
14. Bila bayi tetap dingin walaupun suhu incubator sudah diatur, lakukan penanganan suhu abnormal
15. Pindahkan ke ibu secepatnya bila bayi sudah tidak ada tanda sakit

Ruangan hangat

Ruangan hangat sering membuat petugas yang sedang menjaga menjadi tidak nyaman, sehingga menurunkan suhu ruangan tanpa menambah alat untuk bayi. Cara menggunakan ruangan hangat untuk BBLR yakni :

1. Pastikan diberi pakaian hangat dan kepala diberi bonnet
2. Pastikan suhu ruangan paling rendah 25oC
3. Letakkan bayi di dalam boks dan jauhkan dari dinding yang dingin, jendela dan aliran udara yang lain
4. Ukur suhu bayi dalam ruangan 4 kali sehari
5. Pada malam hari tambahkan sumber panas.