

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA By. Ny Y NEONATUS (03 HARI)
DENGAN BERAT BAYI LAHIR RENDAH (BBLR) DIRUANG
PERINATOLOGI RSUD Dr.SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Stikes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

SIFA SALMAH
KHGA22074



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA DIII KEPERAWATAN

2025

ABSTRAK

IV Bab 84 Halaman, 13 Tabel, 1 Bagan, 4 Lampiran

Karya tulis ini berjudul —Asuhan keperawatan pada By. Ny. Y. Usia Neonatus (03 Hari) dengan Berat Badan Lahir Rendah diruang perinatologi RSUD dr. Slamet Garut Jawa Barat.” yang dilatar belakangi oleh jumlah penderita BBLR yang mencapai 31 kasus pada periode bulan Januari-Mei Tahun 2025 dengan menempati peringkat ke 1 dari daftar 6 penyakit tertinggi di ruang perinatologi RSUD dr.Slamet Garut dengan presentase sebanyak 41,33%. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk memperoleh pengetahuan dan pengalaman secara nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan komprehensif meliputi aspek bio, psiko, social, spiritual pasien dengan Berat Badan Lahir Rendah melalui pendekatan proses keperawatan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan teknik studi kasus dan partisipasi aktif. Adapun masalah keperawatan yang muncul pada By. Ny. Y yaitu : dari 7 hari, Hipotermi b.d paparan lingkungan dingin , Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan, dan Resiko Infeksi b.d sistem imun. Dalam kesimpulan 3 diagnosis yang muncul ke 3 masalah teratasi dan teratasi sebagian. Ada beberapa masalah yang secara teoritis kemungkinan ada, tetapi tidak ditemukan pada kasus ini karena pada saat pengkajian tidak ditemukan data subjektif dan data objektif yang muncul. Dalam melakukan asuhan keperawatan di perlukan kerja sama dengan klien, keluarga, perawat dan tim kesehatan lain, sehingga sangat menunjang bagi tercapainya asuhan keperawatan secara optimal.

Kata Kunci: Bayi Berat Badan Lahir Rendah, Hipotermia, Asuhan Keperawatan, Neonatus

Kepustakaan: 14 Buah 2018 -2024 (2 Jurnal 10 Buku).

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kepada Allah SWT, yang maha kuasa karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis telah menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan berjudul ASUHAN KEPERAWATAN PADA BY. NY. Y USIA NEONATUS (3 HARI) DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUANG PERINATOLOGI RSUD GARUT JAWA BARAT Dari tanggal 31 Mei sampai dengan tanggal 02 Juni 2025. yang merupakan salah satu tugas dalam menyelesaikan program studi D III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Tak lupa penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak yang telah membimbing, membantu dan mendukung dalam menyusun karya tulis ilmiah seperti ini:

1. Bapak Dr.H. Hadiat, MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. Bapak H.D. Suryadi, M.Si, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep, M, Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., Ners., M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak Elang M Atoilah, S.Sos., M.Kes. selaku pembimbing dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini yang telah banyak memberikan bantuan serta bimbingan.
6. Bapak/Ibu selaku penguji 1 yang telah meluangkan waktunya untuk menguji dan memberikan revisi kepada penulis dalam melakukan karya tulis ilmiah ini
7. Bapak/Ibu selaku penguji 2 yang telah meluangkan waktunya untuk menguji dan memberikan revisi kepada penulis dalam melakukan karya tulis ilmiah ini.
8. Seluruh staf dosen dan tata usaha STIKes Prodi D III Keperawatan Karsa Husada Garut yang turut mendukung dalam pembuatan karya tulis ini.
9. Direktur Rumah Sakit Garut dan kepala ruangan perinatologi yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti praktek dan memberikan ilmu dalam karya tulis ini.

10. Terimakasih kepada keluarga By. Ny. Y yang telah bekerja sama dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga memudahkan penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.
11. Cinta pertama dan panutanku Ayahanda Aam Kamiludin, terimakasih sudah selalu menjadi garda terdepan untuk penulis, senantiasa memberikan yang terbaik untuk penulis
12. Bidadari surgaku Almarhumah Cucun Cutarsih tercinta, tidak ada kata yang benar-benar mewakili betapa dalam rasa rindu yang penulis rasakan saat ini.
13. Kepada kakak dan adik ku tercinta, Hilman Nawawi, Herman Syah, dan Syahrul Munir Penulis sangat bersyukur mempunyai saudara seperti kalian. Terimakasih atas doa, perhatian dan kasih sayang.
14. Sahabat penulis di bangku perkuliahan yang selalu kebersamai penulis Ananda Nabila, Mila Septiani dan Syaila Intan. Terimakasih selalu mendengarkan keluh kesah penulis, senantiasa menemani penulis.
15. Terkhusus untuk Ananda Nabila terima kasih telah menjadi teman berbagi cerita dan tempat bersandar di saat-saat penuh tekanan.
16. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa/i Angkatan XXIX program studi D-III Keperawatan STikes Karsa Husada Garut. Terimakasih atas suka dan duka yang telah kita lalui, semoga kita semua menjadi orang sukses
17. Terakhir kepada diri saya sendiri Sifa Salmah Apresiasi sebesar-besarnya sudah mau banyak belajar, sedikit menepikan ego dan memilih untuk bangkit dan menyelesaikan apa yang telah dimulai ini.

Penulis menyadari bahwa karya ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan. Semoga karya ini dapat memberi manfaat, khususnya bagi penulis dan umumnya bagi pembaca. Aamiin.

Garut, 29 juni 2025

Sifa Salmah

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
ABSTRAK.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR BAGAN.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
C. Metode Telaah	6
D. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORI	10
A. Konsep Dasar Penyakit BBLR	10
1. Definisi BBLR	10
2. Etiologi BBLR	11
3. Patofisiologi BBLR.....	12
4. Pathway.....	14
5. Manifestasi Klinis	15
6. Penatalaksanaan	16
7. Komplikasi	17
8. Klasifikasi BBLR	18
9. Pemeriksaan Penunjang	20
B. Konsep Asuhan Keperawatan BBLR.....	21
1. Pengkajian Keperawatan.....	21
2. Diagnosa Keperawatan	32
3. Intervensi keperawatan	33
4. Implementasi Keperawatan.....	39
5. Evaluasi Keperawatan.....	40
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	41
A. Tinjauan kasus	41
1. Pengkajian	41

a. Analisa Data	52
2. Diagnosa Keperawatan.....	53
3. Intervensi keperawatan.....	55
4. Implementasi Keperawatan	57
5. Catatan Perkembangan	60
B. Pembahasan	71
1. Tahap Pengkajian	71
2. Tahap Diagnosis Keperawatan.....	72
3. Intervensi Keperawatan.....	74
4. Implementasi Keperawatan.....	75
5. Evaluasi Keperawatan.....	76
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	82
A. Kesimpulan	82
B.Rekomendasi	83
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data Kasus BBLR.	4
Tabel 1.2 Data Penyakit	5
Tabel 2.1 Analisa Data	30
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan.	36
Tabel 3.1 Apgar Score	48
Tabel 3.2 Aktivitas sehari hari.....	55
Tabel 3.3 Pemeriksaan Penunjang.....	56
Tabel 3.4 Terapi Obat.....	58
Tabel 3.5 Analisa Data	58
Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan	61
Tabel 3.7 Implementasi	66
Tabel 3.8 Evaluasi	70
Tabel 3.9 Catatan Perkembangan.	73

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway	16
-------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I SAP Kangaroo Mother Care
- Lampiran II Leaflet Perawatan Kangaroo Mother Care
- Lampiran III Lembar Bimbingan
- Lampiran IV Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Muliana (2020), bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram, tanpa memandang usia kehamilan, disebut sebagai Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Setiap tahunnya, diperkirakan ada sekitar 17 juta bayi yang lahir dengan kondisi BBLR ini. Masalah BBLR ini menjadi perhatian utama, terutama di Negara-negara berkembang, termasuk Indonesia. Seperti yang dikemukakan oleh Yufilah dan kawan-kawan pada tahun 2011, BBLR merupakan salah satu penyebab utama tingginya angka kematian (mortalitas) dan kesakitan (morbiditas) pada bayi (Afrianti, 2021).

Data dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menunjukkan bahwa Angka Kematian Bayi (AKB) secara global adalah 34 per 1.000 kelahiran hidup. Di negara berkembang, angkanya mencapai 37 per 1.000 kelahiran hidup, sementara di negara maju hanya 5 per 1.000 kelahiran hidup. Di Asia Tenggara, AKB tercatat 24 per 1.000 kelahiran hidup, Asia Selatan 43 per 1.000 kelahiran hidup, dan Asia Barat 21 per 1.000 kelahiran hidup. Bayi BBLR, asfiksia, serta infeksi adalah penyebab utama kematian bayi (Sayekti, 2020). Kematian bayi di definisikan sebagai jumlah bayi yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun per 1.000 kelahiran dalam setahun. Hasil ini menunjukkan penurunan yang signifikan, bahkan melampaui target tahun 2022, yaitu 18,6 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Capaian ini perlu dipertahankan untuk mendukung target tahun 2024, yaitu 16 kematian per

1.000 kelahiran hidup, dan 12 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2023.

Terkait dengan kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) yang berhubungan dengan 3 faktor yaitu faktor ibu faktor janin dan lingkungan faktor lingkungan (Hasriyani, 2019). Masalah keperawatan yang sering muncul pada bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) yaitu hipotermi, Pola nafas tidak efektif, defisit nutrisi, resiko infeksi dan resiko aspirasi (SDKI, 2017). Hipotermi merupakan salah satu masalah keperawatan yang sering muncul hal tersebut terjadi karena lemak subkutan pada bayi dengan berat badan lahir rendah sangat tipis sehingga mudah dipengaruhi oleh suhu lingkungan

Hipotermia merupakan suatu kondisi turunnya suhu sampai dibawah 30°C, sedangkan Hipotermia pada bayi baru lahir merupakan kondisi bayi dengan suhu dibawah 35,5°C. Akibat hipotermia pada BBLR dapat terjadinya kegawatdaruratan neonatal seperti komplikasi jangka pendek berupa asidosis, hipoglikemia, serta peningkatan risiko untuk distress pernapasan. Risiko komplikasi dan kematian meningkat secara signifikan jika lingkungan internal yang tidak optimal dan dalam jangka panjang yang timbul jika tidak mendapat perawatan yang tepat akan berakibat fatal pada perkembangannya. Bila dapat bertahan hidup akan dijumpai kerusakan 4 saraf, gangguan bicara, hiperaktif, tingkat kecerdasan rendah, masalah fisik seperti penyakit kronis paru, gangguan penglihatan (retinopati), dan kelainan kongenital (Setiyawan dkk, 2019).

Faktor lain yang memengaruhi BBLR adalah status gizi ibu yang buruk (*anemia*). Menurut WHO, kadar hemoglobin normal pada ibu hamil dibagi menjadi beberapa kategori: normal ≥ 11 g/dl, anemia ringan < 11 g/dl, dan anemia berat < 7 g/dl (Fitria, 2022). Selama kehamilan, kebutuhan oksigen meningkat, mendorong produksi *eritropoietin* (EPO). Akibatnya, volume plasma meningkat, diikuti oleh peningkatan sel darah merah (*eritrosit*). Namun, peningkatan volume plasma lebih besar dibandingkan peningkatan eritrosit, sehingga terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin (Hb) akibat hemodilusi. Anemia dapat mengganggu pengangkutan oksigen, sehingga nutrisi ke janin berkurang (Wahyuni *et al.*, 2021).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di ruang perinatology RSUD Garut periode Januari-Mei 2025 didapatkan data 6 jenis penyakit terbanyak pada bayi usia neonatus. Adapun data tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 1.2: Persentasi 6 jenis penyakit terbanyak pada bayi usia neonatus (0-28 hari) Di ruang Perinatologi RSUD Garut, periode Januari-Mei.

No	Jenis Penyakit	Frekuensi	Persentase
1.	BBLR	31	41,89%
2.	Asfiksia	15	20,27%
3.	Hiperbilirubin	10	12,16%
4.	RDS	8	10,81%
5.	Pneumonia	7	9,47%
6.	Hipokalemia	4	5,43%
7.	Jumlah	75	100%

(sumber: Pelaporan dan pencatatan rekam medic RSUD Garut Januari-Mei 2025)

Berdasarkan data diatas,menunjukan bahwa jumlah penderita dari catatan rekam medik RSUD dr.Slamet Garut diruang perinatologi pada waktu rentang waktu bulan Januari-Mei 2025 angka BBLR menjadi kasus yang paling tinggi dari 6 penyakit tertinggi yang ada diruangan tersebut yaitu BBLR dengan cakupan angka (41,89%), RDS (10,81%), Hiperbilirubin (12,16%), Asfiksi (20,27%), Pneumonia (9,47%) Hipokalemia (5,43%).

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memahami dan menambah pengetahuan tentang BBLR pada bayi baru lahir (neonatus). Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan di lahan praktik bersama klien, penulis tertarik untuk mengangkat kasus ini ke dalam Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul: ASUHAN KEPERAWATAN PADA By.Ny.Y USIA NEONATUS (03 HARI) DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUANG PERINATOLOGI RSUD dr.SLAMET GARUT ,Melalui penulisan ini, penulis ingin mengetahui apa saja kemungkinan komplikasi yang dapat terjadi pada bayi dengan pneumonia, serta bagaimana cara mencegah agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut. Karya tulis ini juga bertujuan untuk menggambarkan secara nyata proses pelaksanaan asuhan keperawatan pada kasus tersebut.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan,serta mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada anak BBLR secara langsung dan komprehensif yang meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pelaksanaan pengkajian keperawatan pada klien dengan —Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. Y Usia Neonatus (3 Hari) Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slametl.
- b. Penulis mampu menegakan diagnosis keperawatan pada klien dengan —Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. Y Usia Neonatus (3 Hari) Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slametl.
- c. Penulis mampu menegakan perencanaan keperawatan pada klien dengan —Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. Y Usia Neonatus (3 Hari) Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slametl.
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan —Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. Y Usia Neonatus (3 Hari) Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slametl.

- e. Penulis mampu mengevaluasi tindakan keperawatan pada klien dengan —Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. Y Usia Neonatus (3 Hari) Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slametl.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan —Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. Y Usia Neonatus (3 Hari) Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slametl.

C. Metode Telaah

Metode yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ini adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan menggunakan proses keperawatan. Adapun teknik yang digunakan pengumpulan data yaitu dengan cara :

1. Wawancara

Wawancara yaitu pengambilan data dengan cara berkomunikasi langsung dengan pasien, keluarga, perawat dan tim Kesehatan lainnya untuk menggunakan data yang diperlukan mengenai identitas, riwayat kesehatan, data psikologi, social dan spiritual serta data penunjang lainnya yang berhubungan dengan BBLR.

2. Observasi

Metode pengumpulan data melalui pengamatan atau observasi secara langsung kepada pasien.

3. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan fisik pasien untuk menentukan status kesehatan pasien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya adalah: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

4. Study Dokumentasi

Memperoleh data yang didapatkan dari pemeriksaan, diagnostik, laboratorium, dan status pasien melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan di ruangan.

5. Study Perpustakaan

Dilakukan dengan cara membaca dan mempelajari buku-buku perpustakaan dan referensi dari internet mengenai konsep-konsep yang berhubungan pada kasus BBLR.

6. Partisipasi aktif

Melakukan kerjasama dengan pasien, keluarga dan perawat ruangan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika dalam penyelesaian karya tulis ini, penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I : PENDAHULUAN, Bab ini memuat dasar pijakan awal dalam penyusunan karya tulis, yang mencakup latar belakang permasalahan yang menjadi fokus kajian, tujuan dari penulisan karya ilmiah ini, metode telaahnya atau pendekatan yang digunakan dalam pengumpulan dan analisis

informasi, serta sistematika penulisan sebagai gambaran umum isi karya tulis secara keseluruhan.

BAB II : TINJAUAN TEORITIS, Tinjauan berisi tentang konsep dasar penyakit terdiri dari pengertian berat badan lahir rendah, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, pathway, klasifikasi, manifestasi klinis berat badan lahir rendah, komplikasi berat badan lahir rendah, pemeriksaan penunjang berat badan lahir rendah, penatalaksanaan medis berat badan lahir rendah, konsep tumbuh kembang anak, dan konsep dasar asuhan keperawatan berat badan lahir rendah terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, implementasi dan evaluasi

BAB III : TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN, Bab ini menyajikan satu studi kasus nyata yang dianalisis menggunakan proses keperawatan. Tahapan yang dijelaskan meliputi pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan intervensi, implementasi tindakan keperawatan, serta evaluasi hasil tindakan. Selain itu, penulis juga mengidentifikasi serta membahas kesenjangan atau perbedaan yang ditemukan antara teori pada Bab II dan prakti pada kasus di Bab III, khususnya dalam aspek pengkajian, diagnosa, perencanaan, dan evaluasi keperawatan.

BAB IV : KESIMPULAN DAN REKOMENDASI, Bab terakhir ini berisi simpulan dari keseluruhan pelaksanaan studi kasus, serta saran atau rekomendasi yang dapat diterapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ke depan agar lebih optimal

DAFTAR PUSTAKA, Berisi daftar referensi ilmiah yang digunakan sebagai sumber acuan dalam penyusunan karya tulis ini.

LAMPIRAN, Merupakan bagian tambahan yang memuat dokumen pendukung seperti format pengkajian, lembar observasi, grafik, foto, atau data relevan lainnya yang memperkuat isi pembahasan

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Neonatus

1. Definisi Neonatus

Neonatus adalah bayi sejak lahir hingga usia 28 hari. Periode ini disebut periode neonatal, masa paling kritis karena angka morbiditas dan mortalitas tinggi. Transisi utama: dari kehidupan intrauterin (bergantung pada plasenta) → ke kehidupan ekstrauterin (mandiri dengan pernapasan dan nutrisi oral).

(Sumber: WHO, 2017; Anthony, 2023)

2. Karakteristik Umum Neonatus

- a. Berat badan lahir rata-rata: 2500–4000 gram.
- b. Panjang badan rata-rata: 48–52 cm.
- c. Lingkar kepala: 33–35 cm.
- d. Lingkar dada: ± 30 –33 cm.
- e. Kulit tipis, mudah kehilangan panas.
- f. Refleks primitif: rooting, sucking, grasp, moro, stepping.

(Sumber: WHO, 2022; StatPearls, 2024)

3. Adaptasi Fisiologis

1. Respirasi – mulai berfungsi segera setelah lahir, dipicu oleh peningkatan CO₂, penurunan O₂, stimulasi sensorik & suhu.
2. Kardiovaskular – sirkulasi plasenta berhenti, tekanan atrium kiri naik, foramen ovale & ductus arteriosus menutup.
3. Termoregulasi – neonatus rentan hipotermia karena lemak subkutan sedikit. Mengandalkan brown fat thermogenesis.
4. Metabolisme – cadangan glikogen hati terbatas → risiko hipoglikemia.
5. Ginjal – fungsi maturasi terbatas, kemampuan konsentrasi urine rendah → mudah dehidrasi.
6. Hati – imatur → bilirubin mudah menumpuk → risiko ikterus.
7. Sistem pencernaan – kapasitas lambung kecil (30–60 ml), enzim terbatas, karbohidrat (laktosa) mudah dicerna.
8. Sistem imun – imatur, proteksi utama dari IgG maternal & kolostrum. (Sumber: Tsafaras, 2020; Dunne, 2024).

4. Tumbuh Kembang Neonatus

- a. Motorik: refleks primitif dominan.
- b. Bahasa/komunikasi: menangis sebagai cara utama.
- c. Kognitif: respons terhadap cahaya, suara, sentuhan.
- d. Sosial: bonding attachment dengan orang tua sangat penting. (Sumber: WHO, 2022).

5. Nutrisi dan Menyusui

- a. ASI Eksklusif sangat dianjurkan 0–6 bulan.
- b. Kolostrum (0–5 hari): kaya IgA, faktor imun, protein tinggi.
- c. Inisiasi menyusui dini (IMD) 1 jam pertama meningkatkan keberhasilan laktasi & menurunkan mortalitas. (Sumber: WHO, 2017; WHO, 2022).

6. Penilaian Neonatus

- 1. Apgar Score – 1 & 5 menit (HR, napas, tonus, warna, respons rangsang).
- 2. Pemeriksaan fisik – kepala (fontanel, caput, molding), mata (red reflex), mulut (cleft palate), dada, abdomen, genitalia, ekstremitas.

3. Vital sign normal:

- a. HR: 100–190 bpm (rata-rata 120–160)
- b. RR: 40–60 kali/menit
- c. T: 36,5–37,4 °C
- d. SpO₂: meningkat bertahap dari 60% (menit 1) →
>90% (10 menit) (Sumber: Padilla-Sánchez, 2023;
WHO, 2018)

7. Masalah Umum pada Neonatus

- 1. Asfiksia neonatorum – kegagalan bernapas spontan.
- 2. Hipotermia – sering terjadi pada bayi prematur.
- 3. Hipoglikemia – gejala: tremor, letargi, kejang.
- 4. Ikterus neonatorum – fisiologis atau patologis.
- 5. Infeksi neonatus – sepsis, pneumonia, omfalitis.
- 6. Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) – <2500 g, risiko komplikasi tinggi.
- 7. Cacat kongenital – bibir sumbing, kelainan jantung bawaan, spina bifida, dsb. (Sumber: WHO, 2017; WHO, 2022).

8. Perawatan Esensial Neonatus

- a. Menjaga jalan napas & pernapasan.
- b. Menjaga suhu (skin-to-skin, radiant warmer).
- c. Inisiasi ASI dini & rawat gabung.
- d. Pencegahan infeksi (cuci tangan, perawatan tali pusat).
- e. Imunisasi dasar (Hepatitis B, Polio, BCG sesuai jadwal nasional). (Sumber: WHO, 2017; WHO, 2022)

9. Aspek Psikososial

- a. Bonding attachment: kontak kulit dengan ibu segera setelah lahir.
- b. Dukungan keluarga penting untuk keberhasilan menyusui & perawatan bayi.
- c. Peran ayah: keterlibatan meningkatkan kesejahteraan bayi & ibu. (Sumber: WHO, 2022)

10. Peran Perawat dalam Perawatan Neonatus

- a. Melakukan asesmen cepat saat lahir.
- b. Memberikan perawatan esensial sesuai standar WHO.

- c. Melakukan edukasi kepada ibu & keluarga tentang ASI, tanda bahaya, imunisasi.
- d. Memantau tumbuh kembang dan mendeteksi dini kelainan. (Sumber: WHO, 2017; WHO, 2022)

11. Tanda Bahaya Neonatus

- a. Tidak mau menyusu.
- b. Napas cepat (>60 /menit) atau tersengal.
- c. Sianosis, sesak napas, kejang.
- d. Demam atau hipotermia.
- e. Lemas, letargi.
- f. Pendarahan pada tali pusat. (Sumber: WHO, 2017).

B. Konsep Dasar Penyakit BBLR

1. Definisi BBLR

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bila berat badannya kurang dari 2500 gram. Bayi yang dilahirkan dengan BBLR umumnya kurang mampu meredam tekanan lingkungan yang baru sehingga dapat mengakibatkan pada terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan, bahkan dapat mengganggu kelangsungan hidupnya (Prawirohardjo, 2018). Bayi berat lahir rendah (BBLR) tanpa memandang usia gestasi. BBLR dapat terjadi pada bayi kurang bulan (< 37 minggu) atau pada bayi cukup bulan (intrauterine growth restriction) (Pudjiadi dkk., 2018).

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) merupakan bayi yang lahir dengan berat < 2500 gram. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam waktu 1 (satu) jam pertama setelah lahir. Pengukuran dilakukan di tempat fasilitas (Rumah sakit, Puskesmas, dan Polindes), sedang bayi yang lahir di rumah waktu pengukuran berat badan dapat dilakukan dalam waktu 24 jam. (World Health Organization 2019).

Dari beberapa definisi dapat disimpulkan bahwa berat badan lahir rendah (BBLR) adalah bila berat badan bayi baru lahir kurang dari 2500 gram. BBLR dapat terjadi pada kondisi bayi prematur yang lahir kurang bulan atau bayi yang lahir cukup bulan dan memiliki masalah pada proses pertumbuhannya selama masa kehamilan.

3. Etiologi BBLR

Beberapa penyebab dari bayi dengan berat badan lahir rendah (Proverawati dan Ismawati, 2018), yaitu:

a. Faktor ibu

1) Penyakit

- a) Mengalami komplikasi kehamilan, seperti anemia, perdarahan antepartum, preeklamsia berat, eklamsia, infeksi kandung kemih.
- b) Menderita penyakit seperti malaria, infeksi menular seksual, hipertensi, HIV/AIDS, TORCH (Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus (CMV) dan Herpes simplex virus), dan penyakit jantung.
- c) Penyalahgunaan obat, merokok, konsumsi alkohol.

2) Ibu

- a) Angka kejadian prematuritas tertinggi adalah kehamilan pada usia < 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
- b) Jarak kelahiran yang terlalu dekat atau pendek (kurang dari 1 tahun).
- c) Mempunyai riwayat BBLR sebelumnya

3) keadaan sosial ekonomi

- a) Kejadian tertinggi pada golongan sosial ekonomi rendah. Hal ini dikarenakan keadaan gizi dan pengawasan antenatal yang kurang.

- b) Aktivitas fisik yang berlebihan
- c) Perkawinan yang tidak sah.
- b. Faktor janin Faktor janin meliputi : kelainan kromosom, infeksi janin kronik (inklusi sitomegali, rubella bawaan), gawat janin, dan kehamilan kembar.
- c. Faktor plasenta Faktor plasenta disebabkan oleh : hidramnion, plasenta previa, solutio plasenta, sindrom tranfusi bayi kembar (sindrom parabirotik), ketuban pecah dini.
- d. Faktor lingkungan Lingkungan yang berpengaruh antara lain : tempat tinggal di dataran tinggi, terkena radiasi, serta terpapar zat beracun.

3. Patofisiologi BBLR

Semakin kecil dan semakin premature bayi itu maka akan semakin tinggi resiko gizinya. Beberapa faktor yang memberikan efek pada masalah gizi.

- a. Menurunnya simpanan zat gizi padahal cadangan makanan di dalam tubuh sedikit, hamper semua lemak, glikogen dan mineral seperti zat besi, kalsium, fosfor dan seng di deposit selama 8 minggu terakhir kehamilan. Dengan demikian bayi preterm mempunyai potensi terhadap peningkatan hipoglikemia, anemia dan lain-lain. Hipoglikemia menyebabkan bayi kejang terutama pada bayi BBLR

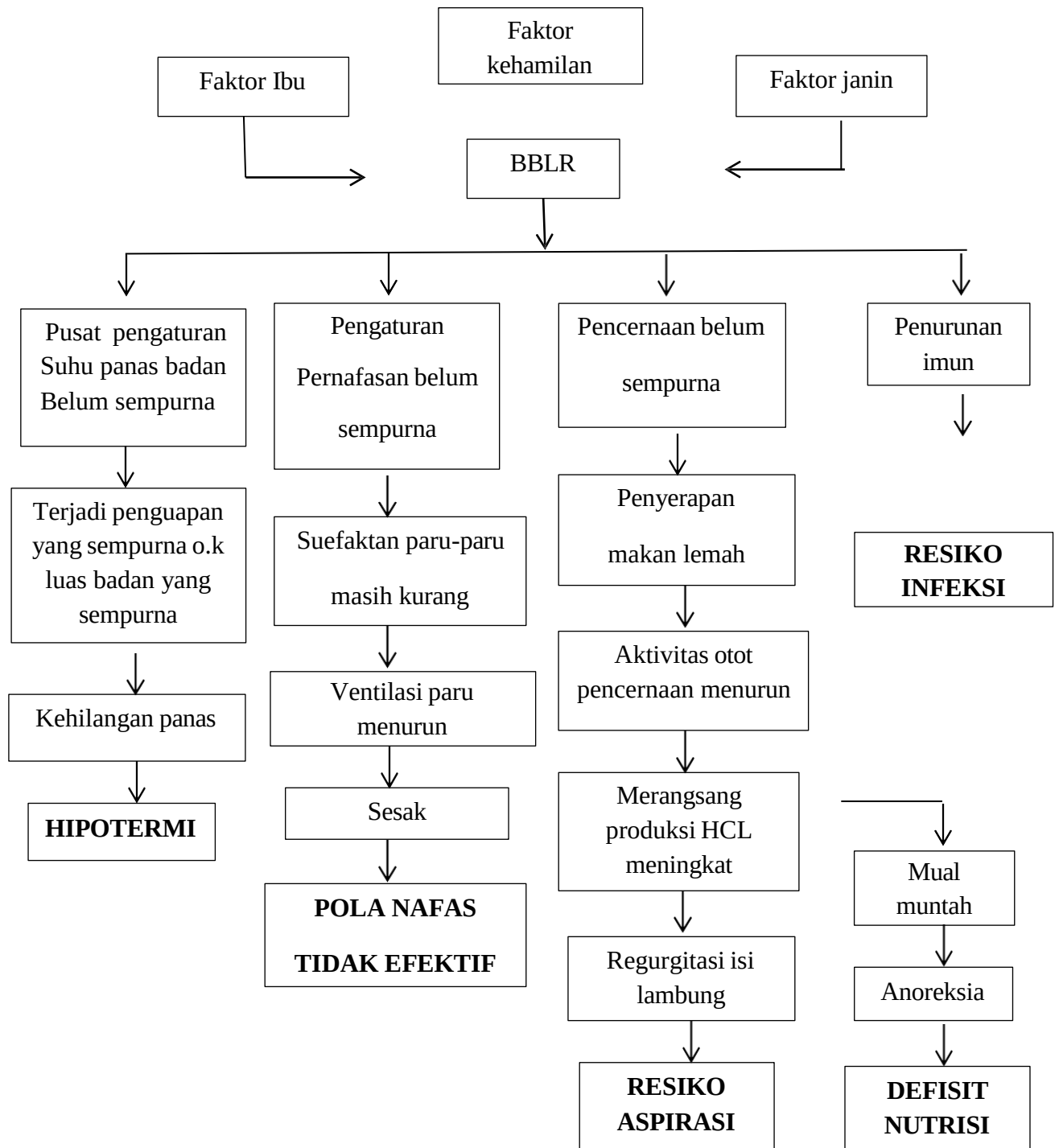
- b. Prematur.

Kurangnya kemampuan untuk mencerna makanan. Bayi preterm mempunyai lebih sedikit simpanan garam empedu, yang diperlukan

untuk mencerna dan mengabsorpsi lemak dibandingkan dengan bayi aterm

- c. Belum matangnya fungsi mekanis dari saluran pencernaan, koordinasi antara refleks hisap dan menelan belum berkembang dengan baik sampai kehamilan 32-34 minggu, padahal bayi BBLR kebutuhan nutrisinya lebih tinggi karena target pencapaian BB nya lebih besar. Penundaan pengosongan lambung dan buruknya motilitas usus terjadi pada bayi preterm.
- d. Paru yang belum matang dengan peningkatan kerja napas dan kebutuhan kalori yang meningkat.
- e. Potensial untuk kehilangan panas akibat luas permukaan tubuh tidak sebanding dengan BB dan sedikitnya lemak pada jaringan di bawah kulit. Kehilangan panas ini akan meningkatkan kebutuhan kalori.

4. Pathway



(Sumber : Pathway BBLR. Scribd; 2019)

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis BBLR Menurut Jumiarni (2018), adalah sebagai berikut:

- a. Preterm: sama dengan bayi prematuritas murni
- b. Term dan posterm:
 - 1. Kulit berselubung verniks kaseosa tipis atau tidak ada
 - 2. Kulit pucat atau bernoda mekonium, kering keriput tipis
 - 3. Jaringan lemak dibawah kulit tipis
 - 4. Bayi tampak gesiy, kuat, dan aktif
 - 5. Tali pusat berwarna kuning kehijauan

Gambaran Klinis atau ciri- ciri Bayi BBLR Menurut Proverawati, (2018) :

- a. Berat kurang dari 2500 gram
- b. Panjang kurang dari 45 cm
- c. Lingkar dada kurang dari 30 cm
- d. Lingkar kepala kurang dari 33 cm
- e. Jaringan lemak subkutan tipis atau kurang
- f. Umur kehamilan kurang dari 37 minggu
- g. Kepala lebih besar
- h. Kulit tipis transparan, rambut lanugo banyak, lemak kurang
- i. Tulang rawan daun telinga belum sempurna pertumbuhannya
- j. Otot hipotonik lemah merupakan otot yang tidak ada gerakan
- k. Pernapasan tidak teratur dapat terjadi apnea
- i. Ekstermitas : paha abduksi, sendi lutut/ kaki fleksi-lurus

- j. Kepala tidak mampu tegak, fungsi syaraf yang belum atau tidak efektif dan tangisnya lemah.
- k. Pernapasan 40 – 50 kali/ menit dan nadi 100-140 kali/ menit

6. Penatalaksanaan

Penanganan dan perawatan pada bayi dengan berat badan lahir rendah menurut Proverawati (2020), dapat dilakukan tindakan sebagai berikut:

- a. Mempertahankan suhu tubuh
Bayi Bayi prematur akan cepat kehilangan panas badan dan menjadi hipotermia, karena pusat pengaturan panas badan belum berfungsi dengan baik, metabolismenya rendah, dan permukaan badan relatif luas. Oleh karena itu, bayi prematuritas harus dirawat di dalam inkubator sehingga panas badannya mendekati dalam rahim.
- b. Pengawasan Nutrisi atau ASI Alat pencernaan bayi premature masih belum sempurna, lambung kecil, enzim pencernaan belum matang. Bila faktor menghisapnya kurang maka ASI dapat diperas dan diminumkan dengan sendok perlahan-lahan atau dengan memasang sonde menuju lambung.
- c. Pencegahan Infeksi Bayi prematuritas mudah sekali terkena infeksi, karena daya tahan tubuh yang masih lemah, kemampuan leukosit masih kurang, dan pembentukan antibodi belum sempurna. Oleh karena itu, upaya preventif dapat dilakukan sejak pengawasan antenatal sehingga tidak terjadi persalinan prematuritas atau BBLR. Dengan demikian

perawatan dan pengawasan bayi prematuritas secara khusus dan terisolasi dengan baik.

- d. Penimbangan Ketat Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi atau nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat.

7. Komplikasi

Ada beberapa hal yang dapat terjadi apabila BBLR tidak ditangani secepatnya menurut Mitayani, (2019) yaitu :

- a. Hipotermi Terjadi karena hanya sedikit lemak tubuh dan sistem pengaturan suhu tubuh pada bayi baru lahir belum matang. adapun ciri-ciri mengalami hipotermi adalah suhu tubuh $< 35,5^{\circ}\text{C}$, mengantuk dan sukar dibangunkan, menangis sangat lemah, seluruh tubuh dingin, pernafasan tidak teratur.
- b. Hipoglikemia Gula darah berfungsi sebagai makanan otak dan membawa oksigen ke otak. Jika asupan glukosa ini kurang mempengaruhi kecerdasan otak
- c. Gangguan Imunologik Daya tahan tubuh terhadap infeksi berkurang karena rendahnya kadar Ig G, maupun gamma globulin. Bayi prematur relatif belum sanggup membentuk anti bodi dan daya fagositosis serta reaksi terhadap infeksi belum baik, karena sistem kekebalan bayi belum matang.
- d. Sindroma Gangguan Pernafasan Sindroma Gangguan Pernafasan pada BBLR adalah perkembangan imatur pada sistem pernafasan atau tidak adekuat jumlah surfaktan pada paru-paru Gangguan nafas yang sering terjadi pada BBLR (masa gestasi pendek) adalah penyakit membran hialin,

dimana angka kematian ini menurun dengan meningkatnya umur kehamilan.

- e. Masalah Eliminasi Kerja ginjal masih belum matang. Kemampuan mengatur pembuangan sisa metabolisme dan air belum sempurna. Ginjal yang imatur baik secara anatomis dan fungsinya.
- f. Gangguan Pencernaan Saluran pencernaan pada BBLR belum berfungsi sempurna sehingga penyerapan makanan dengan lemah atau kurang baik. Aktifitas otot pencernaan masih belum sempurna sehingga waktu pengosongan lambung bertambah.
- g. Ikterus (kadar bilirubin yang tinggi) Ikterus pada Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) merupakan adanya gangguan pada zat warna empedu yang dapat mengakibatkan bayi berwarna kuning.

8. Klasifikasi BBLR

Beberapa klasifikasi menurut *American Academy of Pediatrics* (AAP) dalam jurnal (Hasriyani, 2019) sebagai berikut:

- 1) Berdasarkan masa kehamilan/*Gestational age*
 - a. Preterm/bayi kurang bulan, yaitu masa kehamilan < 37 minggu (259 hari)
 - b. Late preterm, yaitu usia kehamilan 34-36 minggu (239-259 hari).
 - c. Early preterm, yaitu usia kehamilan 22-34 minggu.
 - d. Term/bayi cukup bulan, yaitu usia kehamilan 37-41 minggu (260-294)
 - e. Post term/bayi lebih bulan, yaitu usia kehamilan 42 minggu atau lebih ($\geq$ 295 hari).
- 2) Berdasarkan berat lahir/*Birthweight*

- a) Berat lahir amat sangat rendah/*Extremely low birthweight* (ELBW), yaitu bayi dengan berat lahir < 1000 gram.
- b) Berat lahir sangat rendah/*Very Low Birth Weight* (VLBW), yaitu bayi dengan berat lahir < 1500 gram.
- c) Berat lahir rendah/*Low Birth Weight* (LBW), yaitu bayi dengan berat lahir < 2500

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Suradi et al, 2019) Perawatan metode KMC dapat dimulai dan diberikan pada bayi dengan berat badan < 2500

3) Berdasarkan berat lahir dan masa kehamilan

- a. Sesuai masa kehamilan/*Appropriate for gestational age* (AGA) adalah berat lahir antara 10 persentil dan 90 persentil untuk usia kehamilan.
- b. Kecil masa kehamilan/*Small for gestational age* (SGA)/IUGR adalah berat lahir 2 standar deviasi dibawah berat badan rata-rata untuk masa atau dibawah 10 persentil untuk masa kehamilan.
- c. Besar masa kehamilan/*Large for Gestational Age* (LGA) LGA merupakan berat lahir 2 standar deviasi diatas rata-rata berat untuk masa kehamilan atau di atas 90 persentil untuk masa kehamilan. LGA dapat dilihat pada bayi yang ibunya mengalami diabetes, bayi dengan sindrom Beckwith-Wiedemandan sindrom lainnya, bayi lebih bulan (usia kehamilan > 42 minggu), dan bayi dengan hydrops fetalis. Bayi LGA juga berhubungan dengan peningkatan berat badan ibu saat hamil, multiparitas, jenis kelamin bayi laki-laki, penyakit jantung bawaan,

khususnya perubahan pada arteri besar, displasia sel, dan etnik tertentu (hispanik).

9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang Menurut Pantiawati,(2019) yang dapat dilakukan antara lain :

- a. Pemeriksaan skor ballard merupakan penilaian yang menggambarkan reflek dan maturitas fisik untuk menilai reflek pada bayi tersebut untuk mengetahui apakah bayi itu prematuritas atau maturitas
- b. Tes kocok (shake test), dianjurkan untuk bayi kurang bulan merupakan tes pada ibu yang melahirkan bayi dengan berat kurang yang lupa mens terakhirnya.
- c. Darah rutin, kalau perlu dan tersedia fasilitas diperiksa kadar elektrolit dan analisa gas darah.
- d. Foto dada merupakan foto rontgen untuk melihat bayi lahir tersebut diperlukan pada bayi lahir dengan umur kehamilan kurang bulan dimulai pada umur 8 jam atau dapat atau diperkirakan akan terjadi sindrom gawat nafas.

C. Konsep Asuhan Keperawatan BBLR

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian harus dilakukan secara komperhensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien. Metode utama yang dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara, obsevasi, dan pemeriksaan fisik serta diagnostic. Hal-hal yang dikaji pada kasus pneumonia pada anak yaitu:

a. Pengumpulan data

1. Identitas Klien

Data identitas meliputi: nama lengkap, usia, jenis kelamin, tanggal lahir, nama orang tua, agama, suku bangsa, kewarganegaraan, alamat tempat tinggal, tanggal masuk rumah sakit, nomor rekam medis, serta diagnosis medis yang sudah ditegakkan oleh dokter.

2. Fokus Pengkajian

Perawat perlu mengkaji gejala utama yang sering muncul pada BBLR, seperti: hipotermi, Anoreksia (tidak nafsu makan), Kelemahan fisik, tampak lemas atau kurang bergairah, Warna kulit pucat atau sianosis (kebiruan), Masalah dalam mengatur kadar gula darah (hipoglikemia).

3. Identitas Orangtua/Penanggung Jawab Meliputi nama, umur, jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat, hubungan dengan klien.

4. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Menangis lemah, reflek menghisap lemah, bayi kedinginan atau suhu tubuh rendah

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

By.Ny.Y UK < 37 minggu, BB < 2500 gram, panjang badan < 45 cm. Gambaran fisik : kepala lebih besar dari badan, kulit tipis transparan, rambut lanugo banyak, lemak subkutan tipis, daya hisap lemah, tangis yang melengking dengan jenis persalinan sectio caesarea (SC).

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Bayi beresiko mengalami BBLR, jika ibu mempunyai riwayat penyakit seperti hipertensi

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut penuturan ibu klien di dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan dan tidak ada yang mempunyai penyakit menular.

5. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Menurut puspasari (2019), menyatakan riwayat persalinan ada 3 jenis yaitu:

1). Prenatal care

Tempat pemeriksaan kehamilan tiap minggu, keluhan saat hamil, riwayat terkena radiasi, riwayat berat badan selama hamil, riwayat imunisasi TT, golongan darah ayah dan ibu.

2). Natal

Tempat melahirkan, jenis melahirkan, penolong persalinan, komplikasi yang di alami saat melahirkan dan setelah melahirkan.

3). Post Natal

Kondisi bayi, APGAR, berat badan lahir, panjang badan lahir, anomaly kongenital, penyakit yang pernah di alami, riwayat Mekanisme koping yang digunakan pasien dalam menghadapi penyakit Kemampuan pasien untuk memahami dan menerima tindakan medis yang diberikan

6. Riwayat imunisasi

Riwayat Imunisasi yaitu, (imunisasi yang pernah didapat, usia dan reaksi waktu imunisasi).

7. Riwayat Tumbuh Kembang

b. Pertumbuhan Fisik

perawat mengkaji berat badan, panjang badan, lingkar dada, lingkar perut, lingkar kepala, lingkar lengan atas.

c. Perkembangan

- Refleks Fisiologis Neonatus

Diperiksa melalui stimulus sentuhan atau gerakan:

Refleks Moro (kejut).

Refleks Menghisap.

Rooting (mencari puting).

Grasping (menggenggam).

Babinski, Tonic Neck, dan Stepping.

- Sensorik

mengkaji sensor klien seperti penglihatan, pendengaran,
dan perabaan

- Perkembangan sosial-emosional

mengkaji sosial dan emosional klien

8. Pola Aktivitas Sehari hari

a. Riwayat nutrisi

Masalah pemberian ASI pada BBLR terjadi karena ukuran tubuh bayi dengan BBLR kecil, kurang energi, lemah, lambungnya kecil dan tidak dapat menghisap. Bayi dengan BBLR sering mendapatkan pemberian ASI dalam jumlah yang lebih sedikit tetapi sering. Bayi BBLR dengan kehamilan lebih dari 35 minggu dan berat lahir lebih dari 2000 gram umumnya bisa langsung menetek (Proverawati dkk, 2019).

b. Perlu dikaji kebiasaan BAK/BAB, frekuensi, warna, bau khas dan keluhan Pada klien diare biasanya terdapat peningkatan frekuensi BAB, warna tinja kehijauan.

c. Aktivitas dan Tidur

Perlu dikaji aktivitas di rumah dan di puskesmas, kesulitan beraktivitas dan kebiasaan tidur sehari-hari dan lamanya tidur. Pada klien dengan penyakit diare dapat mengalami gangguan aktivitas yang disebabkan oleh lemas karena kurang nya cairan dalam tubuh. Personal Hygiene Kaji kebiasaan mandi, mencuci rambut, gosok gigi, dan menggunting kuku

9. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Penampilan pada umumnya pasien terlihat lemah, kaji tanda tanda vital meliputi suhu, SpO₂, nadi dan respirasi

2) Kepala

Pada kepala kaji bentuknya, lihat apakah terlihat kepala lebih besar, ada atau tidaknya jejas/luka, ada atau tidaknya benjolan dan lesi, kaji warna dan ketebalan rambut

3) Mata

Amati adanya edema, tanda infeksi, amati warna sclera apakah ada ikterik, refleks pupil, simetris atau tidaknya.

4) Hidung

Periksan adanya atresia, gerakan cuping hidung, mukosa (meradang/pucat) dan sekresi (purulent, berdarah, cair).

5) Telinga

Kaji apakah posisi kedua telinga simetris atau tidak, fungsi pendengaran baik atau tidak, kebersihan telinga baik atau tidak, apakah ada nyeri tekan atau tidak

6) Leher

Kaji pada leher apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan peningkatan JVP atau tidak.

7) Sistem Pernapasan (Pulmonal):

Inspeksi: sesak napas, sianosis di sekitar mulut, batuk produktif atau tidak, nyeri dada.

Palpasi: fremitus raba meningkat di area paru yang terinfeksi.

Perkusi: terdengar suara redup pada paru yang sakit.

Auskultasi: terdengar ronki halus atau kasar, kadang takikardia

8) Sistem Kardiovaskuler:

Subjektif: sakit kepala.

Objektif: nadi meningkat, vasokonstriksi pembuluh darah, kualitas darah menurun.

9) Sistem Saraf (Neurosensori):

Subjektif: gelisah, kejang, penurunan kesadaran.

Objektif: refleks menurun/normal, GCS menurun, dan letargi.

10) Sistem Pencernaan: Subjektif: mual, kadang muntah. Objektif:
feses bisa normal atau diare.

11) Ekstremitas:

Inspeksi: apakah ada kelainan bentuk, tampak lemah, cepat lelah,
tonus otot menurun.

Palpasi: periksa adanya edema atau nyeri otot

10. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium:

- 1) Hemoglobin (Hb): bisa menurun atau normal
- 2) Analisis Gas Darah (AGD): Terjadi asidosis respiratorik
- 3) Penurunan kadar oksigen (hipoksemia)
- 4) Peningkatan atau normalnya kadar karbondioksida (hiperkapnia)
- 5) Hitung darah lengkap menunjukkan leukositosis, dapat mencapai 15.000- 40.000/mm³ dengan pergeseran ke kiri (Yasmara & Nursiswati, 2016). Dapat ditemukan juga leukopenia yang menandakan prognosis buruk dan dapat ditemukan anemia ringan atau sedang (Riyadi & Sukarmin, 2009).
- 6) Kultur darah positif terhadap organisme penyebab.
- 7) Nilai analisis gas darah arteri menunjukkan hipoksemia (normal: 75-100 mmHg).

8) Kultur jamur atau basil tahan asam menunjukkan agens penyebab

9) Pemeriksaan kadar tanigen larut legionella pada urine.

10) mengungkap organisme penyebab infeksi.

b. Foto toraks

Tampak bayangan opasitas menyebar di kedua lapang paru yang menunjukkan proses inflamasi pada jaringan paru. Lesi tidak terfokus pada satu lobus, melainkan menyeluruh. Gambaran ini mendukung 26 diagnosis pneumonia pada neonatus. (Ngastiyah, 2005).

c. pemeriksaan radiologis memberikan gambaran bervariasi

1).Bercak konsolidasi merata pada bronkopneumonia

2).Bercak konsolidasi satu lobus pada pneumonia lobaris

3).Gambaran bronkopneumonia difusi atau infiltrat pada pneumonia stafiloc

d. Analisa Data

Setelah data terkumpul maka tugas perawat adalah mengidentifikasi masalah-masalah keperawatan Pasien diantaranya dengan menganalisa data yaitu dengan mengelompokkan data-data Pasien atau keadaan tertentu dimana Pasien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya (Nursalam, 2018).

Tabel 2.1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Pada umumnya muncul Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : (tidak tersedia) Objektif 1. Kulit teraba dingin 2. Menggigil 3. Suhu tubuh di bawah nilai normal Gejala dan Tanda Minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Akrosianosis 2. Bradikardi 3. Dasar kuku sianotik 4. Hipoglikemia 5. Hipoksia 6. Pengisian kapiler >3 detik 7. Konsumsi oksigen meningkat 8. Ventilasi menurun 9. Piloereksi 10. Takikardia 11. Vasokonstriksi perifer 12. Kulit memarata (pada neonates)	BBLR ↓ Pusat penguapan yang sempurna oleh karena luas badan yang sempurna ↓ Kehilangan panas ↓ Hipotermi	Hipotermi (D0071)
2.	Pada umumnya muncul Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : 1. Dispnea Objektif : 1. Penggunaan otot bantu pernapasan. 2. Fase ekspirasi memanjang. 3. Pola napas abnormal (mis.takipnea, bradipnea,hiperventilasi kussmaul cheyne-	BBLR ↓ Pengaturan pernafasan belum sempurna ↓ Suefaktan paru-paru masih kurang ↓ Ventilasi paru menurun ↓ Sesak	Pola nafas tidak efektif(D.0005)

	stokes). Gejala dan Tanda Minor: Subjektif : 1. Ortopnea Objektif : 1. Pernapasan pursed-lip. 2. Pernapasan cuping hidung. 3. Diameter thoraks anterior—posterior meningkat 4. Ventilasi semenit menurun 5. Kapasitas vital menurun 6. Tekanan ekspirasi menurun 7. Tekanan inspirasi menurun 8. Ekskursi dada berubah	↓ Pola Napas Tidak Efektif	
3.	Pada umumnya muncul Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : (tidak tersedia) Objektif : 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal Gejala dan tanda minor : Subjektif : 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun Objektif : 1. Bising usus hiperaktif 2. Bising usus hiperaktif 3. Otot pengunyah lemah 4. Otot menelan lemah 5. Membran mukosa pucat	BBLR ↓ Mual Muntah ↓ Anoreksia ↓ Defisit Nutrisi	Defisit nutrisi (D.0110)

	6. Sariawan 7. Serum albumin turun 8. Rambut rontok berlebihan 9. Diare		
4.	Kondisi Klinis Terkait 1. AIDS 2. Luka bakar 3. Penyakit paru obstruktif 4. Diabetes melitus 5. Tindakan invasi 6. Kondisi penggunaan terapi steroid 7. Penyalahgunaan obat 8. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW). 9. Kanker 10. Gagal ginjal 11. Imunosupresi 12. Lymphedema. 13. Leukositopenia 14. Gangguan fungsi hati	BBLR ↓ Penurunan Imun ↓ Resiko Infeksi	Resiko infeksi (D.0112)
5.	Kondisi Klinis Terkait 1. Cedera Kepala. 2. Stroke 3. Cedera medula spinalis 4. Guillain barre syndrome 5. Penyakit Parkinson 6. Keracunan obat dan alkohol 7. Pembesaran uterus. 8. Miastenia gravis. 9. Fistula trakeoesofagus 10. Striktura esofagus. 11. Sklerosis multiple. 12. Labiopalatoskizis 13. Atresia esofagus 14. Laringomalasia 15. Prematuritas	BBLR ↓ Pencernaan belum sempurna ↓ Penyerapan makan lemah ↓ Aktivitas otot pencernaan menurun ↓ Merangsang Produksi HCL meningkat ↓ Regurgitasi isi lambung ↓ Resiko Aspirasi	Resiko aspirasi (D.0114)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI,2017).

- a. Hipotermi berhubungan dengan paparan lingkungan dingin,ditandai dengan suhu tubuh $<36,5^{\circ}\text{C}$ (aksila),kulit terasa dingin saat diraba,akral (tangan dan kaki) terasa dingin,bayi tampak lemas atau tidak aktif,menangis lemah,nafsu menyusu menurun,perubahan warna kulit (pucat, kemerahan atau sianosis),pernapasan cepat atau tidak teratur,refleks menghisap menurun.
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas organ pernafasan,ditandai dengan pernapasan cepat ($>60\text{x/menit}$), penggunaan otot bantu napas,grunting (napas mengerang),sianosis (kebiruan pada bibir atau ekstremitas),apnea (henti napas sementara),saturasi oksigen $< 90\%$,bayi tampak lemas.
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, dibuktikan dengan berat badan tidak bertambah / penurunan berat badan,nafsu menyusu rendah,refleks menghisap dan menelan lemah atau tidak ada,bayi tampak lemas atau tidak aktif,menangis lemah asupan asi atau susu formula tidak adekuat,dehidrasi ringan (turgor kulit menurun, membran mukosa kering),lambung mudah penuh saat diberi susu melalui NGT,tidak mampu menyusui langsung dari ibu.

- d. Resiko infeksi berhubungan dengan sistem imun dibuktikan dengan suhu tubuh tidak stabil, perubahan warna kulit, tangisan lemah, kesulitan bernafas dan iritabilitas.
- e. Resiko aspirasi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan koordinasi refleks menelan batuk yang belum matang, dibuktikan dengan prematuritas, refleks hisap dan menelan yang lemah, koordinasi pernapasan dan menelan yang belum sempurna, pemberian makan melalui selang/NGT, adanya regurgitasi atau muntah saat menyusui`.

3. Intervensi keperawatan

terdiri atas luaran (outcome) dan intervensi. Luaran keperawatan merupakan aspek – aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Komponen luaran terdiri terdiri atas tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi dan kriteria hasil. Label merupakan nama sari luaran keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk mencari informasi terkait luaran keperawatan. Ekspektasi adalah penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai(Nuralif, Amin Huda dan Kusuma, Hardi, 2015).

Kriteria hasil merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan. Klasifikasi luaran keperawatan hipovolemia termasuk dalam kategori fisiologis dengan subkategori sirkulasi dengan luaran utama status cairan (PPNI, 2019). Sedangkan intervensi

keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (PPNI, 2018).

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi
1.	Hipotermi (D.0131)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termogulasi membaik dengan Kriteria hasil : 1. Suhu tubuh meningkat 2. Suhu kulit meningkat 3. Frekuensi nadi meningkat 4. Kadar glukosa darah 5. Pengisian kapiler meningkat	Observasi 1. Monitor suhu tubuh 2. Identifikasi penyebab hipotermia (mis. Terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) 3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan, inkubator) 5. Ganti pakaian dan atau linen yang basah 6. Lakukan penghangatan pasif (mis : selimut, mnutup kepala, pakaian tebal) 7. Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis:kompres hangat,botol hangat, selimut hangat,perawatan metode kangguru) 8. Lakukan penghangatan aktif internal (Mis : infus cairan hangat, oksigen hangat,) Edukasi 9. Anjurkan makan minum hangat 10. Anjurkan makan minum hangat
2.	Pola Nafas Tidak Efektif (D.0005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat membaik Kriteria hasil : 1. Ventilasi semenit meningkat 2. Kapasitas vital	Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor

		meningkat 3. Kapasitas thoraks anterior-posteilor meningkat 4. Tekanan ekspirasi meningkat 5. Tekanan inspirasi meningkat 6. Dispnea menurun 7. Penggunaan alat bantu napas menurun	sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) 5. Posisikan semi-fowler atau fowler 6. Berikan minum hangat 7. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 8. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 9. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 10. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 11. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 12. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
3.	Defisit nutrisi (D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keprawatan nutrisi dapat terpenuhi dengan kreteria hasil : 1. Berat badan meningkat 2. Panjang badan meningkat 3. Kulit kuning menurun sklera kuning menurun 4. Membrane mukosa kuning menurun 5. Prematuritas menurun	Observasi : 1. Identifikasi statau nutrisi 2. dentifikasi makanan yang disukai 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis cairan 4. Monitor asupan makan makanan 5. Monitor berat badan Terapeutik : 6. Lakukan oral hygiene seblum makan , jika perlu 7. Fasilitasi menentukan pedoman diet, (mis. piramida makanan)

			8. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 9. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 10. Berikan suplemen makanan ,jika perlu Edukasi : 11. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 12. Ajarkan diet yang di programkan Kolaborasi : 13. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetic), jika perlu
4.	Resiko infeksi (D 0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan derajat infeksi menurun dengan Kriteria hasil : kriteria hasil : 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan tangan Nafsu makan meningkat 3. Demam menurun 4. Kemerahan membaik 5. Nyeri menurun	Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.
5.	Resiko aspirasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan	Obsevasi 1. Monitor tingkat kesadaran

		tingkat aspirasi menurun dengan Kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kemampuan menelan meningkat 3. Kebersihkan mulut meningkat 4. Dispnea menurun 5. Kelemahan otot menurun	batuk muntah dan kemampuan menelan 2. Monitor status pernapasan 3. Monitor bunyi napas, terutama setelah makan atau minum 4. Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral 5. Periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum pemberian asupan oral Tarapeutik 6. Posisikan semi Fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberikan asupan oral 7. Pertahankan posisi semi Fowler (30-40 derajat) pada pasien tidak sadar 8. Pertahankan kepatenan jalan napas (mis. teknik head tilt chin lift, jaw thrust, in line) 9. Pertahankan pengembangan balon endotracheal tube (ETT) 10. Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi sekret meningkat
--	--	---	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan krusial dalam proses keperawatan yang berfungsi sebagai jembatan antara perencanaan dan evaluasi tindakan keperawatan. Pada tahap ini, perawat secara aktif melaksanakan berbagai intervensi yang telah dirancang dengan cermat berdasarkan analisis kebutuhan dan masalah kesehatan klien. Implementasi bukan sekadar menjalankan perintah atau rencana, melainkan merupakan upaya terstruktur dan sistematis yang bertujuan untuk membantu klien dalam menghadapi dan mengatasi masalah kesehatan yang sedang dialami. Melalui pelaksanaan tindakan yang tepat dan spesifik, perawat berperan dalam memodifikasi faktor-faktor yang menjadi penyebab atau pemicu masalah kesehatan tersebut, sehingga dapat meningkatkan kondisi kesehatan klien secara menyeluruh. (Siregar, R. S. 2020).

Tahap evaluasi berperan penting dalam menentukan apakah target perawatan sudah terpenuhi. Bila tujuan belum tercapai, perawat harus mencari penyebabnya, yang mungkin karena tujuan yang kurang realistis, tindakan yang tidak sesuai, atau adanya faktor lingkungan yang sulit dikendalikan. Evaluasi juga membantu menghentikan tindakan yang tidak efektif, meningkatkan ketepatan pelaksanaan tindakan, menjadi bukti keberhasilan perawatan, serta menjadi dasar untuk pengembangan praktik keperawatan di masa mendatang. (sitanggang, R. 2022)

5. Evaluasi Keperawatan

Sebagai perawat yang profesional, kemampuan berpikir kritis perlu diterapkan pada setiap tahap, khususnya saat melakukan evaluasi. Evaluasi merupakan proses yang terstruktur dan terus berlangsung untuk menilai secara objektif apakah tujuan perawatan yang telah direncanakan sebelumnya sudah berhasil dicapai. Proses ini melibatkan keterlibatan aktif klien serta tenaga kesehatan lain agar tindakan keperawatan yang diberikan tepat dan sesuai dengan kebutuhan pasien. (Sitanggang, R. 2022)

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan kasus

1. Pengkajian

a. Biodata

1) Identitas Klien

a) Identitas Pasien

Nama	: By.Ny.Y
Tanggal Lahir	: 19 April 2025
Usia	: 3 hari
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Alamat	: Kp.Urug Rt 06, Rw 01,Ds.Cikedokan Bayongbong
Tanggal MRS	: 19 April 2025
Tanggal Pengkajian	: 22 April 2025
No RM	01445758
Jenis Persalinan	: SC
Diagnosis Medis Saat Ini	: BBLR

b) Identitas Penanggung jawab

Ayah	
Nama	: Tn.U
Umur	: 35 tahun

Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : Wiraswasta
 Alamat : Kp.Urug Rt 06, Rw
 01,Ds.Cikedokan
 Bayongbong
 Ibu
 Nama : Ny. Y
 Usia : 32 tahun
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : Iu rumah tangga
 Alamat : Kp.Urug Rt 06, Rw
 01,Ds.Cikedokan
 Bayongbong

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

reflek hisap lemah

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 22 April 2025 gestasi 37-38 minggu dengan jenis persalinan Sectio Caesarian (SC),terpasang infus D5/4ms 8 cc/jam,terpasang aminosteril 6% 4 cc/ jam, terpasang OGT 5-10 cc,lahir dengan BB 1980 gram, tangis (+), APGAR score 5-7, keadaan umum lemah.

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Bayi lahir Pada tanggal 19 April 2025 di RSUD Garut dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) BB = 1980 gram.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut ayah klien didalam keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan dan tidak ada yang mempunyai penyakit menular seperti TBC dan lainnya.

3) Riwayat Kehamilan dan Persalinan

a) Prenatal

Ayah klien mengatakan, klien adalah anak ke 3 dari 2 bersaudara, ayah klien mengatakan istrinya selalu memeriksa kehamilannya secara rutin ke posyandu atau puskesmas terdekat setiap bulannya. Selama kehamilan istrinya tidak ada keluhan apa-apa.

b) Intranatal

Ayah klien mengatakan istrinya mengalami pecah ketuban di usia kehamilan 37-38 minggu kondisi ketuban keruh dan bayi sungsang, Klien lahir secara SC.

c) Postnatal

Bayi dengan berat badan lahir rendah 1980 gram,dengan nilai APGAR 5-7.

Tabel 3.1 APGAR score

0	1	2	APGAR Score	Menit Pertama	Menit Kelima
	Merintih	Nangis kuat	Usaha nafas	1	1
	< 100	>100	Denyut	1	2
Biru	Extr	Tubuh merah	Warna kulit	1	2
	Gerak sedikit	Gerak aktif	Reflex	1	1
Lemah	Flezi extr		Tonus otot	1	1
			Jumlah	5	7

4) Riwayat Imunisasi

By. Ny.Y diberi Vit.K

5) Riwayat Tumbuh Kembang**1) Pertumbuhan Fisik**

Berat Badan : 1980 gram

Panjang Badan : 40 cm

Lingkar dada : 23 cm

Lingkar kepala : 29 cm

Lingkar lengan atas : 7 cm

(1) Refleks bawaan**- Reflex moro**

Ketika ada suara agak keras di sekitar ruangan atau tempat incubator klien merespon dengan menangis

- Reflex sucking menghisap

Ketika di test diberikan ASI dengan spuit maka klien tidak dapat menelan dengan sempurna ASI yang diberikan dan selalu ada ASI yang keluar dari mulutnya.

- Reflex grasping/ menggenggam

Ketika meletakkan jari telunjuk ke tangan klien, klien dapat menggenggam jari namun lemah

- Reflex tonicneck/menoleh

Ketika dibuatkan gerakan dan suara di sekitar klien kurang merespon

- Reflex Babinski/ sentuhan

telapak kaki Jika disentuh kakinya, klien akan menggerakkan kakinya ke atas

- Reflex menelan

Kurang jika diberi susu dengan menggunakan spuit, maka ASI akan keluar sebagian dari mulutnya

(2) Sensorik

- Penglihatan masih kabur, tapi bisa fokus pada wajah sejauh 20-30 cm.
- Bayi belum bisa mengenali suara ibunya karena saat ini sang ibu masih menjalani perawatan di ruangan lain, sehingga belum dapat dilakukan kontak langsung secara optimal antara ibu dan bayi.
- Sensitif terhadap sentuhan, suhu, dan cahaya terang.

(3) Perkembangan sosial-emosional :

- Menangis sebagai cara komunikasi utama
- Mulai membentuk ikatan emosional (bonding) dengan orang tua lewat sentuhan dan suara.

(4) Perkembangan kognitif :

Belum belajar aktif, tapi mulai menyerap rangsangan dari lingkungan, seperti cahaya dan suara.

6) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum : Bayi tampak lemah

b) Penampilan : Bersih

c) Kesadaran : Compos Mentis

d) GCS : E:4 M:5 V:6

e) Tanda-tanda vital

S : 34,9 °C

N : 142 x / menit

Spo² : 96%

R : 45 x / menit

f) Kepala

Inpeksi : Wajah tampak simetris, rambut bayi tampak tebal, kulit kepala bersih, tidak ada lesi.

Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan, dan tidak ada nyeri tekan

g) Mata

Inspeksi : Mata tampak simetris antara kanan dan kiri, bentuk sipit, tidak juling. Alis tampak, tidak ada edema. Refleks cahaya (+) kanan dan kiri.

Palpasi : Refleks glabeller (+), bayi merespons saat pengetukan berulang pada area antara kedua alis.

h) Telinga

Inspeksi : Posisi kedua telinga simetris antara kiri dan kanan, pendengaran baik terbukti ketika dipanggil klien menoleh.

Palpasi : kebersihan telinga baik tidak ada serummen di dalam telinga.

i) Hidung

Inspeksi : Bentuk hidung simetris, tampak bersih

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan.

j) Mulut dan Faring

Inspeksi : Mulut tampak simetris, mukosa ibir lembab, terpasang OGT

Palpasi / Refleks : Refleks hisap lemah, refleks rooting (+), bayi merespon saat pipinya disentuh.

k) Leher

Inspeksi : Kepala dapat berputar bebas, tidak terdapat pembesaran tiroid atau pembengkakan.

Palpasi : Tidak ada bendungan vena jugularis. Refleks tonic neck positif: terdapat perubahan posisi saat distimulasi.

l) Thoraks

LD : 23 cm, HR : 142 x mnt

Inspeksi : bentuk dada simetris, klavikula normal, tidak terdapat retraksi dada, SpO2 96%

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : bunyi napas bersih

m) Jantung

Auskultasi : Bunyi jantung normal, frekuensi 142x/menit, irama teratur, tidak ada murmur, tidak ada nyeri tekan.

n) Paru-paru

Auskultasi : Pengembangan dinding paru simetris.

o) Abdomen

Inspeksi : Abdomen tampak bersih, tidak distensi, tali pusat basah. Palpasi : Tidak ada pembesaran organ, tidak teraba massa, tidak ada edema, dan tidak ada nyeri tekan.

p) Punggung

Inspeksi : Punggung simetris, terdapat rambut lanugo, tidak terdapat pembengkakan.

Palpasi/Refleks : Refleks perez (+), bayi merespon saat punggung disentuh.

q) Anus

Inspeksi : Tampak normal, tidak ada tanda atresia. Warna feses kehijauan kehitaman (mekonium)

r) Genetalia

Inspeksi : Genetalia eksternal tampak normal. Penis dan skrotum simetris. Uretra terletak di ujung penis.

Palpasi : Testis kanan dan kiri teraba di skrotum, lunak, tidak ada nyeri. Tidak ada tanda hernia, tidak tampak kelainan.

s) Ekstremitas

Atas : Tangan dan kaki simetris, kuku tampak bersih. Pergerakan tangan kanan terbatas dikarenakan terpasang infus D5 1/4. Tangan kiri dapat bergerak dengan bebas. Jumlah jari lengkap, warna kulit sawo matang, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, kekuatan otot 4 | 5.

Bawah : Kaki kiri dan kanan simetris, kuku tampak bersih, pergerakan kaki cukup baik, kekuatan otot 5 | 5

7) Aspek Psikologis

a Saat emosi : Ayah klien mengetahui apa yang terjadi pada bayinya.

Namun, sangat khawatir akan kondisi bayinya yang belum membaik.

b Konsep diri : - Body Image : Ibu klien bersyukur memiliki anak yang normal. Meskipun kini anaknya sedang sakit, Ayah klien tidak menyerah akan kondisi anaknya.

Peran : Ketika di rumah, klien berperan sebagai anak dan menjadi pasien saat di RS.

8) Aspek Sosial dan Spiritual

Ayah klien dapat berkomunikasi dengan baik saat dilakukan pengkajian, Menunjukkan keterbukaan dan kerjasama dalam perawatan bayinya
Aspek Hospitalisasi

9) Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.2 Aktivitas sehari-hari

No	ADL	Di Rumah Sakit
1.	Nutrisi Makan Jenis Frekuensi Cara makan Kesulitan minum Masalah	Asi dan Formula - OGT - -
2.	Eliminasi a BAB Frekuensi Warna Bau Konsistensi Pengeluaran Sendiri atau bantu b BAK Frekuensi Warna Ada tidak Darah/hematuria Penggunaan kateter	Tidak Menentu Hitam Khas feses Lengket Di bantu Tidak ada darah Hijau kehitaman Tidak ada Tidak terpasang selang kateter
3	Istirahat dan tidur Waktu tidur Kualitas Lama tidur	Tidak menentu Tidak menentu Nyenyak
	Keluhan	-
4	Personal hygiene Mandi Frekuensi Cara melakukan	2x/Hari - Di bantu

10) Pemeriksaan diagnostik

a Hasil Pemeriksaan laboratorium

Nama : By. Ny. Y

Alamat : Kp.urug desa cikedokan

Umur : 3 hari

Jenis Kelamin : Laki laki

No RM 01445758

Tabel 3.3 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
Hematologi			Normal
Hemoglobin	17,1 g/dL	10 – 18	Normal
Hematokrit	50 %	31 – 55	Normal
Jumlah Leukosit	17.600 /mm ³	5.000 –	Normal
Jumlah Trombosit	171.000 /mm ³	19.500	Rendah
Jumlah Eritrosit	4.30 juta/mm ³	150.000 –	Normal
MCV	117 fi	440.000	Normal
MCH	40 pg/cell	4,76 p – 6,96	Tinggi
Hitung Jenis Basofil		85 – 123	
Basofil	0%	28 – 40	Normal
Eosinofil	1%		Normal
Batang	0%	0 – 1	Rendah
Neutrofil	48%	1 – 6	Rendah
Limfosit	29%	3 – 5	Tinggi
Monosit	3	50 – 7	Normal
KIMIA KLINIK		30 – 45	
Glukosa darah sewaktu	103 mg/dl	2 – 10	Normal
		< 140	

11) Program Therapy

Tabel 3.4 Terapi Obat

NO	Nama obat	Dosis	Cara	Golongan Obat
1.	Cefotaxime	2 x 150 mg	IV	Antibiotik
2.	AMikasin	1 x 2 mg	IV	Antibiotik
3.	Aminosteril 6%	10 tpm	IV	Nutrisi parental
4.	Infus D5¼	1 x 2 mg	IV	Pengganti cairan tubuh

b. Analisa Data

Tabel 3.5 Analisa Data

NO	Data	Etiologi	Problem
1.	Ds : Do : 1. Keadaan umum lemah 2. Akral teraba dingin 3. N : 142x/menit 4. RR :45 x/mnt 5. S : 34,9°C 6. Spo : 96%	BBLR ↓ Pusat pengetahuan suhu badan belum sempurna ↓ Terjadi penguapan yang sempurna oleh karena luar badan yang sempurna ↓ Kehilangan panas ↓ Hipotermi	Hipotermi (D.0131)
2.	Ds : Do : 1. Refleks menghisap lemah 2. BB lahir 1980 gram 3. BB sekarang 1760 gram 4. PB 40 cm 5. Terpasang OGT	BBLR ↓ Reflek hisap lemah ↓ Intake nutrisi berkurang ↓ Defisit nutrisi	Defisit Nutrisi (D.0019)
3.	Ds : Do : 1. Kulit kemerahan 2. Bayi lahir dengan berat badan kurang dari normal 3. BB lahir 1980 gram 4. BB sekarang 1760 gram	BBLR ↓ Bayi belum mendapat pembentukam imun ↓ Imunologi rendah ↓ Resiko Infeksi	Resiko Infeksi (D.0142)
		Resiko Infeksi	

6. Diagnosa Keperawatan

a) (D.0131) Hipotermia berhubungan dengan berat badan ekstrem

dibuktikan dengan :

DS :

DO :

- Keadaan umum lemah
- Akral teraba dingin
- N : 142x/menit
- RR :45 x/mnt
- S : 34,9°C
- Spo : 96%

b) (D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan

makanan di buktikan dengan :

DS :

DS :

- Refleks menghisap lemah
- BB lahir = 1980 gram
- BB sekarang =1760 gram
- PB = 40 cm
- Terpasang OGT

c) (D.0142) Resiko infeksi dibuktikan dengan :

DS :

DO :

- Kulit kemerahan
- Bayi lahir dengan berat badan kurang dari normal
- BB lahir = 1980 gram
- BB sekarang = 1760 gram

7. Intervensi keperawatan

Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1.	D.0131 Hipotermia berhubungan dengan paparan lingkungan ditandai dengan suhu tubuh 34,9°C dan kulit teraba dingin dibuktikan dengan: DS : - DO : 1. Kulit bayi teraba dingin 2. Suhu 34,9°C	Termoregulasi neonatus (L.14135) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3 x 7 jam, diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: a. Suhu tubuh meningkat b. Suhu kulit meningkat c. Frekuensi nadi meningkat	(Manajemen hipotermia I.03115) Observasi a. Monitor suhu tubuh b. Identifikasi penyebab hipotermia (mis. Terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) c. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia d. Sediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan, inkubator)	Observasi a. Memantau b. kondisi termoregulasi c. Mengetahui penyebab terjadinya suhu tubuh menurun d. Mengetahui tanda dan gejala hipotermia

			Terapeutik e. Ganti pakaian dan atau linen yang basah f. Lakukan penghangatan pasif (mis. Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)	Terapeutik e. mencegah hipotermia f. menjaga suhu tubuh tetap stabil
2.	D.0019 Defisit Nutrisi Berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan dengan : DS : - DO : 1. Berat badan bayi lahir 1980 gram, saat ini 1760 gram 2. Nafsu makan menurun 3. Otot mengunyah lemah 4. Otot menelan lemah 5. Membran mukosa pucat 6. Terpasang OGT	Status nutrisi bayi (L.03031) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3 x 7 jam, diharapkan nutrisi dapat terpenuhi dengan kriteria hasil a. Berat badan meningkat b. Panjang badan meningkat c. Prematuritas menurun d. Tebal lipatan membaik e. Proses tumbuh kembang membaik f. Lapisan lemak membaik	Manajemen nutrisi (I.03119) Observasi a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient c. Monitor asupan makanan d. Monitor berat badan Terapeutik e. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi f. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi	Manajemen nutrisi Observasi a. mengetahui status nutrisi pasien b. mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan pasien c. mengetahui pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien d. mengetahui kalori yang dibutuhkan Terapeutik e. membuat pengeluaran f. memenuhi kebutuhan kalori dan protein pasien Kolaborasi Agar nutrisi pasien terpenuhi

3.	D.0142 Resiko infeksi berhubungan dengan menurun nya sistem imun ditandai dengan : DS : - DO : 1. Terdapat tindakan invasif atau kulit tampak kemerahan 2.Lingkungan pasien beresiko tercemar	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x7 am, diharapkan derajat infeksi menurun dengan kriteria hasil : a. Kebersihan tangan meningkat Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam, diharapkan derajat infeksi menurun dengan kriteria hasil : a. Kemerahan menurun b. Jaringan parut membaik Suhu kulit membaik	Pencegahan infeksi (I.14539) Tindakan Observasi a. Monitor tanda dan gejala infeksi <i>local</i> dan <i>sistemik</i> Terapeutik b. Batasi jumlah pengunjung c. Berikan perawatan kulit pada area edema d. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Kolaborasi Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	Observasi a. mengetahui tanda dan gejala infeksi Terapeutik b. Agar mengurangi terjadinya infeksi c. Agar kulit tetap terjaga dari infeksi d. mengurangi terjadinya infeksi Kolaborasi Supaya bayi terjaga dari semua bakteri
----	---	--	--	---

8. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tanggal dan Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	D.0131 Hipotermia berhubungan dengan paparan lingkungan ditandai dengan suhu tubuh 34,9°C dan kulit teraba dingin dibuktikan dengan: DS : - DO : 1. Kulit bayi teraba dingin 2. Suhu 34,9°C	24 April 2025 08.00 WIB	1. Memonitor suhu tubuh Hasil: 34,9 °C 2. Mengidentifikasi penyebab hipotermia (mis. Terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, penurunan lemak subkutan) Hasil: terdapat penurunan lemak subkutan dikarenakan (BBLR) 3. Memonitor tanda dan gejala akibat hipotermia Hasil: keadaan umum By. Ny. Y lemah dan akral teraba dingin 4. Menyediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan, inkubator) Hasil: By. Ny. Y disediakan foto terapi untuk menghangatkan suhu tubuh 5. Melakukan penghangatan aktif eksternal (mis. Kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, perawatan metode kangguru) Hasil: By. Ny. Y dilakukan	Pukul: 14.00 S: O: 1. By. Ny. Y keadaan umum lemah 2. Akral teraba dingin 3. N: 142 x/menit 4. Rr: 45 x/menit 5. S: 34,9 °C A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi	Sifa

			metode kangguru oleh orang tua dan di bantu oleh perawat 6. Mengganti pakaian, linen atau popok yang basah Hasil: klien tidak menangis karena popoknya sudah diganti		
2.	D.0019 Defisit nutrisi Berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan dengan : DS :- DO : 1. Berat badan bayi lahir 1980 gram, saat ini 1760 gram 2. Nafsu makan menurun 3. Otot mengunyah lemah 4. Terpasang OGT	09.45 WIB	1. Mengidentifikasi status nutrisi Hasil: By. Ny. Y diberikan ASI 2. Memonitor asupan makanan Hasil: asi 10 cc (sonde) setiap 2 jam sekali 3. Memonitor berat badan Hasil: TB: 40 cm BB: 1980 gram 4. Anjurkan mempertahankan OGT Hasil: By. Ny. Y masih menggunakan OGT 5. Menggunakan Teknik bersih dalam pemberian makanan via selang Hasil: selalu mencuci tangan terlebih dahulu setiap pemberian nutrisi	Pukul: 14.00 S: O: 1. By. Ny. F keadaan umum lemah 2. Terpasang OGT 3. BB: 1980 cm 4. Tb: 40 cm A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi	Sifa
3.	D.0142 Resiko infeksi berhubungan dengan	12.15 WIB	1. Memonitor TTV Hasil: N: 142 x/menit Rr: 45 x/menit	S : O : 1. By. Ny. Y keadaan	Sifa

	menurunnya sistem imun DS : - DO : 1.Terdapat tindakan invasif atau kulit kemerahan 2.Lingkungan pasien beresiko tercemar		S: 34,9 °C 2. Memonitor tanda dan gejala infeksi Hasil: kulit By. Ny. Y memerah 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan klien Hasil: keadaan tangan perawat selalu bersih	umum lemah 2. Kulit masih kemerahan 3. N: 142 x/menit 4. Rr: 45 x/menit 5. S: 34,9 °C A: Masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi	
--	---	--	---	---	--

9. Catatan Perkembangan

Tabel 3.8 Catatan perkembangan Hari ke -1

No	Tanggal dan jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi dan catatan perkembangan	Paraf
1.	26 April 2025 07.30 WIB	Hipotermia	S: O: 1. By. Ny. Y keadaan umum lemah 2. Akral terasa hangat 3. N: 140 x/menit 4. Rr: 46 x/menit 5. S: 35,6°C A: hipotermia P: 1. Monitor suhu tubuh 2. Identifikasi penyebab hipotermia	Sifa

			3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia 4. Sediakan lingkungan yang hangat 5. Lakukan penghangat pasif 6. Lakukan penghangatan aktif eksternal 7. Ganti pakaian, linen atau popok yang basah I: 1. Memonitor suhu tubuh 2. Mengidentifikasi penyebab hipotermia 3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia 4. Sediakan lingkungan yang hangat E: masalah belum teratasi R: lanjutkan intervensi 1. Monitor suhu tubuh 2. Identifikasi penyebab hipotermia 3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia 4. Sediakan lingkungan yang hangat 5. Lakukan penghangat pasif 6. Lakukan penghangatan aktif eksternal Ganti pakaian, linen atau popok yang basah	
2.	26 April 2025 08.15 WIB	Defisit nutrisi	S: O: 1. By. Ny. Y keadaan umum lemah 2. Refleks menelan lemah 3. Terpasang OGT 4. BB: 1980gram 5. TB: 40 cm A: defisit nutrisi	Sifa

			P: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor asupan makanan 3. Monitor berat badan 4. Anjurkan pemasangan OGT 5. Gunakan Teknik bersih dalam pemberian makanan via selang I: 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Memonitor asupan makanan 3. Memonitor berat badan 4. Menganjurkan pemasangan OGT 5. Menggunakan Teknik bersih dalam pemberian makanan via selang E: masalah teratasi Sebagian R: lanjutkan intervensi 1. Monitor asupan makanan 2. Monitor berat badan 3. Monitor asupan makanan Anjurkan pemasangan OGT	
3.	26 April 2025 09.30 WIB	Resiko Infeksi	S: O: 1. By. Ny. Y keadaan umum lemah 2. Kulit kemerahan menurun 3. N: 142 x/menit 4. Rr: 45 x/menit 5. S: 35,6 °C A: Resiko infeksi	Sifa

			P: 1. Monitor TTV 2. Monitor tanda dan gejala infeksi 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien I: 1. Memonitor TTV 2. Memonitor tanda dan gejala infeksi 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Kolaborasi pemberian obat E: masalah belum teratasi R: lanjutkan intervensi 1. Monitor TTV 2. Monitor tanda dan gejala infeksi 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien Kolaborasi pemberian obat	
--	--	--	--	--

Tabel 3.9 Catatan Perkembangan Hari ke -2

No	Tanggal dan jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
1.	27 April 2025 14.30 WIB	Hipotermia	S: tidak terkaji O: 1. By. Ny. Y keadaan umum lemah 2. Akral teraba hangat 3. N: 140 x/menit 4. Rr: 47x/menit 5. S: 35,8⁰C A: hipotermia P: 1. Monitor suhu tubuh 2. Identifikasi penyebab hipotermia 3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia 4. Sediakan lingkungan yang hangat 5. Lakukan penghangat pasif 6. Lakukan penghangatan aktif eksternal 7. Ganti pakaian, linen atau popok yang basah I: 1. Memonitor suhu tubuh 2. Mengidentifikasi penyebab hipotermia 3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia 4. Sediakan lingkungan yang hangat E: masalah belum teratasi R: lanjutkan intervensi 1. Monitor suhu tubuh	Sifa

			2. Identifikasi penyebab hipotermia 3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia 4. Sediakan lingkungan yang hangat 5. Lakukan penghangat pasif 6. Lakukan penghangatan aktif eksternal Ganti pakaian, linen atau popok yang basah	
2.	27 April 2025 14.50 WIB	Defisit nutrisi	S: tidak terkaji O: 1. By. Ny. Y keadaan umum lemah 2. Refleks menelan mulai membaik 3. BB: 1983 gram 4. TB: 40 cm A: defisit nutrisi P: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor asupan makanan 3. Monitor berat badan 4. Anjurkan pemasangan OGT 5. Gunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang I: 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Memonitor asupan makanan 3. Memonitor berat badan 4. Menganjurkan pemasangan OGT 5. Menggunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang E: masalah teratasi sebagian	Sifa

			R: lanjutkan intervensi 1. monitor asupan makanan 2. monitor berat badan monitor asupan makanan	
3.	27 April 2025 15.20 WIB	Resiko Infeksi	S: O: 1. By. Ny. Y keadaan umum mulai membaik 2. Kulit kemerahan menurun 3. N: 140x/menit 4. Rr: 47x/menit 5. S: 36,1⁰C A: Resiko infeksi P: 1. Monitor TTV 2. Monitor tanda dan gejala infeksi 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien I: 1. Memonitor TTV 2. Memonitor tanda dan gejala infeksi 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien E: masalah teratasi sebagian R: lanjutkan intervensi di rumah 1. Monitor TTV 2. Monitor tanda dan gejala infeksi 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	Sifa
			Kolaborasi pemberian obat	

Tabel 3.9 Catatan Perkembangan Hari ke-3

No	Tanggal dan jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	28 April 2025 21.30 WIB	Hipotermia	S: O: 1. By. Ny. Y keadaan umum lemah 2. Akral teraba hangat 3. N: 149 x/menit 4. Rr: 49 x/menit 5. S: 36,8 °C A: hipotermia P: 1. Monitor suhu tubuh 2. Identifikasi penyebab hipotermia 3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia 4. Sediakan lingkungan yang hangat 5. Lakukan penghangat pasif 6. Lakukan penghangatan aktif eksternal 7. Ganti pakaian, linen atau popok yang basah I: 1. Memonitor suhu tubuh 2. Mengidentifikasi penyebab hipotermia 3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia 4. Sediakan lingkungan yang hangat	Sifa

			E: masalah teratasi R: pertahankan intervensi 1. Monitor suhu tubuh 2. Monitor penyebab hipotermia 3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia 4. Monitor lingkungan yang hangat 5. Monitor penghangat pasif 6. Monitor penghangatan aktif eksternal 7. Ganti pakaian, linen atau popok yang basah	
2.	28 April 2025 21.50 WIB	Defisit nutrisi	S: O: 1. By. Ny. Y keadaan umum lemah 2. Refleks menelan mulai membaik 3. BB: 1990 gram 4. TB: 40 cm A: defisit nutrisi P: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor asupan makanan 3. Monitor berat badan 4. Anjurkan pemasangan OGT 5. Gunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang I: 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Memonitor asupan makanan 3. Memonitor berat badan	Sifa

			4. Menganjurkan pemasangan OGT 5. Menggunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang E: masalah teratasi sebagian R: lanjutkan intervensi 1. monitor asupan makanan 2. monitor berat badan monitor asupan makanan	
3.	28 April 2025 22.20 WIB	Resiko Infeksi	S: O: 1. By. Ny. Y keadaan umum mulai membaik 2. Kulit kemerahan menurun 3. N: 149 x/menit 4. Rr: 49 x/menit 5. S: 36,8 ⁰ C A: Resiko infeksi P: 1. Monitor TTV 2. Monitor tanda dan gejala infeksi 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien I: 1. Memonitor TTV 2. Memonitor tanda dan gejala infeksi 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Kolaborasi pemberian obat E: masalah teratasi sebagian	Sifa

			R: lanjutkan intervensi di rumah 1. Monitor TTV 2. Monitor tanda dan gejala infeksi 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien Kolaborasi pemberian obat	
--	--	--	--	--

B. Pembahasan

Pembahasan ini menguraikan pengalaman penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan yang dilakukan pada By. Ny. Y dengan berat badan lahir rendah (BBLR) di RSUD Dr.Slamet Garut, dengan membandingkan antara teori dan praktek dilapangan. Kesenjangan yang ditemukan selama melakukan asuhan keperawatan dibahas berdasarkan tahapan asuhan keperawatan yaitu tahap pengkajian, tahap diagnosis keperawatan, tahap perencanaan, tahap pelaksanaan dan tahap evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Pengkajian dilakukan hari sabtu tanggal 22 April 2025 di ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Kabupaten Garut pada pasien By. Ny Y dengan jenis kelamin laki-laki, berusia 3 hari , lahir pada tanggal 22 April 2025 dengan diagnosa medis Berat badan lahir rendah (BBLR) Klien lahir secara section Caesarea (SC) RSUD Dr Slamet Garut.

Pada teori yang tercantum dalam teori Proverawati, (2018) manifestasi klinis ataupun tanda dan gejala yang dapat timbul pada bayi dengan berat badan lahir rendah yaitu Dari hasil pengkajian didapatkan data dimana tanda dan gejala yang dialami oleh By. Ny Y terdapat kesamaan dengan tanda dan gejala yang ada dalam teori Proverawati, (2018) yaitu diantaranya keadaan klien lemah, kulit tipis transparan, berat badan lahir masuk kedalam low birth weight (LBW) yaitu kurang dari 2500 gram dengan berat badan yaitu 1980 gram, Panjang badan 40 cm, lingkar kepala 29 cm, lingkar dada 23 cm, lingkar perut 24, lingkar lengan atas 7 cm, didapatkan data hasil pemeriksaan tanda

tanda vital, nadi 142 x/menit, frekuensi pernafasan 45 x/menit, SpO₂ 96%, Suhu 34,9 C Penulis juga mendapatkan beberapa data penunjang seperti hasil pemeriksaan laboratorium.

2. Tahap Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada bayi baru lahir usia 2 hari dengan diagnosa medis pneumonia neonatal, terdapat tiga diagnosis keperawatan utama yang dapat ditegakkan berdasarkan data subjektif, objektif, serta hasil pemeriksaan laboratorium

a. Hipotermi berhubungan dengan berat badan lahir rendah (D.0131)

Masalah ini penulis angkat karena saat pengkajian pada tanggal 22 April 2025 penulis menemukan suhu pada By. Ny R dibawah normal yaitu 34,9°C, Nadi 142x/menit, Respirasi 45 x/mnt, Spo : 96% serta akral dingin, sejalan dengan teori yang terdapat dalam (SDKI, 2017).

Dimana hipotermi ini menjadi salah satu kegawatdaruratan neonatal karena keadaan hipotermi ini nantinya akan mengganggu sistem sirkulasi, darah, metabolisme dan respiratorik yang nantinya akan menyebabkan keadaan asidosis. Dari data diatas penulis menemukan data yang termasuk dalam data mayor yaitu terdapat suhu dibawah normal dengan suhu 34,9°C, akral teraba dingin dan ada data minornya yaitu takikardi dengan nadi 142x/ menit, maka dapat ditegakan dignosis hipotermia .

Diagnosis pertama yang diangkat oleh penulis adalah *hipotermia* yang harus ditangani karena angka kematian neonatal meningkat 80% untuk setiap 1 derajat Celsius penurunan suhu tubuh. Hipotermia juga

dapat mengakibatkan komplikasi jangka pendek berupa asidosis, hipoglikemia, serta peningkatan risiko untuk distress pernapasan. Risiko komplikasi dan kematian juga meningkat secara signifikan jika lingkungan termal tidak optimal. Oleh karena itu *hipotermia* diangkat menjadi diagnosis pertama. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Nur, 2021). Hipotermia pada bayi baru lahir dapat mengakibatkan terjadinya *cold stres* yang selanjutnya dapat menyebabkan *hipoksemia* atau hipoglikemia dan mengakibatkan kerusakan otak.

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)

Masalah ini penulis angkat karena saat pengkajian pada tanggal 22 April 2025 penulis menemukan data Refleks menghisap lemah, BB lahir = 1980 gram BB sekarang = 1760 gram, PB = 40 cm, Terpasang OGT, sejalan dengan teori yang terdapat dalam (SDKI, 2017). Defisit nutrisi asupan nutrisi tidak cukup memenuhi kebutuhan metabolisme. Dari data diatas penulis menemukan beberapa data yang termasuk data mayor yaitu berat badan bayi kurang dari normal dan data minor refleks menghisap atau daya menelan kurang, maka dapat ditegakan diagnosis defisit nutrisi. Hal ini sejalan dengan penelitian (Yanti Lindesi dkk., 2021) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) membutuhkan bantuan dan waktu penyesuaian kehidupan, mereka juga memerlukan bantuan untuk mendapatkan ASI yang cukup untuk tumbuh.

c. Resiko infeksi (D.0142)

Masalah ini penulis angkat karena saat pengkajian tanggal 22 April 2025 penulis menemukan kulit By.Ny Y kemerahan dan bayi lahir dengan berat badan kurang dari normal. Berdasarkan SDKI, (2017). untuk menegaskan resiko infeksi terdapat faktor resiko yaitu malnutrisi, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (mis, kerusakan integritas kulit), dan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (mis, Imunosupresi). Data yang ditemukan pada kasus yaitu resiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan primer (kulit bayi kemerahan) dan ketidakadekuatan sekunder (berat badan lahir bayi kurang dari normal yang rentan mengalami penurunan imun). Terkait dengan hasil teori dan data yang ada menunjukkan untuk menegaskan diagnose resiko infeksi diangkat menjadi diagnosis keperawatan klien.

4. Intervensi Keperawatan

Pada tahap perencanaan, penulis menemukan beberapa kesenjangan dikarenakan diagnosa yang muncul pada klien By. Ny.Y tidak sesuai dengan tinjauan teoritis atau tidak semuanya muncul pada kasus By. Ny.Y oleh karena itu, perencanaan yang penulis rumuskan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang didapatkan pada kasus di lapangan. Langkahlangkah dalam perencanaan sudah sesuai menurut teori yang menentukan diagnosa keperawatan, sasaran dan tujuan keperawatan, rencana keperawatan dan untuk mengevaluasi tindakan yang diberikan kepada klien tersebut. Rencana yang dilakukan diantaranya.

- a. Hipotermi berhubungan dengan paparan lingkungan dingin (D.0131).

maka yang akan dilakukan yaitu intervensi utama dalam klasifikasi intervensi keperawatan hipotermia (Tim Pojka SIKI DPP PPNI, 2018) sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu mendapatkan luaran (outcome). Adapun luaran yang digunakan pada pasien dengan hipotermia adalah luaran tambahan. Luaran tambahan yaitu termoregulasi neonates dengan kriteria hasil suhu tubuh meningkat, suhu kulit meningkat (SLKI, 2017). Perencanaan keperawatan yang dibuat diantaranya : Monitor suhu tubuh, identifikasi penyebab hipotermia (mis. Terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan), monitor tanda dan gejala akibat hipotermia, sediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan, inkubator), ganti pakaian dan atau linen yang basah, lakukan penghangatan pasif (mis : selimut, menutup kepala, pakaian tebal), lakukan penghangatan aktif eksternal (mis: kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, Kangoro Mother Care (KMC), lakukan penghangatan aktif internal (Mis : infus cairan hangat, oksigen hangat) serta anjurkan makan minum hangat (SIKI, 2018).

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019).

Maka intervensi atau rencana yang digunakan menggunakan intervensi utama dan intervensi pendukung yaitu manajemen nutrisi dan pemberian makanan enteral, Perencanaan keperawatan dari manajemen nutrisi yang

dibuat diantaranya: Identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis cairan, monitor asupan makan makanan, monitor berat badan, lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu, fasilitasi menentukan pedoman diet, (mis. piramida makanan), berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, anjurkan posisi duduk, jika mampu, ajarkan diet yang di programkan

Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, *antiemetic*), jika perlu, serta kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang di butuhkan. Sedangkan intervensi dari pemberian makanan *enteral* yang dibuat antaranya: Observasi seperti periksa posisi *Orogastrik tube* (OGT) dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara, monitor tetesan makanan pada pompa setiap jam, monitor rasa penuh mual dan muntah, monitor residu lambung tiap 4-6 jam selama 24 jam pertama kemudian tiap 8 jam selama pemberian makan via *enteral*, jika perlu, monitor pola buang air besar setiap 4-8 jam, jika perlu.

c. Resiko infeksi (D.0142)

Maka intervensi atau rencana perawatan yang akan dilakukan menggunakan intervensi utama yaitu pencegahan infeksi dibuat diantaranya : Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien,

Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan etika batuk, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan, serta kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

5. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan yaitu implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai kriteria hasil ataupun tujuan yang telah ditentukan. Dan penulis mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan kriteria hasil, kemudian implementasi yang diberikan berupa tindakan keperawatan sesuai intervensi yaitu diantaranya :

a. Hipotermi berhubungan dengan berat badan lahir rendah (D.0131)

Pada diagnosa kesatu yaitu Hipotermi berhubungan dengan berat badan lahir rendah (D.0131), yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi luaran tambahan yaitu termoregulasi neonates yang telah ditentukan, maka yang dilakukan yaitu mengidentifikasi penyebab hipotermi dengan dengan hasil adanya penurunan lemak subkutan dikarenakan berat badan lahir rendah (BBLR) memonitor suhu tubuh By. Ny Y 34,9°C, memonitor tanda dan gejala akibat hipotermi pada By.Ny.Y dengan keadaan umum By. Ny. Y lemah dan akral teraba dingin, menyediakan lingkungan yang hangat dengan menyediakan menyediakan inkubator untuk tempat tidur yang

digunakan oleh By. Ny.Y melakukan penghangat Pasif dengan memakaikan pakaian hangat dan selimut, By. Ny. Y, melakukan penghangatan aktif eksternal dengan melakukan metode *Kangaroo Mother Care* (KMC) oleh orang tua yang dibantu oleh perawat dan mengganti pakaian, linen atau popok yang basah sehingga keadaan popok By. Ny.Y selalu dalam keadaan kering.

Pemberian metode *Kangaroo Mother Care* (KMC) didukung oleh penelitian (Hendayani, 2019) yaitu *Kangaroo Mother Care* (KMC) dilakukan selama 1 jam dengan meletakkan dan mendekapkan bayi di dada ibu agar menjaga tubuh bayi tetap hangat, penerapan metode ini sejalan dengan penelitian Yanti, (2021) penerapan metode KMC efektif dalam menstabilkan suhu tubuh pada BBLR dan penerapan metode KMC efektif dilakukan dengan durasi minimal 1 jam yang diberikan kepada klien.

b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan (D.0019)

Pada diagnosa kedua yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (D.0019), yang telah dirumuskan dalam perumusan masalah diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama dan intervensi pendukung yaitu manajemen nutrisi dan pemberian makanan enteral maka yang dilakukan yaitu mengidentifikasi status nutrisi pada By. Ny.Y dengan diberikannya ASI, memonitor asupan makanan pada By. Ny.Y dengan diberikan ASI sebanyak 10 cc (sonde), memonitor berat badan By. Ny.Y dengan berat badan 1980 gram, memonitor asupan makanan dengan memberikan ASI setiap 2 jam sekali,

menganjurkan mempertahankan OGT dengan OGT masih digunakan, menggunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang setiap memberikan ASI melalui selang OGT kedaan tangan selalu bersih dengan cuci tanga terlebih dahulu, memeluk dan berbicara dengan bayi selama diberikan makanan untuk menstimulasi aktivitas makan.

c. Resiko infeksi (D.0142)

Pada diagnose ketiga yaitu resiko infeksi (D.0142), yang telah dirumuskan dalam perumusan masalah diagnosis keperawatan, makan intervensi yang digunakan sesuai dengan intervensi utama yaitu pencegahan infeksi maka yang dilakukan yaitu, memonitor TTV dengan frekuensi nasi 142 x/menit, respirasi 45 x/menit, suhu 34,9°C, memonitor tanda dan gejala infeksi pada By. Ny.Y terdapat kulit yang memerah, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien sehingga tangan perawat selalu bersih saat kontak dengan klien.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakan pada akhir proses keperawatan (Santa, 2019).

Evaluasi disusun menggunakan format SOAP yaitu diantaranya :

S : Berupa perasaan ungkapan atau keluhan yang dikeluhkan secara objektif

O : Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif

A : Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif

P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

Hipotermia berhubungan dengan berat badan ekstrem dibuktikan dengan suhu tubuh tubuh dibawah normal $34,9^{\circ}\text{C}$. Dari studi kasus berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi selama 3x7 jam, didapatkan bahwa diagnosa hipotermi masalah teratasi, dengan memonitor suhu sebelum dan sesudah diberikan metode Kangaroo Mother Care (KMC) selama 1 jam / hari , dengan hasil suhu sebelum di berikan metode Kangaroo Mother Care (KMC) yaitu $34,9^{\circ}\text{C}$ menjadi $35,6^{\circ}\text{C}$ di hari pertama, $35,8^{\circ}\text{C}$ menjadi $36,1^{\circ}\text{C}$ dihari kedua dan $36,8^{\circ}\text{C}$ dihari ketiga dengan suhu tubuh kembali dibatas normal

Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dibuktikan berat badan di bawah normal BB lahir 1980 gram dan BB saat pengkajian 1760 gram. Dari studi kasus berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi 3x7 jam, didapatkan bahwa diagnosis defisit nutrisi teratasi sebagian, salah satunya dengan memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, dan menganjurkan mempertahankan OGT untuk hasilnya BB klien bertambah 1998 gram.

Resiko infeksi. Dari studi kasus berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi 3x7 jam, didapatkan bahwa diagnosa resiko infeksi teratasi sebagian, karena di hari ke 3 warna kemerahan pada By. Ny.Y sudah menurun dan tanda-tanda vital sudah dibatas normal.

Berdasarkan evaluasi penulis dari 3 diagnosa keperawatan yang diangkat pada By. Ny Y setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari dari hasil evaluasi menunjukkan bahwa diagnosa keperawatan hipotermia teratasi sedangkan defisit nutrisi, dan diagnosa resiko infeksi masih teratasi sebagian.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah melakukan Asuhan Keperawatan pada By. Ny. Y Usia Neonatus (3 Hari) dengan Berat badan lahir rendah (BBLR) di ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 22 April 2025 sampai 28 April 2025 dengan keperawatan komprehensif, maka penulis dapat memperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada By. Ny. Y dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di ruang perinatologi RSUD dr. Slamet Garut, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik terhadap keluarga dan data rekam medik sehingga masalah dapat ditemukan pada By. Ny. Y yaitu klien mengalami penurunan suhu, kekuatan menghisap lemah dan terdapat kulit kemerahan.
2. Penulis mampu menemukan permasalahan pada By. Ny. Y dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di ruang perinatologi RSUD dr. Slamet Garut, Adapun diagnosis yang muncul pada By. Ny. Y yaitu sebanyak 3 diagnosa keperawatan
3. Penulis mampu merencanakan Tindakan keperawatan pada By. Ny. Y dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di ruang perinatologi RSUD dr. Slamet Garut, berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun dengan melibatkan pembimbing klinik dan pembimbing akademik dan peran serta

klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan memudahkan penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada By. Ny. Y dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) diruang perinatologi RSUD dr. Slamet Garut, dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung kepada klien dan keluarga klien.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada By. Ny. Y dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) diruang perinatologi RSUD dr. Slamet Garut, dengan melihat perkembangan klien dengan respons klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat dari rencana keperawatan.
6. Penulis mampu mendokumentasikan hasil dari asuhan keperawatan pada By. Ny. Y dengan BBLR di ruang perinatologi RSUD dr. Slamet Garut, dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, Implementasi dan evaluasi.

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberi asuhan keperawatan pada By. Ny.Y secara sistemis dan komprehensif penulis akan mengemukakan beberapa saran yang tentunya bersifat membangun kearah perbaikan pada pihak-pihak yang terkait, saran-saran tersebut diantaranya ditujukan kepada:

1. Bagi pembaca

Hasil asuhan keperawatan ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata bagi pembaca dalam pembuatan asuhan keperawatan dengan penyakit Berat badan lahir rendah (BBLR).

2. Bagi klien dan keluarga

Peranan keluarga dalam proses keperawatan sangat diharapkan untuk menjalin kerja sama yang baik dalam merencanakan dan memecahkan masalah yang dihadapi pasien, serta ikut dalam rencana yang akan dilakukan oleh perawat.

3. Bagi rumah sakit

Petugas kesehatan diharapkan dapat meningkatkan peran sertanya kepada pasien dalam memberikan asuhan keperawatan dan informasi kesehatan khususnya tentang Berat badan lahir rendah (BBLR) atau umumnya penyakit lain, sehingga pasien dapat memahami secara jelas tentang penyakit yang dideritanya dan cara pengobatan yang dapat dilakukan pasien secara mandiri.

4. Bagi institusi

Diharapkan mampu memenuhi kesediaan literature terbitan baru terutama mengenai Berat badan lahir rendah sehingga dapat menambah wawasan keilmuan mahasiswa dan mahasiswi selama pendidikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afrianti, (2021) Pengebab utama pada berat badan lahir rendah (BBLR) Deepublish.
- Anthony R. Adaptation for Life After Birth: A Review of Neonatal Physiology. Children, 2023.
- Tsafaras GP, et al. Advantages and Limitations of the Neonatal Immune System. Frontiers in Pediatrics, 2020.
- Fitria & Wahyuni et al., (2021) Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) Di Ruang Perawatan Intensif Neonatus RSUD DR Moewardi Di Surakarta. (Jkg) Jurnal Keperawatan Global, 2(1), 9–20. <https://doi.org/10.37341/jkg.v2i1.27>.
- Hasriyani. (2019). Berbagai Faktor Risiko Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Jurnal Epidemiologi Kesehatan Komunitas, 5, 4–9. <http://eprints.undip.ac.id/62287>
- Muliana (2020), Masalah pada bayi berat badan lahir rendah (BBLR).Deepublish.
- Mitayani & Puspitasari (2019) Komplikasi pada berat badan lahir rendah, Penerbit Kedokteran Medis.
- Nursalim, Nuralif, Amin huda, Kusuma & Hardi (2018) HUBUNGAN ANEMIA IBU HAMIL DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR) LITERATUR REVIEW HUBUNGAN ANEMIA IBU HAMIL DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR) LITERATURE REVIEW.
- Prawirohardjo & Pudjiadi dkk., (2018) hambatan pertumbuhan dan perkembangan (BBLR).
- Proverawati, Jumiarni & Ismawati (2018) Penyebab, Gejala, & Penanganannya pada Berat badan lahir rendah Deepublish.
- Setiyawan dkk, (2019) Akibat hipotermia pada Berat badan lahir rendah (BBLR) Deepublish.
- Siregar, R. S. (2020). Implementasi asuhan keperawatan: Teori dan praktik klinis. Jakarta: Penerbit Kesehatan Indonesia.
- Sitanggang, R. (2022). Evaluasi dalam proses keperawatan: Konsep dan penerapan klinis. Jakarta: Penerbit Kesehatan Nusantara.

SDKI. (n.d.). Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2018. Standar diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

SIKI. (2018). Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar intervensi keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

SLKI. (2019). Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. Standar luaran keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

World Health Organization. Postnatal Care for Mothers and Newborns: Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines, Updated 2022. WHO, 2022.

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

KANGAROO MOTHER CARE

Hari/tanggal	: Rabu, 30 April 2025
Waktu	: 12.00 WIB s/d selesai
Tempat/Ruangan	: Ruang Perinatologi RSUD dr.Slamet Garut
Sasaran	: Keluarga By. Ny.Y
Pelaksana	: Sifa Salmah
Topik Penkes	: Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan keluarga klien dapat mengerti dan memahami mengenai metode Kangaroo Mother Care (KMC) Berat badan lahir rendah yang menyerang pada bayi.

2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan mengenai Berat badan lahir rendah(BBLR) diharapkan keluarga dapat memahami mengenai:

- a. Setelah diberikan penyuluhan keluarga dapat mengerti tentang KMC
- b. Menjelaskan pengertian KMC.

- c. Menyebutkan manfaat KMC untuk bayi dan ibu.
- d. Menyebutkan syarat melakukan KMC.
- e. Menunjukkan cara melakukan KMC dengan benar.
- f. Menjelaskan waktu pelaksanaan KMC.

B. Materi

- 1. Pengertian BBLR dan KMC
- 2. Manfaat KMC bagi bayi dan ibu
- 3. Syarat bayi dan ibu untuk KMC
- 4. Cara melakukan KMC yang benar
- 5. Durasi dan frekuensi pelaksanaan KMC

C. Media

Leaflet

E. Kegiatan penyuluhan

Kegiatan	Penyuluhan	Kegitan peserta	Waktu
Pembukaan	1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan tema penyuluhan 3. Menyebutkan materi yang akan diberikan	Menjawab salam Mendengarkan mendengarkan	5 menit
Penyampaian materi	1. Menjelaskan materi KMC secara bertahap, menggunakan media	Menyimak penjelasan	20 menit
Penutup	1. Menutup dan menyimpulkan materi 2. Memberikan motivasi, menutup dengan do'a	Mendengar dan berdoa bersama	10 menit

F. Evaluasi

1. Lisan: Tanya jawab langsung selama dan setelah materi.
2. Demonstrasi: Meminta peserta memperagakan kembali teknik KMC (opsional).

Lampiran Materi

A. Pengertian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan KMC

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia gestasi. BBLR merupakan istilah untuk mengganti bayi prematur karena terdapat dua bentuk penyebab kelahiran bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram yaitu umur kehamilan kurang dari 37 minggu, berat badan lebih rendah dari semestinya sekalipun cukup bulan atau karena kombinasi keduanya.

Kangaroo Mother Care (KMC) adalah metode perawatan bayi, terutama bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), dengan cara menempatkan bayi di dada ibu atau ayah dalam posisi tegak (skin-to-skin contact), sehingga tubuh bayi menempel langsung ke kulit orang tua.

B. Manfaat KMC bagi bayi dan ibu

1. Manfaat KMC pada bayi

- a) Mengatur suhu tubuh bayi
- b) Sentuhan kulit langsung dengan ibu membantu menjaga suhu tubuh bayi tetap stabil, mencegah hipotermia, terutama pada bayi BBLR.
- c) Menstabilkan denyut jantung dan pernapasan
- d) Kontak kulit memberikan rasa aman, membantu bayi mempertahankan pernapasan dan detak jantung yang stabil.
- e) Meningkatkan berat badan

- f) Bayi lebih mudah menyusu, baik ASI langsung maupun lewat selang, sehingga pertumbuhan dan kenaikan berat badan lebih cepat.
- g) Meningkatkan ikatan emosional (bonding)
- h) Sentuhan dan pelukan ibu membantu bayi merasa aman dan nyaman.
- i) Mengurangi risiko infeksi
- j) Bayi yang mendapat KMC cenderung lebih jarang sakit karena lingkungan lebih bersih dan dekat dengan ibunya.
- k) Meningkatkan keberhasilan pemberian ASI
- l) Bayi lebih mudah menyusu karena berada dekat dengan payudara ibu, meningkatkan produksi ASI dan pemberian ASI eksklusif.

2. Manfaat KMC untuk ibu

- a) Meningkatkan produksi ASI
- b) Kontak langsung dengan bayi merangsang hormon oksitosin, yang meningkatkan keluarnya ASI.
- c) Meningkatkan kepercayaan diri ibu
- d) Ibu merasa lebih percaya diri dan mampu merawat bayinya sendiri, termasuk bayi yang lahir dengan berat badan rendah.
- e) Memperkuat ikatan emosional dengan bayi
- f) Ibu merasa lebih dekat secara emosional dan lebih mengenali kebutuhan bayinya.
- g) Mengurangi stres dan kecemasan
- h) Proses KMC dapat memberi ketenangan emosional, baik bagi ibu maupun bayi.

- i) Mempercepat pemulihan pascamelahirkan
- j) Keterlibatan aktif dalam perawatan bayi bisa memberi efek positif terhadap psikologis dan fisik ibu.

C. Syarat melakukan KMC yang benar

1. Kondisi Bayi

- a) Bayi stabil (tidak mengalami sesak napas berat, hipotermia berat, atau apnea berulang).
- b) Umumnya dilakukan pada bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) yaitu < 2500 gram.
- c) Tidak memiliki infeksi berat atau gangguan organ vital.
- d) Bayi mampu menyusu langsung atau dengan bantuan (seperti ASI perah atau NGT jika perlu).
- e) Tidak dalam keadaan kritis dan tidak memerlukan perawatan intensif lanjutan.

2. Kondisi Ibu atau Pengasuh

- a) Dalam keadaan sehat fisik dan mental.
- b) Bersedia dan mampu melakukan kontak kulit-ke-kulit dalam waktu lama.
- c) Menjaga kebersihan tubuh dan pakaian, terutama area dada/perut tempat menempelkan bayi.
- d) Ibu atau pengganti (ayah, nenek, dll) mampu memberikan ASI secara langsung atau perah.

3. Lingkungan

- a) Ruangan cukup hangat dan nyaman, tidak ber-AC langsung, bebas angin kencang.
- b) Privasi dan kenyamanan ibu diperhatikan.
- c) Dukungan dari tenaga kesehatan atau keluarga dalam pelaksanaan

4. Teknik Pelaksanaan

- a) Bayi hanya memakai popok dan penutup kepala, lalu ditempelkan pada dada ibu (kontak kulit ke kulit).
- b) Dada ibu terbuka atau menggunakan baju khusus KMC (longgar dan mudah dibuka-tutup).
- c) Bayi dalam posisi tegak, kepala miring sedikit ke samping, leher tidak tertunduk atau menekuk.
- d) Wajah bayi terlihat, jalan napas bebas, dan dipantau secara berkala.
- e) Durasi disesuaikan kondisi ibu dan bayi, bisa dilakukan secara intermiten atau kontinu.

DAFTAR PUSTAKA

Dhilon, D. A., & Eldarita, F (2019). Pengaruh Perawatan Metode Kangguru Terhadap Kenaikan Berat Badan Pada Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Di RS Sekabupaten Kampar Tahun 2018. *Jurnal Doppler Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai*, 3(1), 32-38

Mayasari, B., St, S., Kes, M., & Arismawati, D. F. (2020). *Metode Kangguru Sebagai Aplikasi Mother Care Pada Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)*.

www.rizmediapustakaindonesia.com

Lampiran II

Pengertian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan KMC

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia gestasi. BBLR merupakan istilah untuk mengganti bayi prematur karena terdapat dua bentuk penyebab kelahiran bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram yaitu umur kehamilan kurang dari 37 minggu, berat badan lebih rendah dari semestinya sekalipun cukup bulan atau karena kombinasi keduanya.

Kangaroo Mother Care (KMC) adalah metode perawatan bayi, terutama bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), dengan cara menempatkan bayi di dada ibu atau ayah dalam posisi tegak (skin-to-skin contact), sehingga tubuh bayi menempel langsung ke kulit orang tua.

Perawatan Kangaroo mother care

Sifa Salmah
KHGA22074
D3 Keperawatan

Manfaat KMC bagi bayi dan ibu

1. Manfaat KMC pada bayi

- a) Mengatur suhu tubuh bayi
- b) Sentuhan kulit langsung dengan ibu membantu menjaga suhu tubuh bayi tetap stabil, mencegah hipotermia, terutama pada bayi BBLR.
- c) Menstabilkan denyut jantung dan pernapasan
- d) Kontak kulit memberikan rasa aman, membantu bayi mempertahankan pernapasan dan detak jantung yang stabil.
- e) Meningkatkan berat badan

Manfaat KMC untuk ibu

- a) Meningkatkan produksi ASI
- b) Kontak langsung dengan bayi merangsang hormon oksitosin, yang meningkatkan keluarnya ASI.
- c) Meningkatkan kepercayaan diri ibu
- d) Ibu merasa lebih percaya diri dan mampu merawat bayinya sendiri, termasuk bayi yang lahir dengan berat badan rendah.
- e) Memperkuat ikatan emosional dengan bayi



Syarat melakukan KMC yang benar

1. Kondisi Bayi

- a) Bayi stabil (tidak mengalami sesak napas berat, hipotermia berat, atau apnea berulang).
- b) Umumnya dilakukan pada bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) yaitu < 2500 gram.
- c) Tidak memiliki infeksi berat atau gangguan organ vital.
- d) Bayi mampu menyusu langsung atau dengan bantuan (seperti ASI perah atau NGT jika perlu).
- e) Tidak dalam keadaan kritis dan tidak memerlukan perawatan intensif lanjutan.

2. Kondisi Ibu atau Pengasuh

- a) Dalam keadaan sehat fisik dan mental.
- b) Bersedia dan mampu melakukan kontak kulit-ke-kulit dalam waktu lama.
- c) Menjaga kebersihan tubuh dan pakaian, terutama area dada/perut tempat menempelkan bayi.
- d) Ibu atau pengganti (ayah, nenek, dll) mampu memberikan ASI secara langsung atau perah.



Lingkungan

- a) Ruangan cukup hangat dan nyaman, tidak ber-AC langsung, bebas angin kencang.
- b) Privasi dan kenyamanan ibu diperhatikan.
- c) Dukungan dari tenaga kesehatan atau keluarga dalam pelaksanaan

Teknik pelaksanaan

- a) Bayi hanya memakai popok dan penutup kepala, lalu ditempelkan pada dada ibu (kontak kulit ke kulit).
- b) Dada ibu terbuka atau menggunakan baju khusus KMC (longgar dan mudah dibuka-tutup).
- c) Bayi dalam posisi tegak, kepala miring sedikit ke samping, leher tidak tertunduk atau menekuk.



Lampiran III

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Sifa Salmah

NIM : KHGA22074

Pembimbing : Elang M Atoilah, S.Sos.,M.kes.

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA By. Ny Y
NEONATUS (3 HARI) DENGAN BERAT BAYI LAHIR
RENDAH (BBLR) DIRUANG PERINATOLOGI RSUD
Dr.SLAMET GARUT

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	3 juni 2025	Bab 1 - Latar Belakang	Revisi Sesuai saran		 Elang M Atoilah, S.Sos.,M.kes.
2.	10 juni 2025	Bab 1 dan 2 -Latar belakang -tinjauan teori	Revisi sesuai saran		 Elang M Atoilah, S.Sos.,M.kes.
3.	18 juni 2025	Bab 1 -Pemantapan latar belakang -Sistematika -Penulisan	Revisi sesuai saran		 Elang M Atoilah, S.Sos.,M.kes.

4.	20 juni 2025	Bab II - Pemantapan tinjauan teori -Teori konsep asuhan keperawatan	Revisi sesuai saran		 Elang M Atoilah, S.Sos.,M.kes.
5	30 juni 2025	Bab III -Pemantapan dan sistematika	Revisi sesuai saran		 Elang M Atoilah, S.Sos.,M.kes.
6.	03 Juli 2025	Bab 1 dan 4 -Pemantapan dan sistematika	Revisi sesuai saran		 Elang M Atoilah, S.Sos.,M.kes.
7.	03 Juli 2025	Bab 1 dan 4 -Pemantapan dan sistematika	Revisi sesuai saran		 Elang M Atoilah, S.Sos.,M.kes.
8.	03 Juli 2025	Bab 1 dan 4 -Pemantapan dan sistematika	ACC Sidang Siapkan Draft		 Elang M Atoilah, S.Sos.,M.kes

Lampiran IV

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : Sifa Salmah

NIM : KHGA22074

Tempat,tanggal lahir : Garut,06 Agustus 2004

Agama : Islam

Status : Belum Menikah

Alamat : Kp Gunung bodas Desa Cikedokan
Kec Bayongbong

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 2 Cikedokan : 2010 - 2016
2. Mts Al Jumhuriyah : 2016 - 2019
3. SMAN 19 Garut : 2019 - 2022
4. STIKes Karsa Husada Garut : 2022 - 2025