**APLIKASI EVIDENCE BASED NURSING INTERVENSI STIMULASI ORAL PADA BAYI BBLR TERHADAP MASALAH KEPERAWATAN DEFISIT NUTRISI DI RUANGAN *NEONATAL INTESIVE CARE* *UNIT(NICU)* RSUP. PROF. DR. R.D KANDOU MANADO**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Dalam Menyelesaikan

Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado



OLEH:

Krisdianti Beatriks Badalia, S.Kep

NIM. 711490121024

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN MANADO**

**2022**





Krisdianti Beatriks Badalia, S.Kep. 2022. **Aplikasi Evidence Based Nursing Intervensi Stimulasi Oral Pada Bayi BBLR Terhadap Masalah Keperawatan Defisit Nutrisi Di Ruangan *Neonatal Intesive Care Unit* *(NICU)* Rsup.Prof. Dr. R.D Kandou Manado.** (Dibimbing oleh D.Sisfiani Sarimin, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep. An, sebagai pembimbing 1 dan Esther N. Tamunu, S.SiT.,S,Kep.,Ns.,M.Kep sebagai pembimbing 2).

 **ABSTRAK**

**Latar Belakang** : Bayi adalah manusia yang lahir sebagai generasi penerus kehidupan. sangat disayangkan jika akibat kurangnya kesadaran ibu dalam menjaga kesehatannya semasa hamil, banyak bayi yang terlahir dalam kondisi kurang sehat seperti pada kasus BBLR. Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang dilahirkan dengan berat kurang dari 2500 gram. **Tujuan :** Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk mengetahui gambaran aplikasi penerapan *Evidence Base Nursing* pada asuhan keperawatan bayi dengan BBLR **Metode** : Metode pada karya ilmiah ini adalah penelitian deskriptif yaitu dengan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi, wawancara, melihat catatan medis, tindakan keperawatan dan mengaplikasikan *Evidence Based Nursing* pada bayi dengan BBLR. **Hasil :** Setelah melakukan asuhan keperawatan pada By.Ny,R.M By.Ny,M.L By.Ny,G.R By,Ny,Y.K dengan BBLR didapatkan masalah keperawatan yaitu Pola nafas tidak efektif, resiko defisit nutrisi, dan resiko infeksi. Hasil dari penerapan *Evidence Base Nursing* pada empat pasien Menunjukan peningkatan berat badan. . Hal ini berarti menunjukan ada pengaruh pemberian stimulasi oral terhadap bayi BBLR.

# Kata Kunci : BBLR, Peningkatan Berat Badan, Stimulasi Oral

# KATA PENGANTAR

Puji syukur Kepada Tuhan Yang Maha Kuasa, atas berkat dan rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ners ini. Penyusunan karya ilmiah ini dapat terselesaikan oleh karena adanya bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu, melalui kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dra. Elisabeth N. Barung, M.Kes, Apt selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado.
2. Henry S. Imbar, S.Pd, M.Kes, sebagai Wakil Direktur I Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado.
3. Sandra G. J. Tombokan, S.Pd, S.SiT, M.Si, sebagai Wakil Direktur II Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado.
4. Selfi P.J. Ulaen, S.Si, S.Pd, M.Kes, sebagai Wakil Direktur III Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado.
5. Jon W. Tangka, M.Kep., Ns., Sp.KMB selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado.
6. Semuel Tambuwun, SKM, M.Kes, Selaku Sekertaris Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado.
7. Sisfiani D. Sarimin, M.Kep., Ns., Sp.Kep.An selaku Ketua Program Studi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado. Sekaligus sebagai Pembimbing I yang telah memberikan koreksi, motivasi, menyediakan waktu, tenaga dan pikiran sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Esther N.Tamunu, S.SiT, S.Kep, Ns, M.Kep Selaku Dosen Pembimbing II yang telah memberi masukan dan saran dalam perbaikan dan penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners.
9. Tati S. Ponidjan, M.Kep, Ns, Sp.Kep.An Selaku Dosen Penguji I yang telah memberi masukan, pembelajaran dan mengarahkan penulis dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners.
10. Yourisna Pasambo, Ners, M.Kes Selaku Dosen Penguji II yang telah memberikan masukan dan arahan dalam perbaikan dan penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners.
11. Ns. Tinneke Tololiu, S.Kep, M.Kes, selaku Sekertaris Program Studi Ners Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado.
12. Ns.Meike Linda Tuju, S.Kep selaku Preseptor Klinik yang telah memberikan motivasi dan masukan atas penulisan laporan akhir ini.
13. Papa dan Mama, kakak, adik yang selalu memberikan doa, dukungan, semangat dan motivasi untuk penulis selama mengikuti pendidikan hingga dapat menyelesaikan pendidikan tepat waktu.

Penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang tidak dapat disebut satu per satu. Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dan kesalahan baik dari segi materi maupun dalam teknik penulisan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan kritikan yang bersifat membangun demi kesempurnaan karya ilmiah akhir ners ini.

Manado, Juni 2021

Penulis

# DAFTAR ISI

**Halaman**

HALAMAN JUDUL i

HALAMAN PERSETUJUAN ii

HALAMAN PENGESAHAN iii

ABSTRAK iv

[KATA PENGANTAR v](#_TOC_250023)

[DAFTAR ISI vi](#_TOC_250022)i

[BAB I. PENDAHULUAN](#_TOC_250021)

* 1. [Latar Belakang 1](#_TOC_250020)
	2. Rumusan Masalah 3
	3. Tujuan 3
	4. Manfaant Penulisan 4

[BAB II. TINJAUAN PUSTAKA](#_TOC_250016)

1. Teori Penyakit 5
2. Teori Asuhan Keperawatan 22
3. Teori Keperawatan Florence Nigtingale 39
4. Analisis Evidence Based Nursing 48
5. Sop Ketrampilan 50

BAB III. METODE PENELITIAN

1. Desain 53
2. Penetapan Sampel 53
3. Lokasi dan Waktu Pelaksanaan 53
4. Metode Dan Teknik Pengumpulan Data 54
5. Etika Penelitian 54

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Hasil 55
	1. Asuhan Keperawatan Kasus I 55
		1. Pengkajian Kasus I 55
		2. Diagnosa Keperawatan Kasus I 64
		3. Intervensi Kasus I 65
		4. Implementasi dan Evaluasi Kasus I 67
		5. Catatan Perkembangan Kasus I 70
	2. Asuhan Keperawatan Kasus II 79
		1. Pengkajian Kasus II 79
		2. Diagnosa Keperawatan Kasus II 87
		3. Intervensi Kasus II 88
		4. Implementasi dan Evaluasi Kasus II 90
	3. Asuhan Keperawatan Kasus III 93
		1. Pengkajian Kasus III 93
		2. Diagnosa Keperawatan Kasus III 101
		3. Intervensi Kasus III 102
		4. Implementasi dan Evaluasi Kasus III 104
	4. Asuhan Keperawatan Kasus IV 107
		1. Pengkajian Kasus IV 107
		2. Diagnosa Keperawatan Kasus IV 115
		3. Intervensi Kasus IV 116
		4. Implementasi dan Evaluasi Kasus IV 118
	5. Penerapan Evidence Based Nursing 122
2. Pembahasan 122
	1. Pengkajian 122
	2. Diagnosa 125
	3. Intervensi 128
	4. Implementasi 129

[BAB V. PENUTUP](#_TOC_250003)

1. Kesimpulan 131
2. Saran 131

DAFTAR PUSTAKA………………………………………………………..133

LAMPIRAN

 **BAB 1**

 **PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

 Bayi adalah manusia yang lahir sebagai generasi penerus kehidupan. sangat disayangkan jika akibat kurangnya kesadaran ibu dalam menjaga kesehatannya semasa hamil, banyak bayi yang terlahir dalam kondisi kurang sehat seperti pada kasus BBLR.

 Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang dilahirkan dengan berat kurang dari 2500 gram. Penyebab terbanyak yang mempengaruhi BBLR karena kurangnya asupan gizi pada janin dan perlu penanganan serius karena organ tubuh yang terbentuknya belum sempurna (Umar, 2017).

 BBLR merupakan salah satu penyebab kematian pada bulan pertama kelahiran seorang bayi. kejadian BBLR menyebabkan berbagai dampak kesehatan masayarakat baik dimasa bayi dilahirkan maupun dimasa perkembangannya di waktu yang akan datang (Samsudin, 2020) BBLR akan menigkatkan angka kesakitan dan angka kematian bayi, BBLR merupakan individu manusia yang karena berat badan, usia kehamilan dan faktor penyebab kelahirannya kurang dari standar kelahiran bayi normal (Samsudin, 2020)

 Berdasarkan data *World Health Organization dan United Nations International* *Children’s Emergeny FUND (UNICEF*),adapun presentase bayi Berat Badan Lahir Rendah di Negara berkembang (16,5%) lebih besar dua kali lipat dari Negara maju (7%). pada tahun 2013 sekitar 22 juta bayi yang dilahirkan di dunia, dimana 16% diantaranya lahir dengan berat badan lahir rendah (WHO,2013).

 Angka kejadian di Indonesia sangat bervariasi antara satu daerah lain, yaitu berkisar antara 9%-30%, hasil Riset Kesehatan (2013) secara nasional angka BBLR sekitar 10,2%. sebesar 11,1 sekitar 575 kematian bayi terjadi pada bayi dibawah 1 bulan dan utamanya disebabkan oleh gangguan perinatal dan bayi berat lahir rendah. menurut perkiraan, setiap tahunnya sekitar 400.000 bayi lahir dengan berat badan rendah. (Samsudin, 2020)

 Metode *oral sensomotor therapy* merupakan intervensi khusus yang bertujuan untuk memberikan stimulasi pada bayi dengan gangguan minum, yang membantu mengkontrasikan otot-otot wajah dan mulut dan memberikan gerakan melawan tahanan untuk menghasilkan kekuatan (Maghfuroh et al., 2020)

 Intervensi stimulasi oral didefinisikan sebagai stimulasi sensori pada bibir, rahang, lidah, palatum lunak, faring, laring, dan otot-otot respirasi yang berpegaruh didalam mekanisme *orofaringeal*. Stimulasi sensori pada struktur oral ini dapat meningkatan kemampuan struktur oral dalam proses menghisap (*sucking*) dan menelan *(swallow)* (Maghfuroh et al., 2020)

Terori/model konsep Florence Nightingale memposisikan lingkungan sebagai fokus asuhan keperawatan, dan perawat tidak perluh memahami seluruh proses penyakit, model dan konsep ini dalam upaya memisahkan antara profesi keperawatan dengan kedokteran. Orientasi pemberian asuhan keperawatan/tindakan keperawatan lebih diorientasikan pada pemberian udara, lampu, kenyamanan, kebersihan, ketenangan, dan nutrisi yang adekuat, dengan dimulai dari pengumpulan data dibandingkan dengan tindakan pengobatan semata, upaya teori tersebut dalam rangka perawat mampu menjalankan praktik keperawatan mandiri tanpa bergantung pada prfesi lain. Model dan konsep ini memberikan inpirasi dalam perkembangan praktik keperawatan, sehingga akhirnya dikembangakan secara luas, paradigma perawat dalam tindakan keperawatan hanya memberikan kebersihan lingkungan kurang benar, akan tetapi lingkungan dapat mempengaruhi proses perawatan pada pasien, sehingga perlu diperhatikan.(Big & Ca, n.d.)

 Bedasarkan latar belakang di atas maka karya tulis ilmiah ini akan memuat tentang Aplikasi *Evidence Based Nursing* *Intervensi Stimulasi Oral* Pada Bayi BBLR Terhadap Masalah Keperawatan Defisit Nutrisi di Ruang *Neonatal Intesive Care* *Unit* (Nicu) RSUP.Prof. Dr.R.D. Kandou Manado.

1. **Rumusan Masalah**

Bagaiamana Aplikasi *Evidence Based Nursing Intervensi Stimulasi Oral* pada Bayi BBLR Terhadap Masalah Keperawatan Defisit Nutrisi di Ruang Neonatal Intesive Care Unit (NICU) RSUP. PROF. RSUP. Prof. Dr.R.D. Kandou Manado.

1. **Tujuan**
2. Tujuan Umum

Untuk mengetahui Aplikasi Evidence Based Nursing Intervensi Stimulasi Oral Pada Bayi BBLR Terhadap Masalah Keperawatan Defisit Nutrisi di Ruang *Neonatal Intesive Care* *Unit* (Nicu) RSUP.Prof.Dr.R.D. Kandou Manado.

1. Tujuan Khusus
2. Mampu melakukan pengkajian pada klien dengan BBLR Neonatorum di ruang NICU RSUP Prof . Dr. R.D. Kandou Manado.
3. Mampu melakukan Analisa data dan menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dengan BBLR Neonatorum di ruangan NICU RSUP Prof.Dr.R.D. Kandou Manado.
4. Mampu menyusun intervensi terkait diagnosa keperawatan pada klien dengan BBLR Neonatorum di ruangan NICU RSUP Prof. Dr.R.D. Kandou Manado.
5. Mampu menerapkan implementasi terkait intervensi yang disusun pada klien BBLR Neonatorum di ruangan NICU RSUP Prof.Dr,R.D. Kandou Manado.
6. Mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah diberikan pada klien dengan BBLR Neonatorum di ruangan NICU RSUP Prof.Dr.R.D. Kandou Manado.
7. Mampu melakukan dokumentasi keperawatan pada klien dengan BBLR Neonatorum di ruang NICU RSUP Prof.Dr.R.D. Kandou Manado.
8. **Manfaat Penulisan**
9. Rumah Sakit

Dapat memberikan informasi kepada institusi kesehatan tentang pemberian oksigen pada pasien BBLR Neonatorum dengan masalah keperawatan deficit nutrisi dengan pendekatan teori Florence Nightingale di ruangan NICU RSUP Prof.Dr.R.D. Kandou Manado.

1. Institusi Pendidikan

Dapat memberikan informasi kepada perawat terkait pemberian asuhan keperawatan pemberian nutrisi pada pasien BBLR Neonatorum dengan masalah keperawatan deficit nutrisi dengan pendekatan Florence Nightingale.

1. Peneliti Selanjutnya

Dapat dijadikan literature dan dikembangkan untuk penelitian selanjutnya yang lebih spesifik terkait masalah keperawatan deficit nutrisi pada pasien BBLR Neonatorum dengan pendekatan Florence Nightingale.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **TEORI PENYAKIT BBLR**
2. **Pengertian BBLR**

Berat Bayi Lahir Rendah adalah Bayi yang dilahirkan dengan berat yang kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia gestasi. BBLR dapat terjadi pada bayi kurang bulan (<37 minggu) atau pada bayi cukup bulan (intra uteri growth restriction) (Cárdenas López, 2012) BBLR adalah bayi yang lahir berat kurang dari 2500 gram di ukur pada saat lahir sampai hari ketujuh setelah lahir (Cárdenas López, 2012)

1. **Etiologi BBLR**

Beberapa Penyebab dari bayi dengan berat badan lahir rendah (Cárdenas López, 2012) yaitu :

1. Faktor Ibu
2. Penyakit
3. Mengalami komplikasi kehamilan,seperti anemia, perdarahan antepartum,PEB, eklamsia, infeksi saluran kemih.
4. Menderita penyakit seperti malaria, infeksi penyakit menular seksual,hipertensi,HIV/AIDS,TORCH (Toxoplasma,Rubella,Cytomegalovirus(CMV) dan herpessimplex virus dan penyakit jantung
5. Penyalahgunaan obat,merokok,konsumsi alcohol
6. Ibu
7. Angka kejadian prematuritas tinggi adalah kehamilan pada usia <20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
8. Jarak kelahiran yang terlalu dekat atau pendek (kurang dari 1 tahun)
9. Mempunyai riwayat BBLR sebelumnya
10. Keadaan sosial ekonomi
11. Keadaan tertinggi pada golongan sosial ekonomi rendah. Hal ini dikarenakan keadaan gizi dan pengawasan antenatal yang kurang
12. Aktivitas fisik yang berlebihan.
13. Pernikahan di bawah usia minimal.
14. Faktor janin beresiko meliputi : kelainan kromosom,infeksi janin kronik (inklusi sitomegali,rubella bawaan), gawat janin dan kehamilan kembar.
15. Faktor plasenta disebabkan oleh : hidramnion,plasenta previa,solutio plasenta,sindrom tranfusi bayi kembar (Sindrom parabiotik), ketuban pecah dini.
16. Faktor lingkungan, lingkungan yang berpengaruh adalah : tempat tinggal di dataran tinggi, terkena radiasi, serta paparan zat beracun.
17. **Klasifikasi BBLR**

Menurut (Cárdenas López, 2012)klasifikasi BBLR,yaitu :

1. BBLR prematur atau kurang bulan
2. Sindrom gangguan pernafasan ideopatik (penyakit membran hialin)
3. Pneumonia aspirasi karena adanya reflek menelan dan batuk belum sempurna,bayi belum dapat menyusui
4. Perdarahan periventrikuler dan perdarahan intraventrikuler otak lateral akibat anoksia otak (Erat kaitannya dengan gangguan pernafasan)
5. Hipotermia karena sumber panas bayi prematur baik lemak subkutan yang masih sedikit maupun belum terbentuk.

Beberapa ciri bayi terkena hipotermi :

1. Bayi menggigil
2. Kulit terlihat belang,merah,putih atau timbul bercak bercak
3. Gerakan bayi abnormal
4. Terjadinya Asfiksia pada kasus yang lebih parah. (Cárdenas López, 2012)
5. BBLR tidak sesuai umur kehamilan atau dismatur
6. Sindrom aspirasi
7. Hiperbilirubin
8. Hipoglikemia
9. Hipotermia
10. **Tanda dan Gejala BBLR**

Secara umum, gambaran klinis dari bayi BBLR adalah sebagai berikut:

1. Berat kurang dari 2500 gram
2. Panjang kurang dari 45 cm
3. Lingkar dada kurang dari 30 cm
4. Lingkar kepala kurang dari 33 cm
5. Umur kehamilan kurang dari 37 minggu
6. Kepala bayi lebih besar dari badan, Kepala tidak mampu tegak, rambut kepala tipis dan halus, elastisitas daun telinga
7. Integumen: Kulit tipis,transparan
8. Otot hipotonik lemah
9. Dada: dinding thorax elastis, putting susu belum terbentuk, pernafasan tidak teratur, dapat terjadi apnea, Pernafasan 40-50 kali/menit, Nadi 100-140 kali / menit
10. Ekstremitas: paha abduksi,sendi lutut/kaki fleksi-lurus, kadang terjadi odem, garis telapak kaki sedikit, telapak kaki halus, tumit mengkilat
11. Genetalia: pada bayi laki-laki skrotum kecil dan testis tidak teraba (belum turun), dan pada bayi perempuan klitoris menonjol serta labia mayora belum menutupi labia minora (labia mayora hampir tidak ada).

BBLR menunjukkan belum sempurnanya fungsi organ tubuh dengan keadaannya lemah, yaitu sebagai berikut :

1. Tanda-tanda bayi kurang bulan (KB)
2. Kulit tipis dan mengkilap
3. Tulang rawan telinga sangat lunak,karena belum terbentuk dengan sempurna
4. Jaringan payudara belum terlihat,puting masih berupa titik
5. Pada bayi perempuan, labia mayora belum menutupi labia minora
6. Pada bayi laki-laki, skrotum belum banyak lipatan,testis kadang belum turun
7. Kadang disertai dengan pernafasan yang tidak teratur
8. Aktivitas dan tangisnya lemah
9. Reflek menghisap dan menelan tidak efektif atau lemah
10. Tanda-tanda bayi Kecil Untuk Masa Kehamilan (KMK)
11. Gerakannya cukup aktif,tangis cukup kuat
12. Kulit keriput,lemak bawah kulit tipis
13. Bila kurang bulan jaringan payudara kecil, puting kecil. Bila cukup bulan payudara dan putting sesuai masa kehamilan
14. Bayi perempuan bila cukup bulan labia mayora menutupi labia minora
15. Bayi laki-laki testis mungkin telah turun
16. Menghisap cukup kuat (Cárdenas López, 2012)
17. **Komplikasi**
18. Masalah jangka pendek:
19. Gangguan metabolic
20. Hipotermia

 Terjadi karena hanya sedikitnya lemak tubuh dan sistem pengaturan suhu tubuh pada bayi baru lahir belum matang. Suhu normal neonatus 36,5-37,5ºC.

 Adapun ciri-ciri bayi BBLR yang mengalami hipotermia adalah sebagai berikut: suhu tubuh <32oC, mengantuk dan sukar dibangunkan, menangis sangat lemah, seluruh tubuh dingin, pernafasan lambat, pernafasan tidak teratur, bunyi jantung lambat, mengeras kaku (sklerema), tidak mau menetek, sehingga beresiko dehidrasi. Sedangkan tanda-tanda stadium lanjutan dari terjadinya hipotermia ini adalah muka,ujung kaki dan tangan berwarna merah terang, bagian tubuh lainnya pucat, kulit mengeras merah dan timbul edema terutama pada punggung, kaki dan tangan (sklerema), metode kanguru dengan “kontak kulit dengan kulit” membantu mempertahankan BBLR tetap hangat.

1. Hipoglikemia

 Gula darah berfungsi sebagai makanan otak dan membawa oksigen ke otak. Jika asupan glukosa ini kurang,akibatnya sel-sel syaraf di otak mati dan mempengaruhi kecerdasan bayik kelak. BBLR membutuhkan ASI sesegerah mungkin setelah lahir dan minum sangat sering (setiap 2 jam ) pada minggu pertama.

1. Hiperglikemia

 Hiperglikemia sering merupakan masalah pada bayi yang sangat amat prematur yang mendapat cairan glukosa berlebihan secara intravena tetapi mungkin juga terjadi pada bayi BBLR lainnya.

1. Masalah pemberian ASI

 Masalah pemberian ASI pada BBLR terjadi karena ukuran tubuh bayi dengan BBLR kecil, kurang energi, lemah, lambungnya kecil dan tidak dapat mengisap. Bayi dengan BBLR sering mendapat ASI dengan bantuan,membutuhkan pemberian ASI dalam jumlah yang lebih sedikit tetapi sering. Bayi BBLR dengan kehamilan ≥ 35 minggu dan berat lahir ≥ 2000 gram umumnya bisa langsung menetek (Cárdenas López, 2012)

1. Gangguan imunitas
2. Gangguan imunologik

Daya tahan tubuh terhadap infeksi berkurang. Bayi prematur relatif belum sanggup membentuk antibodi dan daya fagositosis serta reaksi terhadap infeksi belum baik, oleh karena itu bayi BBLR rentang terhadap infeksi.

1. Kejang saat dilahirkan

Biasanya bayi akan dipantau dalam 1 x 24 jam untuk dicari penyebab kejang, penyebab kejang pada bayi bisa karena infeksi sebelum lahir (prenatal), perdarahan intracranial atau karena vitamin B6 yang dikonsumsi ibu. Bayi perlu dijaga jalan napasnya agar tetap dalam kondisi bebas, bila perlu diberi obat anti kejang.

1. Ikterus (kadar bilirubin yang tinggi)

Ikterus adalah menjadi kuningnya warna kulit, selaput lender dan berbagai jaringan oleh zat warna empedu. Ikterus neonatal adalah suatu gejala yang sering ditemukan pada byi baru lahir. Bayi BBLR menjadi kuning lebih awal dan lebih lama dari pada bayi yang cukup berat badannya.

1. Gangguan pernafasan
2. Sindroma gangguan pernafasan

Gangguan nafas yang sering terjadi pada bayi BBLR kurang bulan (masa gestasi yang pendek) adalah penyakit membrane hialin, dimana angka kematian ini menurun dengan meningkatnya umur kehamilan. Pada byi BBLR yang mengalami gangguan pernafasan bisa disebabkan karena bayi menelan air ketuban sehingga masuk ke dalam paru-paru kemudian mengganggu pernafasannya. Pada bayi prematur, umumnya gangguan pernafasan berkaitan dengan organ paru yang belum matang.

1. Asfiksia

Bayi BBLR bisa kurang, cukup atau lebih bulan, semuanya berdampak pada proses adaptasi pernafasan waktu lahir sehingga mengalami asfiksia lahir. Bayi BBLR membutuhkan kecepatan dan ketrampilan resusitasi.

1. Apneu periodik (Henti Nafas)

Organ paru-paru dan susunan saraf pusat yang belum sempurna mengakibatkan kadang-kadang bayi berhenti bernafas.

1. Gangguan cairan dan elektrolit
2. Gangguan eliminasi

Kerja ginjal masih belum matang. Kemampuan mengatur pembuangan sisa metabolisme dan air masih belum sempurna. Ginjal yang imatur baik secara anatomis maupun fungsinya. Produksi urin yang sedikit, urea clearance yang rendah, tidak sanggup mengurangi kelebihan air tubuh dan elektrolit dari badan dengan akibat mudah terjadi edema dan asidosis metabolik.

1. Distensi abdomen

Distensi abdomen akibat dari mortilitas usus berkurang, volume lambung berkurang sehingga waktu pengosongan lambung bertambah, daya untuk mencernakan dan mengabsorbsi lemak, laktosa, vitamin yang larut dalam lemak dan beberapa mineral tertentu berkurang. Kerja dari sfingter kardioesofagus yang belum sempurna memudahkan terjadinya regurgitasi isi lambung ke esophagus dan mudah terjadi aspirasi.

1. Gangguan pencernaan

Saluran pencernaan pada bayi BBLR belum berfungsi sempurna sehingga penyerapan makanan dengan lemah atau kurang baik. Aktivitas otot pencernaan masih belum sempurna, sehingga pengosongan lambung berkurang. Bayi BBLR mudah kembung,hal ini disebabkan oleh karena stenosis anorektal, atresia ileum, peritonitis meconium dan mega colon.

1. Gangguan elektrolit

Kehilangan air insensible meningkat di tempat panas, selama terapi sinar, dan pada kenaikan suhu tubuh. (Cárdenas López, 2012)

1. Masalah jangka panjang pada BBLR:
2. Masalah psikis

Masalah jangka panjang yang mungkin timbul pada bayi-bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) antara lain:

1. Gangguan perkembangan dan pertumbuhan

Pada bayi BBLR, pertumbuhan dan perkembangan lebih lambat berkaitan dengan maturitas otak.

1. Gangguan bicara dan komunikasi

Penelitian longitudinal menunjukkan perbedaan kecepatan bicara yang menarik antara BBLR dan berat lahir normal (BLN). Pada bayi BBLR kemampuan bicaranya akan terlambat dibandingkan BLN sampai usia 6½ thn.

1. Gangguan neurologi dan kognisi

Gejala neurologis yang paling sering ditemukan adalah Cerebral Palsy. Makin kecil usia kehamilan bayi makin tinggi resikonya. Gejala neurologis lain adalah rentardasi mental, MMR (motor, mental, retardasi) dan kelainan EEG (dengan atau tanpa epilepsi). Gangguan selama periode perinatal akan meningkatkan resiko neurologis. Untuk usia kehamilan lebih tua, BBLSR (sehat) tetap beresiko untuk gangguan belajar dan gangguan perilaku. Pemantauan teratur dari perkembangan anak, bertindak cepat melalui deteksi dini dan memanfaatkan “golden period” (usia 0-3 tahun) banyak membanu BBLR melampaui masa kritisnya.

1. Gangguan belajar/masalah pendidikan

Suatu penelitian longitudian di Negara maju (UK dan Eropa) menunjukkan bahwa lebih banyak anak BBLR dimasukkan ke sekolah khusus.

1. Gangguan atensi dan hiperaktif

Dulu dikenal sebagai Minimal Brain Disorders, sekarang lebih disebut sebagai ADD dan ADHD (merupakan gangguan neurologi). Penelitian menunjukkan bahwa ganguan ini lebih banyak terjadi pada anak laki-laki dari pada perempuan. Lebih banyak pada anak dengan berat lahir <2041 gram. Sering disertai dengan gejala ringan (minor neurological sign) dan perubahan perilaku. Paling sering disertai gangguan disfungsi integrasi sensori (sensori processing disorders).

1. Masalah fisik
2. Penyakit paru kronis

Keadaan ini dapat disebabkan karena infeksi, kebiasaan ibu merokok selama kehamilan, dan radiasi udara di lingkungan.

1. Gangguan penglihatan (retinopati) dan pendengaran Sering terjadi pada BBLR dengan BB <1500 gram dan masa gestasi <30 minggu. Bayi bias mengalami kebutaan.
2. Kelainan bawaan (kongenital)

Suatu kelainan pada struktur, fungsi maupun metabolisme tubuh yang ditemukan pada bayi ketika dia dilahirkan.

1. Cerebral Palsy

Biasanya baru diketahui beberapa minggu atau beberapa bulan setelah bayi lahir, tergantung kepada beratnya kelainan (Cárdenas López, 2012)

1. **Patofisiologi**

Menurut (Cárdenas López, 2012) faktor yaeng mempengaruhi terjadinya BBLR terdiri dari faktor ibu yang meliputi penyakit ibu, usia ibu, keadaan sosial ekonomi, dan sebab lain berupa kebiasaan ibu, faktor janin dan faktor lingkungan.BBLR dengan faktor paritas terjadi karena sistem reproduksi ibu telah mengalami penipisan akibat sering melahirkan hal ini disebabkan oleh semakin tinggi paritas ibu, kualitas endometrium akan semakin menurun.Kehamilan yang berulang – ulang akan mempengaruhi aliran nutrisi ke janin dimana jumlah nutrsi akan berkurang dibandingkan dengan kehamilan sebelumnya.

Mekanisme pajanan asapa rokok terhadap kejadian BBLR dan berat plasenta dengan beberapa mekanisme Yaitu kandungan tembakau seperti nikotin, CO, dan polysiklik hydrokarbon, diketahui dapat menembus plasenta.Carbonmonoksida mempunyai afnitas berkaitan dengan hemoglobin membentuk karboksihemoglobin, yang menurunkan kapasitas darah yang mengangkut oksigen ke janin, sedangkan nikotin menyebabkan vasokontriksi arteri umbilikal dan menekan aliran darah ke plasenta. Kombinasi hypoxia intrauterine dan plasenta yang tidak sempurna mengalirkan darah diyakini menjadi penghambat pertumbuhan janin. Faktor yang juga memepngarhui kejadian BBLR adaalah penyakit pada ibu hamil. Anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan penurunan suplai oksigen ke jaringan, selain itu juga dapat meruabah struktur vaskularisasi plasenta, hal ini akan menggangu paertumbuhan janin sehingga akan memperkuat resiko terjadinya persalinan prematur dan kelahiran bayi dengan berat badan rendah terutama untuk kadar hemoglobin yang rendah mulai trimester awal kehamilan.

 Selain anemia implantasi plasenta abnormal seperti plasenta previa berakibat terbatasnya plasenta untuk tumbuh,sehingga akan memepengaruhi luas permukaanya, pada keadaan ini lepasnya tepi plasenta disertai perdarahan dan terbentuknya jaringan parut sering terjadi,sehingga meningkatkan resiko untuk terjadi perdarahan antepartum. Apabila perdarahan banyak dan kehilangan tidak dapat dipertahankan, maka terminasi kehamilan akan dilakukan pada usia kehamilan berapapun, hal ini menyebakan tingginya kejadian prematuritas yang memiliki berat badan lahir rendah disertai dengan mortalitas dan mordibitas tinggi. Keadaan sosial ekonomi secara tidak langsung mempengaruhi kejadian BBLR, karena pada umumnya ibu dengan keadaan sosial ekonomi yang rendah akan mempunyai intake makanan yang lebih rendah baik secara kualitas maupun kuantitas, yang berakibat kepada rendahnya status gizi pada ibu hamil. Selain itu gangguan psikologis selama kehamilan berhubungan dengan terjadinya peningkatan indeks resistensi arteri uterina, hal ini disebabkan karena arterinya peningkatan konsentrasi noradrenalin dalam plasma, sehingga liran darah ke uterus menurun dan uterus sangat sensitif terhadapa noradrenalin sehingga menimbulakn efek vasokontriksi, mekanisme inilah yang mengakibatkan terhambatnya proses pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterus sehingga terjadi BBLR. Pada BBLR ditemukan tanda dan gejala berupa disproporsi berat badan dibandingkan dengan panjang dan lingkar kepala, kulit kering pecah -pecah dan terkelupas serta tidak adanya jaringan subkutas, karena suplai lemak subkutan terbatas dan area kulit yang besar, berat badan bayi menyebabkan bayi mudah mengahantarkan panas pada lingkungan, sehngga bayi mudah kehilangan panas tubuh dan menjadi hipotermi. Selain itu tipisnya lemak subkutan menyebabkan struktur kulit belum matang dan rapuh. Sensitivitas akan memudahkan terjadinya kerusakan integritas kulit terutama pada daerah yang sering tertekan dalam waktu yang lama. Pada bayi BBLR juga mudah sekali terkena infeksi, karena daya tahan tubuh yang masih lemah, Kamampuan leukosit masih kurang dan pemebentukan antibodi belum sempurna. Alat pencernaan bayi BBLR masih belum teratur, lambung kecil, enzim pencernaan belum matang, selain itu jaringan lemak subkutan yang tipis menyebabkan cadangan energi berkurang yang menyebabkan malnutrisi dan hipoglikemi, akibat fungsi organ -organ belum baik terutama pada otak dapat menyebabkan imaturitas pada sentrum – sentrum vital yang menyebabkan reflek menelan belum sempurna dan reflek menghisap lemah, menyebabkan bayi dapat mengalami gangguan pemenuhan nutrisi.

1. **Penatalaksaan**
2. **Penatalaksanaan Umum BBLR**
3. Mempertahankan suhu tubuh bayi

 Bayi BBLR akan cepat mengalami 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 prematur harus dirawat di dalam incubator sehingga panas badannya mendekati rahim. Bila belum memiliki inkubator,bayi prematur dapat di bungkus dengan kain dan disampingnya ditaruh botol yang berisi air panas atau menggunakan metode kangguru yaitu perawatan bayi baru lahir seperti bayi kanguru dalam kantung ibunya (Cárdenas López, 2012)

1. Pengaturan dan pengawasan intake nutrisi

 Pengaturan dan pengawasan intake nutrisi dalam hal ini adalah menentukan pilihan susu, cara pemberian dan jadwal pemberian yang sesuai dengan kebutuhan bayi BBLR. ASI (Air Susu Ibu ) merupakan pilihan pertama jika bayi mampu mengisap.Permulaan pemberian cairan yang diberikan sekitar 200cc/kg/BB/hari. Cara pemberian makanan BBLR harus diikuti tindakan pencegahan khusus untuk mencegah terjadinya regurgitasi dan masuknya udara dalam usus (Cárdenas López, 2012)

1. Pencegahan infeksi

Infeksi adalah masuknya bibit penyakit atau kuman kedalam tubuh,khususnya mikroba. Bayi BBLR sangat mudah mendapat infeksi.Infeksi terutama disebabkan oleh infeksi nosokomial. Rentang terhadap infeksi ini disebabkan oleh kadar immunoglobulin serum pada bayi BBLR masih rendah,aktivitas bakterisidal neotrofil,efek sitotoksik limfosit juga masih rendah dan fungsi imun belum berpengalaman. Fungsi perawatan disini adalah memberi perlindungan terhadap bayi BBLR dari bahaya infeksi.Oleh karena itu bayi BBLR tidak boleh kontak dengan penderita infeksi dalam bentuk apapun. Digunakan masker dan baju khusus dalam penanganan bayi,perawatan luka tali pusat,perawatan mata,hidung,kulit,tindakan aseptis dan antiseptic alatalat yang digunakan,isolasi pasien, jumlah pasien dibatasi,rasio perawat pasien ideal,mengatur kunjungan,menghindari perawatan yang terlalu lama, mencegah timbulnya asfiksia dan pemberian antibiotic yang tepat (Sudarti, 2012). Bayi prematur 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/BBLR.

1. Penimbangan berat badan

 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.

1. Kenaikan berat badan pada bayi

 Bayi BBLR dengan berat badan <1500 gram akan mengalami kehilangan berat badan 15% selama 7-10 hari pertama. Berat lahir biasanya tercapai kembali, kenaikan berat badan selama 3 bulan. Kenaikan berat badan bayi BBLR dengan berat badan <1500 gram adalah 150 – 200 g seminggu (misalnya 20-30 g/hari) (Sudarti, 2012). Pemberian oksigen Ekspansi paru yang buruk merupakan masalah serius bagi bayi preterm BBLR, akibat tidak adanya alveoli dan surfaktan. Konsentrasi O2 yang diberikan sekitar 30-35% dengan menggunakan head box,konsentrasi O2 yang tinggi dalam masa yang panjang akan menyebabkan kerusakan pada jaringan retina bayi yang dapat menimbulkan kebutaan.

1. Pengawasan jalan nafas

 Jalan nafas merupakan jalan udara melalui hidung,pharing, trachea, bronchiolus, bronchiolus respiratorius, dan duktus alveoleris ke alveoli. Terhambatnya jalan nafas dapat menimbulkan asfiksia, hipoksia dan akhirnya kematian.Selain itu bayi BBLR tidak dapat beradaptasi dengan asfiksia yang terjadi selama proses kelahiran sehingga dapat lahir dengan asfiksia perinatal. Bayi BBLR beresiko mengalami serangan apneu dan defisiensi surfaktan, sehingga tidak dapat memperoleh oksigen yang cukup yang sebelumnya diperoleh dari plasenta. Dalam kondisi seperti ini diperlukan pembersihan jalan nafas segera setelah lahir (aspirasi lendir), dibaringkan pada posisi miring, merangsang pernafasan dengan menepuk atau menjetik tumit. Bila tindakan ini gagal,dilakukan ventilasi,intubasi endotrakheal,pijatan jantung dan pemberian oksigen dan selama pemberian intake dicegah terjadinya aspirasi. Dengan tindakan ini dapat dicegah sekaligus mengatasi asfiksia sehingga memperkecil kematian bayi BBLR (Cárdenas López, 2012)

1. **Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan pada bayi yang terjadi gangguan nutrisi dapat dilakukan pemberian nutrisi dengan cara parenteral maupun enteral atau dengan kombinasi keduannya. Nutrisi parenteral diberikan sebelum bayi mampu untuk mendapatkan nutrisi enteral atau pemberian nutrisi enteral tidak memungkinkan diberikan pada periode waktu yang lama. Total parenteral nutrisi memberikan kecukupan cairan, kalori, asam amino, eletrolit dan vitamin untuk pertumbuhan bayi. Pengawasan dalam pemberian nutrisi apabila daya isap belum baik bayi dicoba menetek sedikit demi sedikit, diberikan lewat sendok atau pipet, dipasang sonde fooding dan pemasangan infus untuk pemberian cairan dan obat-obatan (Cárdenas López, 2012)

1. **KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN**

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktik keperawatan. Hal ini dapat disebut sebagai suatu pendekatan untuk memecahkan masalah (problem solving) yang memerlukan ilmu, tekhnik, dan keterampilan interpersonal yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat.Proses keperawatan terdiri atas lima tahap yang berurutan dan saling berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi (PLANO DE DISCIPLINA - PROF LEONARDO - POLÍTICAS PÚBLICAS, 2019)

KonsepTersebut meliputi :

1. **Identitas :** Usia ibu saat hamil, usia kehamilan, kehamilan dengan penyakit penyerta
2. **Riwayat kesehatan**
3. Keluhan utama:

PB < 45 cm, LD < 30 cm, LK < 33 cm. Kesadaran apatis, daya isap lemah atau bayi tak mau minum, hipotonia letargi, dan mungkin terjadi kelumpuhan otot ekstravaskuler

1. Riwayat penyakit sekarang

Bayi dengan ukuran fisik: 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 isap lemah atau bayi tak mau minum, tangis yang melengking.

1. Riwayat penyakit dahulu

Bayi beresiko mengalami BBLR jika ibu mempunyai riwayat penyakit seperti hipertensi, plasenta previa, kehamilan kembar, malnutrisi, kebiasaan ibu mengonsumsi rokok, alcohol, ibu yang menderita penyakit malaria, dll.

1. Riwayat kehamilan dan melahirkan

Adanya riwayat kehamilan sebelumnya, dan pada saat partus siapakah yang berperan dalam pertolongan partus tersebut. Riawayat pemeriksaan ANC terpadu termasuk didalamnya.

1. Riwayat imunisasi

Pemberian vaksin tetanus diberikan 2 kali pada ibu hamil, yaitu: TT (tetanus) I diberika setelah bulan ke-3 dan TT II diberikan dengan interval minimal 1 bulan, serta tidak boleh <1 bulan sebelum persalinan agar kadar anti tetanus serum bayi mencapai kadar optimal. Bila ibu hamil belum mendapatkan polio, berikan vaksin polio yang aman untuk ibu hamil.

1. Riwayat nutrisi

Masalah pemberian ASI pada BBLR terjadi karena ukuran tubuh bayi dengan BBLR kecil, kurang energy, 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 ≥35 minggu dan berat lahir ≥2000 gram umumnya bisa langsung menetek (PLANO DE DISCIPLINA - PROF LEONARDO - POLÍTICAS PÚBLICAS, 2019)

1. **Pola ADL (aktivitas sehari-hari)**
2. Pola makan- minum (nutrisi)

Minum belum mencukupi, terutama pada bayi prematur yang refleks hisapnya masih lemah. ASI juga belum keluar terutama pada hari –hari pertama.

1. Pola istirahat tidur

Bayi aktif biasanya lebih sedikit dibandingkan anak kalem. Umumnya pada usia 3-4 bulan sebagian besar bayi telah mengembangkan pola tidur nocturnal yang berlangsung selama 9 sampai 11 jam. Total waktu tidur sehari sekitar 15 jam. Jumlah tidur siang dalam sehari bervariasi, namun bayi dapat tidur siang sebanyak satu atau dua pada akhir tahun pertama. Bayi yang diberi ASI biasanya tidur dengan periode waktu yang kurang lama, lebih sering terjaga, terutama selama malam, dibandingkan dengan bayi yeng mendapat susu botol (PLANO DE DISCIPLINA - PROF LEONARDO - POLÍTICAS PÚBLICAS, 2019)

1. Pola eliminasi

Buang Air besar (BAB): Pengeluaran mekonium harus sudah terjadi dalam 24-48 jam pertama, meskipun bisa juga terlambat sampai 7 hari pada bayi dengan berat badan lahir rendah. Buang air kecil (BAK): berkemih terjadi setelah 8 jam kelahiran, urin tidak bewarna dan tidak berbau. (PLANO DE DISCIPLINA - PROF LEONARDO - POLÍTICAS PÚBLICAS, 2019)

1. Pola kebersihan diri/personal hygiene

Menurut teori pola kebersihan diri perhatikan hygiene bayi terkait kebersihannya: bau tubuh yang tidak biasa; kondisi rambut, leher, kuku, dan kaki; dan kondisi pakaian (PLANO DE DISCIPLINA - PROF LEONARDO - POLÍTICAS PÚBLICAS, 2019)

1. Pola aktivitas

Tonus otot lemah sehingga bayi kurang aktif dan pergerakannya lemah (PLANO DE DISCIPLINA - PROF LEONARDO - POLÍTICAS PÚBLICAS, 2019)

1. **Pemeriksaan fisik**
2. Keadaan umum

Warna kulit yang buruk (sianosis atau ikterik), hipotonia, tidak responsif, apneu (PLANO DE DISCIPLINA - PROF LEONARDO - POLÍTICAS PÚBLICAS, 2019) Bayi dengan BBLR menunjukkan belum sempurnanya fungsi organ tubuh dengan keadaannya lemah, yaitu sebagai berikut:

1. Tanda-tanda bayi kurang bulan (KB)
2. Kulit tipis dan mengkilap.
3. Tulang rawan telinga sangat lunak, karena belum terbentuk dengan sempurna.
4. Lanugo (rambut halus/lembut) masih banyak ditemukan terutama pada punggung.
5. Jaringan payudara belum terlihat, putting masih berupa titik.
6. Pada bayi perempuan, labia mayora belum menutupi labia minora.
7. Pada bayi laki-laki, skrotum belum banyak lipatan, testis kadang belum turun.
8. Telapak tangan kurang dari 1/3 bagian atau belum terbentuk.
9. Kadang disertai dengan pernafasan yang tidak teratur
10. Aktivitas dan tangisnya lemah
11. Reflek menghisap dan menelan tidak efektif atau lemah.
12. Tanda-tanda bayi Kecil Untuk Masa Kehamilan (KMK)
13. Umur bayi dapat cukup, kurang atau lebih bulan, tetapi beratnya kurang dari 2500 gram.
14. Gerakannya cukup aktif, tangis cukup kuat
15. Kulit keriput, lemak bawah kulit tipis
16. Bila kurang bulan jaringan payudara kecil, puting kecil. Bila cukup bulan payudara dan putting sesuai masa kehamilan
17. Bayi perempuan bila cukup bulan labia mayora menutupi labia minora
18. Bayi laki-laki testis mungkin telah turun
19. Rajah telapak kaki lebih dari 1/3 bagian
20. Menghisap cukup kuat (PLANO DE DISCIPLINA - PROF LEONARDO - POLÍTICAS PÚBLICAS, 2019)
21. Pemeriksaan ABCD
22. Antropometri pada bayi dengan BBLR terutama berat badanterbagi menjadi 3, yaitu: BBLR berta antara 15002500 gram, BBLSR berat antara 1000-1500 gram, dan BBLER berat kurang dari 1000 gram, lingkar dada < 30 cm dan lingkar kepala < 33 cm (Proverawati, 2010).
23. Biokimia. pada bayi BBLR sering dijumpai adanya peningkatan kjadar hemoglobin, eritrosit karena imaturitas dari sel dan belum sempurnanya enzim
24. Clinical. Pada BBLR berat badan bayi belum memenuhi standart yakni 2500 gram. dan pada kasus ini biasanya juga terjadi kelemahan reflek atau fungsi menghisap
25. Diet Makanan atau nutrisi yang diberikan biasanya hanya ASI dan susu formula khusus BBLR jika disarankan oleh dokter.
26. Pemeriksaan kepala
27. Inspeksi:

Bentuk kepala adanya tanda persalinan seperti, caput suksedanium atau terjadi moulding sebagai akibat dari efek tekanan di kepala, ukuran kepala bayi (menandakan adanya makrochepali atau mikrichepali), pertumbuhan rambut di kepala (pertumbuhan rambut yang pendek menjadi indikasi abnormalitas kongenital (down sindrom). Bagian oksipital yang lunak menandakan adanya klasifikasi yang tidak sempurna yang disertai dengan osteogenesis imperfekta, kleidokranial disortosis dan kretinisme.

1. Palpasi:

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tampilannya normal (Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Pada kelahiran spontan letak kepala sering terlihat tulang kepala tumpang tindih yang disebut moulding atau moulase. Keadaan ini normal kembali setelah beberapa hari sehingga ubun-ubun mudah diraba).

1. Pada bayi BBLR biasanya memiliki ukuran kepala yang kurang dari normal, ukuran kepala normal yaitu:
2. Lingkar kepala kecil = 32 cm
3. Lingkar kepala sedang = 34 cm
4. Lingkar kepala besar = 35 cm
5. Diameter biparientalis = 9,5 cm
6. Diameter bitemporalis = 8 cm
7. Diameter = 9,5 cm
8. Diameter =Fleksibel
9. Diameter =12 cm
10. Diameter = 13,5 cm
11. Diameter = 9,5 cm
12. Pemeriksaan wajah

Kesimetrisan wajah (terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauteri). Wajah yang tidak simetris mungkin juga disebabkan oleh kelumpuhan saraf ke-7, hipoplasia otot depressor sudut mulut atau posisi janin yang tidak normal. Perhatikan juga kelainan wajah yang khas seperti down sindrom/sindrom piere robin, adanya trauma lahir seperti laserasi.

1. Pemeriksaan mata

Inspeksi :

Kesimetrisan mata kanan dan kiri, kesejajaran (jarak normal 3 cm, jarak yang terlalu dekat menandakan hipertiroidisme), perhatikan kemiringan palpebral, perhatikan adannya strabismus (mata juling), konjungtiva kemerahan/pucat, sclera putih/ikterik, keadaan kornea jernih/keruh (bila ada kekeruhan kornea, bayi mungkin mempunyai glaucoma kongenital dan perlu pemeriksaan mata yang lebih intensif), perhatikan pertumbuhan alis mata dan bulu mata, keadaan lensa mata (normal jernih tidak bewarna), kondisi pupil (bentuk, ukuran dan gerakan), reflek pupil isokor, berkontriksi terhadap cahaya, adannya secret pada mata. Seringkali terlihat pula secret dari mata yang agak lengket, biasanya penyebabnya adalah saluran nasolakrimal yang belum berfungsi.

1. Pemeriksaan hidung

Terletak pada garis tengah wajah, kaji bentuk dan lebar hidung (pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm), jumlah lubang hidung, adannya kelainan septum deviasi, adanya pembesaran konka, adannya pernafasan cuping hidung menunjukkan adanya gangguan pernafasan, adannya perdarahan, adanya secret. Hidung biasanya datar setelah lahir dan memar sering terjadi.

1. Pemeriksaan telinga

Perhatikan bentuk, ukuran, posisi telinga dan rasakan kartilagonya. Daun telinga yang letaknya rendah (low-set ears) yaitu yang batas atasnya berada di lebih rendah dari kantus lateral mata. Hal tersebut terdapat pada bayi engan sindrom tertentu antara lain sindrom PierreRobin. Periksa keadaan lumen dan gendang telinga dan adanya serumen atau tidak.

1. Mulut

Kaji apakah ada bibir sumbing atau tidak, normalnya langit-langit pada mulut melengkung tinggi dan agak sempit. Kaji reflek menghisap dengan meletakan putting atau jari tangan dengan memakai sarung tangan nonlateks dalam mulut bayi. Biasanya reflek menghisap pada bayi BBLR lemah.

1. Pemeriksaan leher

Kesimetrisan leher, adanya pembesaran kelenjar tyroid atau tidak, perhatikan pula adanya webbed neck yang terdapat pada beberapa kelainan kongenital anatara lain sindrom turner. Adanya bendungan vena jugularis atau tidak.

1. Pemeriksaan dada
2. Paru-paru

Inspeksi : Bentuk thorak, normal ,pigeon chest, funnel chest, barrel chest. Kaji pernafasan frekuensi (40- 60 x/mnit),kaji kesimetrisan gerakan dada, ada tidaknya puting susu (pada bayi BBLR putting susu belum menonjol).

Palpasi : Rasakan gerakan diding dada dan vocal fremitus pada saat bayi menangis.

Perkusi: Bandingkan suara antara suara paru kanan dan suara paru kiri (normalnya suara terdengar sonor).

Auskultasi: dengarkan suara paru kanan dan kiri, bandingkan suara nafas pada saat bayi ekspirasi(normalnya suara terdengar vesikuler diseluruh lapang dada).

1. Jantung

Inspeksi: Kaji adanya ictus cordis di ics IV garis midclavikula/sedikit lateral.

Palpasi: Raba adanya ictus cordis atau tidak.

Auskultasi: Dengarkan BJ I pada ICS IV linea sternalis kiri (BJ 1 tricuspidalis), ICS V mid clavicuka atau apeks (BJ 1 Mitral). Dengarkan BJ II pada ICS II linea sternalis kanan (BJ II aorta), ICS II linea sternalis kiri atau ICS III linea sternalis kanan (BJ II pulmonal).

Perkusi: normalnya suara jantung terdengar redup.

1. Pemeriksaan abdomen

Inspeksi: Kaji bentuk perut, normalnya bulat pot belly. (jika bentuk perut cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika, jika buncit kemungkinan karena hepato/splenomegali atau tumor lainnya ataupun cairan didalam rongga perut, jika perut kembung kemungkinan ada enterokolitis vesikalis, omfalokel ). Kaji keadaan tali pusat adakah tanda-tanda infeksi, perhatikan bayangan pembuluh vena (pada bayi BBLR bayangan vena akan terlihat). Auskultasi: Dengarkan peristaltic usus dalam 1 menit (normalnya terdengar tiap 10-30 detik). Perkusi: Membagi abdomen menjadi 4 kuadran (terdengan suara tympani disemua lapang abdomen, kecuali daerah hepar dan lien ). Palpasi: Adanya nyeri tekan, benjolan/massa, turgor kulit (normal <2 detik). Dengan palpasi yang dalam ginjal dapat diraba posisi bayi terlentang dan tungkai bayi dilipat agar otot dinding perut dalam keadaan relaksasi. Hati biasanya teraba 2 sampai 3 cm dibawah arkus kosta kanan, sedangkan limpa sering teraba 1 cm dibawah arkus kosta kiri karena masih terjadi hematopoeisis ekstrameduler.

1. Ekstermitas

Periksa kesimetrisan ekstermitas, kisaran gerak dan reflek. Hitung jari tangan dan kaki dan catat adanya kelebihan jari (polidaktil) atau menyatunya jari (sindaktil). Kaji tonus otot, dengan berusaha mengekstensikan ekstermitas yang fleksi. Jika terjadi hipotonia menunjukan adanya hipoksia, gangguan neurologis atau sindrom down derajat tertentu.

1. Pemeriksaan genetalia dan anus

Bayi perempuan klitoris yang menonjol dengan labia mayora yang belum berkembang. Sedangkan pada bayi laki-laki skrotum 44 yang belum berkembang sempurna dengan ruge yang kecil, testis tidak turun ke dalam skrotum (PLANO DE DISCIPLINA - PROF LEONARDO - POLÍTICAS PÚBLICAS, 2019) Testis biasanya sudah turun ke dalam skrotum pada bayi yang cukup bulan. Pada bayi yang kurang bulan, tidak jarang terdapat kriptorkismus. Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Pengeluaran mekonium biasanya terjadi dalam 24 jam. Apabila setelah 48 jam mekonium belum juga keluar, pikirkan kemungkinan meconium plug syndrome, megacolon atau obstruksi saluran pencernaan. Bila terdapat darah dalam mekonium perlu dibedakan apakah darah berasal dari bayi atau dari ibu yang tertelan oleh bayi. Cara membedakannya adalah dengan uji Apt yaitu dengan meneteskan basa kuat (NaOH atau KOH). Darah ibu akan mengalami hemolisis sedangkan darah bayi tidak karena resisten terhadap alkali.

1. Pemeriksaan neurologis
2. Reflek Morrow

Reflek morrow adalah timbul oleh rangsangan mendadak/mengejutkan. Bayi akan mengembakan tangannya ke samping dan melebarkan jari-jari kemudian tangannya di tarik kembali dengan cepat. Reflek ini muncul sejak lahir. Reflek ini akan mereda 1 atau 2 minggu dan hilang setelah 6 bulan.

1. Rooting Reflek (refek mencari)

Kepala bayi akan berpaling memutar ke arah asupan dan mencari putting susu dengan bibirnya. Reflek ini berlanjut sementara bayi masih menyusu dan menghilang setelah 3-4 bulan.

1. Reflek Menghisap (Sucking reflek)

Ditimbulkan oleh rangsangan pada daerah mulut atau pipi bayi dengan putting/jari tangan. Bibir bayi akan maju ke depan dan lidah melingkar kedalam untuk menyedot. Menghilang saat bayi berusia 2-3 bulan.

1. Reflek Menggenggam

Timbul bila kita menggoreskan jari melalui bagian dalam atau meletakkan jari kita pada telapak tangan bayi. Jari-jari bayi akan melingkar ke dalam seolah memegangi suatu benda dengan kuat. Reflek ini menghilang umur 3-4 bulan.

1. Tonic Neck Refleks

Tonic neck reflex merupakan refleks mempertahankan posisi leher/kepala. Timbul bila kita membaringkan bayi secara terlentang. Kepala bayi secara akan berpaling ke salah satu sisi sementara ia berbaring terlentang. Lengan pada sisi kemana kepalanya berpaling akan terlentang lurus keluar, sedangkan tangan lainnya dilipat. Reflek ini sangat nyata pada 2-3 bulan dan gilang sekitar 4 bulan.

1. Reflek Gallant

Reflek galant ditimbulkan denga menggosok satu sisi punggung sepanjang garis paravertebral 2-3 cm dari garis tengah mulai dari bahu hingga bokong. Reflek ini secara normal akan hilang setelah 2-3 bulan.

1. Stepping Refleks

Stepping refleks akan timbul ketika kita memegangi bayi pada posisi berdiri dan sedikit menekan. Bayi akan mengangkat kakinya secara bergantian seakan-akan berjalan. Reflek ini terlihat setelah 1 minggu dan akan menghilang setelah 2 bulan.

1. Swallowing Reflex

Swallowing Reflex adalah refleks gerakan menelan benda-benda yang didekatkan ke mulut, memungkinkan bayi memasukkan makanan ada secara permainan tapi berubah sesuai pengalaman.Terjadi mulai: Usia 0-3 bulan. Penyebab: Ada benda yang masuk ke mulutnya, maka akan segera dia isap, lalu dia telan. Refleks ini tidak akan hilang, namun lewat usia 3 bulan, bayi sudah mulai mengisap secara sadar. Waspada jika Tidak ada refleks, kemungkinan ada kelainan pada susunan "etika kita memasukkan puting susu atau dot dan bayi mulai menghisap kemudian menelan.

1. **PEMERIKSAAN PENUNJANG**

Menurut (PLANO DE DISCIPLINA - PROF LEONARDO - POLÍTICAS PÚBLICAS, 2019) pemeriksaan penunjang untuk bayi dengan BBLR adalah sebagai berikut:

1. Pemeriksaan skor ballard
2. Tes kocok (shake test), dianjurkan untuk bayi kurang bulan.
3. Melakukan pengecekan darah rutin, glukosa darah, jika perlu dan tersedia fasilitas dapat diperiksa kadar elektrolit dan analisa gas darah. Hemoglobin usia 1 – 3 hari (N: 14,5 – 22,5 g/dl)

Leukosit usia 0 – 1 hari (N: 9,4 – 34,0 x 1000sel/mm³(μl))

Bilirubin, total serum

Prematur 0 – 1 hari (< 8,0 mg/dl dan < 137 μmol/L)

Matur 0 – 1 hari (< 6,0 mg/dl dan < 103 μmol/L)

Prematur 1 – 2 hari (< 12,0 mg/dl dan < 205 μmol/L)

Matur 1 – 2 hari (< 8,0 mg/dl dan < 137 μmol/L)

Prematur 2 – 5 hari (<16,0 mg/dl dan < 274 μmol/L)

Matur 2 – 5 hari (< 12,0 mg/dl dan < 205 μmol/L)

1. **Analisa data**

Data-data klien yang telah diperoleh dari proses pengumpulan data dikelompokkan berdasarkan masalah kesehatan yang dialami klien dan diagnose keperawatan resiko pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit kurang sesuai dengan kriteria permasalahanya. Setelah data dikelompokkan maka perawat dapat mengidentifikasi masalah kesehatan klien dan dapat mulai menegakkan diagnosa keperawatan (PLANO DE DISCIPLINA - PROF LEONARDO - POLÍTICAS PÚBLICAS, 2019)

1. **Diagnosa keperawatan**

Berbagai masalah klien berhubungan dengan lingkungan antara lain:

1. Faktor lingkungan berpengaruh terhadap efektifitas asuhan
2. Penyesuaian terhadap lingkungan
3. Pengaruh stressor lingkungan terhadap efektifitas asuhan
4. **Intervensi keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah tindakan yang dirancang untuk membantu klien dalam beralih dari tingkat kesehatan saat ini ketingkat yang diinginkan dalam hasil yang diharapkan.

1. **Perencanaan**

Upaya dasar dalam mempengaruhi pertumbuhan klien dalam konteks lingkungan yang sehat dan nyaman

1. **Implementasi**

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun, dimana tindakan keperawatan memenuhi klien sehingga tujuan keperawatan dapat tercapai dengan baik. Hal ini terlaksana karena adanya kerjasama yang baik dan partisipasi klien, keluarga dan keperawatan suatu tim medis lainnya.

1. **Evaluasi**

Mengobservasi dampak lingkungan terhadap kesehatan individu.

1. **Teori Keperawatan Florence Ninghtingale**

Florence Nightingale lahir pada 12 mei 1820, diFlorence,Itali, dari keluarga sejahtera yang nyaman. Dia lahir ketika orang tuanya, William Edward Nightingale dan Frances Nightingale, sedang berbulan madu di eropa. (Ayahnya mengubah namanya dari shore menjadi nightingale setelah mewarisi harta paman buyutnya pada tahun 1815).

Pada tahun 1844, Nightingale telah memilih jalan yang berbeda dari kehidupan sosial dan pernikahan yang diharapkan oleh orang tuanya, sekali lagi atas keberatan mereka, dia memutuskan untuk bekerja di keperawatan, pada saat itu profesi yang kurang terhormat.

Paradigma keperawatan Florence Nighingale beorientasi pada lingkungan, dia percaya bahwa lingkungan pasien terus harus diubah untuk memungkinkan alam untuk bertindak atas pasien (Big & Ca, n.d.)

Nightingale tidak memandang perawat secara sempit yang hanya sibuk dengan masalah pemberian obat dan pengobatan, tetapi lebih berorientasi pada pemberian udara, lampu, kenyaman lingkungan, kebersihan, ketenangan, dan nutrisi yang adekuat (Big & Ca, n.d.) Melalui observasi dan pengumpulan data, Nightingale menghubungkan antara status kesehatan klien dengan faktor lingkungan dan, sebagai hasil, yang menimbulkan perbaikan kondisi hygiene dan sanitasi selama perang Crimean.

 (Big & Ca, n.d.) mencatat bahwa nightingale memberikan konsep dan penawaran yang dapat divalidasi dan digunakan untuk menjalankan praktik keperawatan. Nightingale dalam teori deskripsinya memberikan cara berfikir tentang keperawatan dan kerangka rujukan dalam berfokus pada klien dan lingkungannya. surat Nightingale dan tulisan tangannya menuntun perawat untuk bekerja atas nama klien. Prinsipnya mencakup bidang pelayanan, penelitian dan pendidikan. Hal paling penting adalah konsep dan prinsip yang membentuk dan melingkupi praktik kepewatan. Ia mencatat bahwa observasi (pengkajian) bukan demi berbagai informasi atau fakta yang mencurigakan, tetapi demi penyelamatan hidup dan mengingkatkan kesehatan dan kenyamanan.

Teori Nightingale memnadang pasien dalam kontek lingkungan keseluruhan:

1. Lingkungan fisik
2. Psikologis
3. Sosial

 Teori/model konsep Florence Nightingale memposisikan lingkungan sebagai focus asuhan keperawatan, dan perawat tidak perlu memahami seluruh proses penyakit, model dan konsep ini dalam upaya memisahkan anatara profesi keperawatan dengan kedokteran. Orientasi pemberian asuhan keperawatan/ tindakan keperawatan lebih diorientasikan pada pemberian udara, lampu, kenyamanan, kebersihan, ketenangan dan nutrisi yang adequate, dengan dimulai dari pengumpulan data dibandingkan dengan tindakan pengobatan semata, upaya teori tersebut dalam rangka perawat mampu menjalankan praktik keperawatan mandiri tanpa bergantung pada profesi lain.

 Model dan konsep ini memberikan inspisi dalam perkembangan praktik keperawatan, sehingga akhirnya dikembangkan secara luas, paradigm perawat dalam tindakan keperawatan hanya memberikan kebersihan lingkungan kurang benar, akan tetapi lingkungan dapat mempengaruhi proses perawatan pada pasien, sehingga perlu diperhatikan.

1. **Aplikasi Teori Menurut Florence Nightingale**

 (Big & Ca, n.d.) tujuan keperawatan untuk memfasilitas proses penyembuhan tubuh dengan memanipulasi lingkungan klien. Kerangka kerja praktiknya adalah lingkungan untuk mendapatkan ketenangan, nutrisi, kebersihan, cahaya, kenyamanan, sosialisasi, dan harapan yang sesuai.

Proses keperawatan menurut Florence yakni:

1. **Pengkajian**
2. Biodata

Biodata atau identitas pasien:meliputi nama tempat tanggal lahir jenis kelamin. Biodata penanggung jawab meliputi : nama (ayah dan ibu, umur, agama, suku atau kebangsaan, pendidikan, penghasilan pekerjaan, dan alamat)

1. Keluhan Utama

Bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram.

1. Riwayat kesehatan
2. Riwayat penyakit sekarang

Pada riwayat penyakit sekarang ditemukan umur kehamilan biasanya anatara 24 sampai 37 minggu, rendahnya berat badan pada saat kelahiran, berat biasanya kurang dari 2500 gram, kurus, lapisan lemak subkutan sedikit atau tidak ada, kepala relativelebih besar dibandingkan badan, 3 cm lebih besar dibandingkan lebar dada, kelainan fisik mungkin terlihat, nilai APGAR pada 1 sampai 5 menit, 0 samai 3 menunjukkan kegawatan yang parah, 4 sampai 6 kegawatan yang sedang, dan 7 sampai 10 normal.

1. Riwayat penyakit dahulu

Ibu dengan riwayat melahirkan BBLR pada partus sebelumnya mempuyai kemungknan untuk melahirkan anak berikutnya dengan BBLR.

1. Riwayat kehamilan dan persalinan
2. Riwayat prenatal

Pada umunya ibu hamil dengan pemeriksaan ANC ≤ 4 kali beresiko bayi lahir dengan BBLR.

1. Riwayat natal

Umur kehamilan biasanya anatara 24 sampai 37 minggu, berat biasanya kurang dari 2500 gram, nilai APGAR pada 1 sampai 5 menit, 0 sampai 3 menunjukkan kegawatan yang parah, 4 sampai 6 yang sedang, dan 7 sampai 10 normal.

1. Riwayat postnatal

Pada bayi BBLR, biasanya bayi pergerakannya lemah dan kurang, tangisan lemah, pernafasan belum teratur dan sering mengalami serangan apnea, reflek tonus leher lemah, reflek menghisap dan menelan serta reflek batuk belum sempurna, dan tali pusat berwarna kuning kehijauan.

1. Pemeriksaan fisik
* Keadaan umum

Bayi BBLR memiliki berat kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang dari 45 cm, pernafasan belum teratur dan sering mengalami serangan apnea, dan bayi BBLR mudah mengalami hipotermia.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| APGAR | 0 | 1 | 2 |
| *Appearance* (Warna kulit) | Pucat | Badan merah, ekstremitas biru | Seluruh tubuh kemeraha-Merahan |
| *Pulse Rate*(Frekuensi nadi) | Tidak ada | < 100 | >100 |
| *Grimace* (Reaksi rangsang) | Tidak ada | Sedikit gerakan mimik(grimace) | Batuk atau bersin |
| *Activity*(Tonus otot) | Tidak ada | Ekstremitasdalam sedikit fleksi | Gerakan aktif |
| *Respiration* (Pernafasan) | Tidak ada | Lemah atautidak teratur | Baik atauMenangis |

 Sumber **:** (Big & Ca, n.d.)

Nilai 7-10 : Kondisi baik

Nilai 4-6 : Depresi pernapasan sedang

Nilai 0-3 : Depresi pernapasan berat

1. **Pemeriksaan fisik (Head to toe)**
* kepala dan leher

Inspeksi : Lingkar kepala kurang dari 33 cm, kepala lebih besar dari pda badan, dan tulang rawan dan daun telinga imatur, batang hidung cekung, hidung pendek mencuat, bibiratas tipis, dan dagu maju, serta pelebaran tampilan mata.

Palpasi : Ubun-ubun dan sutura lebar, adanya penonjolan tulang karena ketidak adekuat pertumbuhn tulang, dan dahi menonjol lingkar kepala kurang dari 33 cm.

* Dada

Inspeksi : Jumlah pernapasan rata-rata antara 40-60 per menit diselingi dengan periode apnea, pernapasan tidak teratur, dengan faring nasal melebar, adanya retraksi (intercostal, suprasternal, substernal).

Palpasi : Tulang rusuk lunak, ictus cordis teraba di ICS 4-5

Auskultasi : Denyut jantung rata-rat 120-160 per menit pada bagian apical dengan ritme teratur pada saat kelahiran, kebisingan jantung.

* Seperempat bagian interkontal abdomen

Inspeksi : Penojolan abdomen, tali pusat berwarna kuning kehijuan

Auskultasi : Peristaltik usu peristaltic dapat dimulai 6-12 jam setelah kelahiran

* Genetalia

Inspeksi : Pada bayi perempuan ditemukan klitoris yang menonjol dengan labia mayora yang belum berkembang, sedangkan pada bayi laki-laki skrotum belum berkembang smpurna dengan rupa yang kecil, dan testis tidak turun ke dalam skrotum.

* Anus

Inspeksi : Pengeluaran meconium biasanya terjadi dalam waktu 1 jam, terdapat anus.

* Ektermitas

Inspeksi : Tonus otot dapat tampak kencang dengan fleksi ekstermitas bawah dan atas serta keterbatasan gerak, penurunan masa otot, khususnya pada pipi, bokong dan paha.

Palpasi : Tulang tengkorak lunak

* Kulit (intergumen)

Inspeksi : Kulit berwarna merah muda atau merah, kekuning-kuningan, kulit tampak transparan, halus dan mengkilap, kuku pendek belum melewati ujung jari.

1. **Pemeriksaan neurologis**
* Refleks rooting dan menghisap

Respon bayi dalam menolehkan kepala kearah stimulus lemah, membuka mulut, dan mulai menghisap lemah.

* Menelan

Terjadi muntah, batuk atau regurgitasi cairan.

* Moro

Respon asimetris pada pemeriksaan reflek moro, fleksi ekstermitas bawah dan atas serta keterbatasan gerak.

* Tonik leher atau fencing

Reflex tonus leher lemah.

* Glabellar “*blink”*

Terus berkedip dan menandakan kemungkinan gangguan neulogis.

* Palmar grasp

Pada bayi normal jari akan melekuk disekeliling benda dan menggengamnya seketika bila jari diletakkan di tangan bayi, namun pada bayi dengan BBLR respon ini berkurang.

* Plantar grasp

Pada bayi normal jari bayi akan melekuk di sekeliling benda dan menggegamnya seketika bila jari diletakkan ditelapak kaki bayi, namun pada bayi BBLR respon ini berkurang.

**2 Diagnosa keperawatan Florence Nigtingale**

 Diagnosa yang dapat ditegakkan oleh seorang perawat pada bayi dengan BBLR yaitu:

1. D.0005 Pola nafas tidak efekif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas) dibuktikan dengan dispnea,pola napas abnormal, prnapasan cuping hidung
2. D.0032 Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan, dan ketidakmampuan mencerna makanan
3. D.0142 Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive

**3 Intervensi keperawatan Florence Nigtingale**

 Berdasarkan dari diagnose yang ditegakkan merutut Florence Nigtingale maka intervensi yang diberikan sesuai SDKI,SLKI,SIKI adalah sebagai berikut:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Diagnosa (SDKI)** | **LUARAN****(SLKI)** | **INTERVENSI****(SIKI)** |
| **1.** | **D.0005** Pola pernafasan tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas) dibuktikan dengan dispnea, pola napas abnormal,pernapsan cuping hidung. | **L.01004 (Pola napas)**Setelah dilakukan intervensi, maka pola nafas membaik dengan kriteria hasil:* Dispnea menurun
* Penggunaan otot bantu napas menurun
* Pernapasan cuping hidung menurun
 | **I.01012 (Manajemen jalan napas)**1. **Observasi:**
2. Monitor pola napas
3. Monitor bunyi napas
4. **Terapeutik:**
5. Pertahankan kepatenan jalan napas
6. Berikan oksigen jika perlu
7. **Edukasi:**
8. Anjurkan asupan cairan
9. **Kolaborasi:**
10. Kolaborasi pemberian ronkodilator
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2** | **D.0142**Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive | **L14137 (Tingkat Infeksi)**Setelah dilakukan Tindakan keperawatan maka glukosa derajat infeksi menurun dengan kriteria hasil:- Kebersihan tangan meningkat- Kebersihan tubuh meningkat | **I.14539 (Pencegahan infeksi)**1. **Observasi:**
2. Monitor tanda gejala infeksi local dan sistemik
3. **Terapeutik:**
4. Batasi jumlah pengunjung
5. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
6. Pertahankan Teknik aseptic pada pasien beresiko tinggi
7. **Edukasi:**
8. Jelaskan tanda gejala infeksi
9. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
10. **Kolaborasi:**
11. Kolaborasi pemberian imunisasi,*jika perlu*
 |
| **3** | **D.0032**Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan,dan ketidakmampuan mencerna makanan | **L030330 (Status nutrisi)**Setelah dilakukan Tindakan keperawatan maka diharapkan status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil:* - Berat badan meningkat
* - Panjang badan meningkat
 | **I.03119 (Manajemen nutrisi)**1. **Observasi:**
2. Monitor status nutrisi
3. Monitor berat badan
4. **Terapeutik**
5. Bicara dengan bayi selama diberikan maknan untuk menstimulus bayi
6. **Kolaborasi**
7. Kolaborasi dengan ahli gixi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, *jika perlu*
 |

**4 Implementasi**

 Imlementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dari hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. namun demikian, di banyak lingkungan perawatan kesehatan implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian.

**5 Evaluasi**

 Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil yang teramati dengan tjuan atau kriteria hasil dibuat perencanaan yang menggunakan pendekatan SOAP. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien biasa keluar dari siklus proses keperawatan. tersebut mulai dari pengkajian ulang (reassessment).

secara umum, evaluasi ditunjukan untuk:

1. Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan
2. Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum
3. Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai.
4. **Analisis Evidence Based Nursing (EBN)**

 ANALISA JURNAL DENGAN METODE PICO

*“Effects of Oral Stimulation on Increase Weight on LBW Baby”*

Lilis Fatmawati, Yunita Syaiful, Arum Ayu Ning Tias (Fatmawati, 2021)

*PROBLEM:*

Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) sering kali sulit mengalami peningkatan berat badan, dikarenakan kurangnya kemampuan minum yang membuat bayi BBLR mengalami kegagalan dalam pertumbuhan. Salah satu upaya untuk mengatasi masalah ini dengan memberikan stimulasi oral sejak dini berupa sentuhan pemijatan terhadap jaringan otot disekitar bibir dan mulut, populasi penelitian ini adalah 24 bayi dan sampel yang digunakan 23 bayi.

*INTERVENTION:*

Stimulasi oral yang digunakan pada penelitian ini merupakan kombinasi dari teknik massage stroking dan tapping pada otot-otot wajah dan stimulasi struktur oral, waktu stimulasi oral yang diperlakukan selama 12 hari. setiap hari dilakukan selama tiga kali 15 menit. setelah dilakukan evaluasi per 6 hari mengalami peningkatan berat badan.

*COMPARISSON:*

Tidak ada

*OUTCOME:*

Data analisa menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* hasil penelitian menunjukkan peningkatan berat badan sebelum stimulasi oral terdapat presentase 87,0% artinya bayi BBLR banyak mengalami penurunan berat badan. sesudah dilakukan stimulasi oral peningkatan berat badan sebesar dialami hampir seluruh responden dengan presntase 95,7% artinya ada pengaruh stimulasi oral terhadap peningkatan berat badan pada bayi BBLR.

1. **Standar Operasional Prosedur Ketrampilan**

 **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**

 **Memberi minum bayi dengan menggunakan Botol susu/dot**

Definisi: Memberikan minum ASI menggunakan botol susu/dot adalah untuk memenuhi kebutuhan tubuh akan zat makanan, cairan dan elektrolit dilakukan bila produksi ASI kurang keadaan ibu dan bayi tidak memungkinkan, misalnya pada ibu pasca bedah atau pada bayi bblr. (Depkes 2010)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | ASPEK YANG DINILAI | NILAI |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | PERSIAPAN ALAT :1. Botol dan Dot bertutup steril dan telah berisi susu
2. Air matang dalam tempatnya
3. Sendok teh
4. Alas dada bayi atau lap pelaksanaan
 |  |  |  |
| 2. | TAHAP PRA INTERAKSI :1. Baca catatan keperawatan
2. Menyiapkan dan menempatkan alat-alat didekat pasien
3. Mencuci tangan
 |  |  |  |
| 3.  | TAHAP ORIENTASI :* + - 1. Berikan salam, panggil klien / keluarga dengan tindakan
			2. Jelaskan prosedur dan waktu tindakan kepada keluarga
			3. Menanyakan persetujuan keluarga
 |  |  |  |
| 4. | TAHAP KERJA :1. Siapkan alat-alat yang diperlukan
2. Cuci tangan
3. Pasang alas dada pada bayi
4. mengatur posisi bayi senyaman mungkin
5. Suhu susu diperiksa dengan cara meneteskan susu dipunggung tangan, suhu yang baik adalah hangat-hangat kuku
6. Tetesan susu yang baik adalah susu yang menetes tidak terlalu deras. Oleh karena itu diusahkan lubang dot disesuaikan dengan kemampuan bayi menghisap
7. Bayi diberi minum dengan posisi botol dimiringkan sehingga leher botol terisi penuh dengan susu, agar udara tidak terhisap oleh bayi
8. Setelah minum bayi diangkat kemudian ditelungkupkan dibahu perawat sambil ditepuk-tepuk daerah punggungnya agar bersendawa
9. Bayi dibaringkan dengan posisi miring
10. Catat jumlah susu yang diminum oleh bayi pada lembar catatan perawat
11. cuci tangan
 |  |  |  |
|  | TAHAP TERMINASI :Mendokumentasikan tndakan keperawatan |  |  |  |

  **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**

 **PEMASANGAN CPAP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hari/Tgl :** | **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)****PEMASANGN CPAP** | **Penilaian** |
| **Ya** | **Tidak** |
| **Definisi**  | CPAP adalah salah satu alat yaang di gunakan sebagai tatalaksanan respiratory distres pada neonatus continuos positive airway pressure (CPAP) merupakan suatu alat untuk mempertahankan tekanan positiv pada saluran napas neonatus selama pernafasan spontan  |  |  |
| **Tujuan**  | Menurunkan kesulitan bernafas Mengurangi ketergantungn terhadap oksigen Membantu memperbaiki dan mempertahankan kapasitas residuan paruMencegah obstruksi saluran nafas bagian atas, dan mencegah kollaps paru Mengurangi apneu,bradikardi dan episode sianosis,serta mengurangi kebutuhan untuk dirawat di ruang intensif |  |  |
| **Prosedur**  | 1. Tempelkan selang oksigen dan udara ke pencampur dan flowmeter, lalu hubungkan ke alat pengatur kelembapan. Pasang flow meter antara 5-10
2. Tempelkan 1 selang ringa, lemas dan berkerut ke alat pengatur kelembapan. Hubungkan probel kelembapan dan suhu ke selang kerut yang masuk ke bayi pastikan probel suhu tetap diluar inkubator atau tidak di dekat sumber panas dari penghangat
3. Siapkan 1 botol air steril di dekat alat pengatur kelembapan
4. Jaga kebersihan ujung selang

Untuk menghubungkan sistem ke bayi ,langkah-langkahnya sebagai berikut :1. Posiskan bayi dan naikkan kepala tempat tidur 30 derajat
2. Hisap lendir dari mulut, hidung dan faring pastikan bayi tidak mengalami atresia choana.
3. Letakkan gulungan kain di bawah bahu bayi,sehingga leher bayi dalam posisi ekstensi untuk menjaga jalan nafas tetap terbuka
4. Lembabkan prong dengan air steril atau Nacl 0,9 % sebelum memasukkan kedalam hidung bayi, masukkan dengan posisi lengkungan ke bawah,sesuai sudut prong dan kemudian sesuaikan selang kerut dengan posisi yang sesuai.
5. Masukkan pipa orogastrik (OGT) dan lakukan aspirasi isi perut, kita boleh membiarkan pipa lambung tetap di tempatnya untuk mencegah distensi lambung.
6. Pergunakan topi untuk menjaga kehangantan bayi
7. Setelah bayi nyaman dan stabil dengan CPAP, barulah kita melakukan fiksasi agar nasal prong tidak bergeser dari tempatnya.
 |  |  |
| **Dokumentasi**  | Mendokumentasikan hasil tindakan yang di berikan  |  |  |

 **BAB III**

 **METODE PENELITIAN**

1. **Desain**

 Desain penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif dengan pendekatan case study pada kasus BBLR dengan deficit nutrisi di ruangan NICU RSUP DR.R.D.Kandou Manado

 Menurut Nursalam (2016) study kasus merupakan penelitian yang mencakup pengkajian bertujuan memberikan gambaran secara mendetail mengenai latar belakang, sifat maupun karakter yang ada dari suatu kasus, dengan kata lain bahwa studi kasus memusatkan perhatian pada suatu kasus secara intensif dan rinci

1. **Penetapan Sampel**

 Penetapan sampel dilakukan pada bayi laki-laki dan perempuan diruang NICU dengan jumlah populasi sebanyak 4 bayi, dan menggunakan teknik random sampling yang merupakan teknik penetapan sampel dengan cara memilih setiap elemen secara acak (Nursalam,2017).

1. **Lokasi dan Waktu Pelaksanaan**

 Lokasi pelaksanaan studi kasus bertempat di Ruang Neonatal Intensive Care Unit (NICU) RSUP Prof. DR. R.D Kandou Manado dan waktu pelaksanaan dimulai pada tanggal 17 januari 2022 sampai dengan 05 maret 2022.

1. **Metode dan Teknik Pengumpulan Data**

 Data primer diperoleh melalui tahapan observasi, verifikasi secara objektif, pemeriksaan fisik, analisis hasil dokumenasi rekam medic.

1. **Etika Penelitian**
	* + 1. Lembar Persetujuan (*inform concent*)

Lembar persetujuan berisi penjelasan mengenai penelitian yang dilakukan, tujuan penelitian, tata cara penelitian, manfaat yang dieroleh responden dan beresiko yang mungkin terjadi,. pernyataan dalam lembar persetujuan jelas dan mudah dipahami sehingga responden yang bersedia maka mengisi dan mendatangani lembar persetujuan secara sukarela.

* + - 1. Tanpa nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasian identitas responden peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, lembar tersebut hanya diberi kode tertentu (*Anonymity)*

* + - 1. Kerahasiaan

Kerahasian informasi yang diberikan oleh responden dijamin oleh penelitti.

 **BAB IV**

 **HASIL DAN PEMBAHASAN**

1. **Hasil**
2. **Asuhan Keperawatan Kasus I**

Asuhan Keperawatan dengan Pengkajian Menurut Florence Nightingale

Nama: By. Ny. R.M Umur: 2 hari Jenis kelamin: Laki-laki

1. **Pengkajian Primer**

A : Tidak ada suara nafas tambahan, tdak ada sputum dan tidak ada sianosis

B : R : 73 x/ menit, nafas cepat, terdapat retraksi dada, SpO2: 98%, tidak terdapat jejas pada dada

C : Akral hangat, TD : 73/46 mmHg, N: 142 x/ menit

D : GCS : E : 4 M : 6 V : 5 kesadaran : Composmentis

1. **Identitas pasien**

 Nama Lengkap : By. Ny. R.M

 Tanggal masuk RS : 01/12/2021

 Tanggal pengkajian : 19/01/2022

 Tempat tanggal lahir: 30/11/2021

 Agama : Kristen

 Alamat : Kema I Jaga I

 No RM : 751518

**Keluarga terdekat yang dapat dihubungi**:

Nama ayah : Tn. W. M

Umur : 26 Tahun

Pendidikan : STM

Pekerjaan : Wiraswasta

Nama Ibu : Ny, R.G

Umur : 26 Tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

Suku/Kebangsaan : Minahasa / Indonesia

1. **Status Kesehatan saat ini**

1). Alasan Masuk : Sesak napas

2). Keluhan Utama: By.Ny. R.M masuk keruang NICU dengan keluhan napas cepat, merintih. By laki-laki lahir dengan BBL 2400 gram, PBL 44 cm, tidak aktif, Downess score 5.

3). Diognosa Medik: BBLR

c. **Riwayat Kesehatan yang lalu**

* Pre natal care

1). Pemeriksaan kehamilan 2x kali

2). Keluhan selama hamil : muntah-muntah

3). Riwayat alergi : tidak ada

* Natal

1). Tempat melahirkan : Rumah sakit Prof Dr.D.R. Kandou Manado

2). Lama dan jenis persalinan : SC

3). Penolong persalinan : Dokter

* Post natal

1). Kondisi Bayi : BB: 2400 gram, PBL 44 cm

2). Pernah dirawat dalam incubator : Pernah

3). Pemberian obat**-**obatan : vit K (+), salep mata (+)

**d**. **Riwayat Immunsasi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Jenis immunisasi | Waktu pemberian | Reaksi setelah pemberian |
| 1. | BCG | Belum diberikan | Tidak ada |
| 2. | DPT (I,II,III) | Belum diberikan | Tidak ada |
| 3. | Polio (I,II,III,IV) | Belum diberikan | Tidak ad |
| 4. | Campak | Belum diberikan | Tidak Ada |
| 5. | Hepatitis A & B | Belum diberikan | Tidak ada |

**e.Riwayat tumbuh Kembang**

Pertumbuhan (Pemeriksaan Fisik)

1. Keadaan Umum : Lemah
2. Tanda-tanda Vital :
3. Suhu : 36,8 ºc
4. Frekuensi napas : 73 x/ menit
5. Tekanan darah : 73/46 mmHg
6. Nadi : 142 x/ menit
7. Pengukuran antropometri
8. Berat badan : 2400 gram
9. Berat Badan sekarang : 1548 gram
10. Panjang Badan : 44 cm

Downess score :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pemeriksaan** | **0** | **1** | **2** |
| Frekuensi nafas | <60x/Menit | 60-80x/menit | **>80x/menit** |
| Retraksi | Tidak adaRetraksi | **Retraksi ringan** | Retraksi berat |
| Sianosis | **Tidak ada sianosis** | Sianosis hilaG dengan O2 | Sianosis menetapwalupun diberi O2 |
| Air Entery | Udara masukbilateral baik | **Penurunan****Ringan Udara** | Tidak adaudara masuk |

Interpetasi Hasil :

Skor ≤ 4 (Tidak ada gawat napas)

Skor 4-7 Gawat napas

Skor ≥ 7 Ancaman gagal napas (pemeriksaan AGD harus di lakukan)

1. **Riwayat Nutrisi**
2. Pemberian ASI

Pertama kali disusui :

Cara pemberian :

Jumlah pemberian ASI sekarang: 35-40 ml/ 3 jam

1. Pemberian susu formula

Alasan pemberian :

Jumlah pemberian :

Cara memberikan :

1. **Pengkajian Sekunder**
2. Kepala

Inspeksi / Palpasi : Bulat, rambut hitam, tampak bersih

Keluhan : Tidak ada

1. Mata

Fungsi penglihatan : normal

Ukuran pupil : normal

Akomodasi : normal

Konjungtiva : anemis

Edema palpebral : tidak ada

Keluhan : tidak ada

1. Telinga

Fungsi pendengaran : normal

Fungsi keseimbangan : normal

Keluhan : tidak ada

1. Hidung dan sinus

Inspeksi : Terpasang CPAP

Pembengkakan : tidak ada

Pendarahan : tidak ada

Keluhan : tidak ada

1. Mulut dan tenggorokan

Inspeksi :

Keadaan gigi : belum tumbuh gigi

Keadaan membrane mukosa : kering

1. Leher

Inspeksi / palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

1. Thoraks

Inspeksi :simetris, terdapat retraksi dinding dada

1. Abdomen

Inspeksi : normal

Auskultasi : normal

Frekuensi BAB : 2x1 /hari

Konsistensi feses : Lembek

Keluhan makan dan BAB : Klien terpasang OGT

Frekuensi BAK : 4 x sehari

Keluhan BAK : tidak ada

1. Ekstremitas

Inspeksi :Tidak ada odema

**Data Lab**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Paramatar | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan |
| **HEMATOLOGI** |
| Leukosit | 19.2 | 5.0-15.0 | 10^3/Ul |
| Eritrosit | 3.35 | 3.20-4.20 | 10^3/Ul |
| Hemoglobin | 6.9 | 9.9-12.5 | g/dL |
| Hematokrit | 18.7 | 28.0-42.0 | % |
| Trombosit | 17 | 210-650 | 10^3/Ul |
| MCH | 29.4 | 27.0-35.0 | Pg |
| MCHC | 36.9 | 28.5-35.5 | % |
| 001 Eosofil | 0 | 1-5 | % |
| 002 Basofi | 0 | 0-1 | % |
| 003 Netrofil Batang | 11 | 2-8 | % |
| 004 Netrofil Segmen | 65 | 50-70 | % |
| 005 Limfosit | 10 | 20-40 | % |
| 006 Monosit | 14 | 2-8 | % |
| MCV | 79.6 | 87.0-103.0 | fL |
| **KIMIA KLINIK** |
| SGOT | 21 | <33 | U/L |
| SGPT | 7 | <43 | U/L |
| Bilirubi Total | 33.01 | 0.10-1.20 | mg/dL |
| Bilirubin Direct | 24.56 | <0.30 | mg/dL |
| Ureum Darah | 40 | 10-40 | mg/dL |
| Creatinin Darah | 0.5 | 0.5-1.5 | mg/dL |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gula Darah Sewaktu | 51 | 70-140 | mEq/L |
| Fosfor | 4.6 | 2.7-4.5 | mEq/L |
| Magnesium | 2.14 | 1.70-2.50 | mEq/L |
| Chlorida Darah | 109.4 | 98.0-109.0 | mEq/L |
| Kelium Darah | 5.40 | 3.50-5.30 | mEq/L |
| Natrium Darah | 141 | 135-153 | mEq/L |
| Calsium | 10.0 | 8.10-10.40 | mEq/L |

#

**Pengobatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama Obat | Dosis | Frekuensi | Cara Pemberian |
| D10% | 7 ml | Tiap jam | IV |
| Ampicillin | 105mg | Tiap 12 jam | IV |
| Gentamicin | 10 mg | Tiap 36 jam | IV |
| Nutrimix | 4 ml | 1 Jam | IV |

**Analisa Data**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Etiologi | Masalah |
| Data Subjektif :-Data Objektif :* Napas klien cepat
* Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6
* Respirasi : 73 x/ menit
* HR : 142 x/Menit

- SPO2 : 98%* Terdapat retraksi dinding dada
 | Hambatan Upayah Nafas (Kelemahan Otot Pernafasan) | Pola nafas tidak efektf |
| Data Sujektif :Data Objektif :* Antropometri BBL : 2400 gram BBS : 1548 gram PB : 44 cm
* Mukosa bibir kering
 | Kita mampuan menelan makanan | Defisit Nutrisi |
| Data Subjek : - Data Objektif :* Klien terpasang infus di kepala
* Klien terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6
 | Efek prosedur invasive | Resiko Infeksi |

1. **Diagnosa Keperawatan Kasus I**
	1. **D.0005** Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas ) di tadai dengan napas klien cepat, terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6 , respirasi : 73x/Menit, HR : 142x/Menit, SPO2 : 98%, terdapat retraksi dinding dada.
	2. **D.0019** Defisit nutrisi berhubungan dengan kemampuan menelan makanan di tandai dengan Antropometri :BBL : 2400 gram,BBS : 1548 gram, PB : 44 cm, Mukosa bibir kering.
	3. **D.0142** Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive ditandai dengan klien terpasang infus di kepala, klien terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6
2. **Intervensi Kasus I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnosa (SDKI) | Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI) | Intervensi (SIKI) |
| **D.0005**Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas ) di tadai dengan :Data Subjektif **:**-Data Objektif :* Napas klien cepat
* Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6
* Respirasi : 73x/ menit
* HR : 142x/Menit

- SPO2 : 98%* Terdapat retraksi dinding dada
 | **L.01004 (Pola Nafas)**Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka pola nafas membaik, dengan kriteria hasil :* Frekuensi nafas membaik
* Kedalaman nafas membaik
 | **I.01012 (Manajemen Jalan Nafas)**Observasi:* Monitor pola nafas
* Monitor bunyi nafas

 Terapeutik:* Pertahankan kepatenan jalan nafas
* Berikan oksigen
 |
| **D.0019**Defisit Nutrisi berhubungan dengan kemampuan menelan makanan di tandai dengan :Data Sujektif :Data Objektif :- Antropometri BBL : 2400gram BBS : 1548 gram | **L.030330 (Status Nutirsi)**Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam , maka status nutrisi bayi membaik, dengan kriterian hasil :* Berat badan meningkat
* Panjang badan meningkat
 | **I.03119 (Manajemen Nutrisi)**Observasi* Identifikasi status nutrisi
* Identifikasi pemberian asi
* Monitor berat badan

**I.03126 (Pemberian Makanan Oral)**Observasi* Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan
* Berikan stimulasi oral
* Observasi reflex hisap bayi
 |
| PB : 44 cm* Mukosa bibir kering
 |  | Terapeutik* Bicara dengan bayi selama diberikan makanan untuk menstimulus bayi
 |
| **D.0142**Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive ditandai dengan:Data Subjek : - Data Objektif :* Klien terpasang infus di kepala
* Klien terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6
 | L.14137 (Tingkat Infeksi)Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, makan tingkat infekesi menurun, dengan kriteria hasil :* Kebersihan tangan meningkat
* Kebersihan tubuh meningkat

- | I.14539 (Pencegahan Infeksi)Observasi* Monitor tanda dan gejala infeksi

Terapeutik* Batasi jumlah pengunung
* Cuci tangan sebelum dan sesudah kontakdengan pasien dan lingkungan pasien
* Pertahankan tehnik aseptic pada pasien beresiko tinggi
 |

1. **Implementasi Dan Evaluasi Kasus I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnosa | Implementasi | Evaluasi |
| **D.0005**Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas ) di tadai dengan :Data Subjektif **:**-Data Objektif :* Napas klien cepat
* Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6
* Respirasi : 73 x/ menit
* HR : 142 x/Menit

- SPO2 : 98%* Terdapat retraksi dinding dada
 | Hari/Tanggal : Rabu, 19 Januari 2022 Jam : 08.30 wita1. Memonitor pola nafas Hasil :

Frekuensi nafas : 73 x/Menit Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6SPO2 : 98%Terdapat retraksi dinding dadaJam : 08.40 wita1. Memonitor bunyi nafas Hasil :

Tidak ada bunyi nafas tambahanJam : 08.50 wita1. Memonitor sputum Hasil :

Tidak ada sputumJam :09.00 wita1. Mempertahankan kepatenan jalan nafas Hasil :

Memperatahan kepatenen jalan nafa dengan Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6 | Hari/Tanggal : Rabu, 19 Januari 2022 Jam : 13.30 witaS :O :* Nafas klien cepat
* Klien tampak sesak
* Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6
* Frekuensi nafas : 73 x/Menit

- SPO2 : 98%* Terdapat retraksi dinding dada A : Masalah Belum Teratasi

P : Lanjutkan intervensi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jam : 09.20 wita5. Memberikan oksigenHasil :Memberikan CPAP FiO2 30% PEEP 6 |  |
| **D.0019**Defisit Nutrisi berhubungan dengan kemampuan menelan makanan di tandai dengan :Data Sujektif :Data Objektif :* Antropometri BBL : 2400 gram BBS : 1548 gram PB : 44 cm
* Mukosa bibir kering
 | Hari/Tanggal :Rabu, 19 Januari 2022 Jam : 09.30 wita1. Mengidentifikasi status nutrisi Hasil :

Klien mengonsumsi ASI 35-40 cc/ 3 jamJam : 09-40 wita1. Menggunakan teknik bersih dalam pemberian ASI via oral

Hasil : Menjaga teknik aseptik dalam pemberian ASI via oral dengan menggunakan handscoenJam : 09.40 wita1. Memberikan ASI 35-40 cc via oral

***Effects of Oral Stimulation on Increase Weight on LBw Baby***Hasil :Refleks menghisap ASI via oral bayi tampak baikJam : 10.00 wita1. Memoitor berat badan Hasil : Berat badan: 1965 gram
 | Hari/Tanggal : Rabu, 19 Januari 2022 Jam : 13 30 witaS :O :* Antropometri
* BB : 1965 gram
* Mukosa bibir kering

A : Masalah belum tertasi P : Lanjutkan Intervensi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **D.0142**Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan:Data Subjek : -Data Objektif ; * Klien terpasang infus di kepala
* Klien terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6
 | Hari/Tanggal : Rabu, 19 Januari 2022 Jam : 10.30 wita1. Monitor tanda dan gejala infeksi Hasil :Tidak ada tanda-tanda infeksiJam : 10.40 wita2.Membatasi jumlah pengunjung Hasil : Batasi jumlah pengunjungJam : 10.45 wita3.Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien  Hasil : Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien Jam :10.501. Mempertahankan teknik aspetik pada pasien beresiko tinggi

Hasil :Mempertahankan teknik aseptic   | Hari/Tanggal :Rabu, 19 Januari 2022 Jam : 13.50 witaS :O :* Tidak ada tanda-tanda infeksi
* Klien terpasang infus di kepala
* Klien terpasang CPAP FiO2 30% PEEP

 A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi |

1. **Catatan Perkembangan Kasus I**

**Catatan Perkembangan Hari Pertama Kasus I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnosa | Implementasi | Evaluasi |
| **D.0005**Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas ) | Hari/Tanggal : Kamis,20 Januari 2022 Jam : 08.30 wita1. Memonitor pola nafas Hasil :

Frekuensi nafas : 62x/Menit Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6SPO2 : 90%Tampak retraksJam : 08.40 wita1. Memonitor bunyi nafas Hasil :

Tidak ada bunyi nafas tambahanJam : 08.50 wita1. Memonitor sputum Hasil :

Tidak ada sputumJam :09.00 wita1. Mempertahankan kepatenan jalan nafas

Hasil :Memperatahan kepatenen jalan nafas dengan Terpasang CPAP | Hari/Tanggal : Kamis, 20 Januari 2022 Jam : 13.30 witaS :O :* Nafas klien cepat
* Klien tampak sesak
* Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6
* Frekuensi nafas : 71x/Menit

- SPO2 : 95%A : Masalah Belum Teratasi P : Lanjutkan intervensi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | FiO2 30% PEEP 6Jam : 09.20 wita1. Memberikan oksigen Hasil :

Memberikan CPAP FiO2 30% PEEP 6 |  |
| **D.0019**Defisit Nutrisi berhubungan dengan kemampuan menelan makanan | Hari/Tanggal :Kamis, 20 Januari 2022 Jam : 09.30 wita1. Mengidentifikasi status nutrisi Hasil :

Klien mengonsumsi ASI 35-40 ccJam : 09.401. Menggunakan teknik aseptik dalam pemberian ASI via oral

Hasil : Menjaga teknik aseptik dalam pemberian ASI via oral dengan menggunakan handscoen Jam : 09.45 wita1. Memberikan ASI 35-40 cc via oral

***Effects of Oral Stimulation on Increase Weight on LBw Baby***Hasil :Refleks menghisap ASI via oral bayi tampak baikJam : 10.00 wita1. Memoitor berat badan Hasil :

Berat badan : 1970 gram | Hari/Tanggal : Kamis, 20 Januari 2022 Jam : 13.40 witaS :O :* Antropometri
* BB : 1970 gram
* Mukosa bibir kering

A : Masalah belum tertasi P : Lanjutkan Intervensi |
| **D.0142**Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive | Hari/Tanggal : Kamis, 20 Januari 2022 Jam : 10.30 wita1. Monitor tanda dan gejala infeksi Hasil :

Tidak ada tanda-tanda infeksiJam : 10.40 wita1. Membatasi jumlah pengunjung Hasil :

Batasi jumlah pengunjungJam : 10.45 wita | Hari/Tanggal : Kamis, 20 Januari 2022 Jam : 13.50 witaS :O :* Tidak ada tanda-tanda infeksi
* Klien terpasang infus di kepala
* Klien terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6

A : Masalah belum teratasi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Hasil :Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien Jam : 10. 50 wita1. Mempertahankan tehnik aseptic pada pasien beresiko tinggi Hasil :

Mempertahankan tehnik aseptic | P : Lanjutkan Intervensi |

 C**atatan Perkembangan Hari Kedua Kasus I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnosa | Implementasi | Evaluasi |
| **D.0005**Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas ) | Hari/Tanggal : Jumat, 21 Januari 2022 Jam : 08.30 wita1.Memonitor pola nafas Hasil :Frekuensi nafas : 56x/Menit Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6SPO2 : 92%Retraksi dinding dada berkurangJam : 08.40 wita 2.Memonitor bunyi nafasHasil :Tidak ada bunyi nafas tambahanJam : 08.50 wita1. Memonitor sputum Hasil :

Tidak ada sputumJam :09.00 wita1. Mempertahankan kepatenan jalan nafas Hasil :

Memperatahan kepatenen jalan nafa dengan Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6 | Hari/Tanggal : Jumat, 21 Januari 2022 Jam : 13.30 witaS :O :* Nafas klien cepat
* Klien tampak sesak
* Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6
* Frekuensi nafas : 52x/Menit

- SPO2 : 97%A : Masalah Belum Teratasi P : Lanjutkan intervensi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jam : 09.20 wita 5.Memberikan oksigenHasil :Memberikan CPAP FiO2 30% PEEP 6 |  |
| **D.0019**Defisit Nutrisi berhubungan dengan kemampuan menelan makanan | Hari/Tanggal :Jumat, 21 Januari 2022 Jam : 09.30 wita1. Mengidentifikasi status nutrisi Hasil :

Klien mengonsumsi ASI 35-40 ccJam : 09-40 wita1. Menggunakan teknik bersih dalam pemberian ASI via oral

Hasil : Menjaga teknik aseptik dalam pemberian ASI via oral dengan menggunakan handscoenJam : 09.45 wita1. Memberikan ASI 35-40 cc via oral

***Effects of Oral Stimulation on Increase Weight on LBw Baby*** Hasil :Refleks menghisap ASI via oral bayi tampak baikJam : 10.00 wita1. Memoitor berat badan Hasil :

Berat badan : 2090 gram | Hari/Tanggal : Jumat, 21 Januari 2022 Jam : 13.40 witaS :O :-Antropometri-BB : 2090 gram-Mukosa bibir keringA : Masalah belum tertasi P : Lanjutkan Intervensi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **D.0142**Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive**.** | Hari/Tanggal : Jumat, 21 Januari 2022 Jam : 10.30 wita1. Monitor tanda dan gejala infeksi Hasil :

Tidak ada tanda-tanda infeksiJam : 10.40 wita1. Membatasi jumlah pengunjung

Hasil : | Hari/Tanggal : Jumat, 21 Januari 2022 Jam : 13.50 witaS :O :* Klien terpasang infus di kepala
* Klien terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6

A : Masalah belum teratasi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  Batasi jumlah pengunjungJam : 10.451. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Hasil :Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien Jam : 10. 501. Mempertahankan tehnik aseptic pada pasien beresiko tinggi Hasil :

Mempertahankan tehnik aseptic | P : Lanjutkan Intervensi |

**Catatan Perkembangan Hari Ketiga Kasus I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnosa | Implementasi | Evaluasi |
| **D.0005**Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas ) | Hari/Tanggal : Sabtu, 22 Januari 2022 Jam : 08.30 wita1. Memonitor pola nafas Hasil :

Tampak sesak Frekuensi nafas : 64x/Menit Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6SPO2 : 95%Tidak ada retraksi dinding dadaJam : 08.40 wita1. Memonitor bunyi nafas Hasil :

Tidak ada bunyi nafas tambahanJam : 08.50 wita1. Memonitor sputum Hasil :

Tidak ada sputumJam :09.00 wita1. Mempertahankan kepatenan jalan nafas Hasil :

Memperatahan kepatenen jalan nafas dengan | Hari/Tanggal : Sabtu, 22 Januari 2022 Jam : 13.30 witaS :O :* Klien tampak sesak
* Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6
* Frekuensi nafas : 53x/Menit

- SPO2 : 99%* Tidak ada retraksi dinding dada A : Masalah Belum Teratasi

P : Lanjutkan intervensi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **D.0019**Defisit Nutrisi berhubungan dengan kemampuan menelan makanan | Hari/Tanggal :Sabtu, 22 Januari 2022 Jam : 09.30 wita1. Mengidentifikasi status nutrisi Hasil :

Klien mengonsumsi ASI 35-40 ccJam : 09.40 wita1. Menggunakan teknik bersih dalam pemberian ASI via oral

Hasil : Menjaga teknik aseptik dalam pemberian ASI via oral dengan menggunakan handscoenJam : 09.45 wita1. Memberikan ASI 35-40 cc via oral

***Effects of Oral Stimulation on Increase Weight on LBw Baby***Hasil :Refleks menghisap ASI via oral bayi tampak baikJam : 10.00 wita1. Memoitor berat badan

Hasil : Berat badan :2181 gram  | Hari/Tanggal : Sabtu, 22 Januari 2022 Jam : 13.40 witaS :O :* Antropometri
* BB : 2181 gram
* Mukosa bibir kering

A : Masalah belum tertasi P : Lanjutkan Intervensi |
| **D.0142**Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif | Hari/Tanggal : Sabtu, 22 Januari 2022 Jam : 10.30 wita1. Monitor tanda dan gejala infeksi Hasil :Tidak ada tanda-tanda infeksiJam : 10.40 wita1. Membatasi jumlah pengunjung Hasil :

Batasi jumlah pengunjungJam : 10.451. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Hasil :Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien Jam : 10. 501. Mempertahankan tehnik aseptic pada pasien beresiko tinggi

Hasil :Mempertahankan tehnik aseptic | Hari/Tanggal : Sabtu, 22 Januari 2022 Jam : 13.50 witaS :O :* Tidak ada tanda-tanda infeksi Klien
* terpasang infus di kepala
* Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6

A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi |

1. **Asuhan Keperawatan Kasus II**

Asuhan Keperawatan dengan Pengkajian Menurut Florence Nightingale

Nama: By. Ny. M.L Umur: 18 hari Jenis kelamin: Laki-laki

1. **Pengkajian Primer**

A : Tidak ada suara nafas tambahan, tdak ada sputum dan tidak ada sianosis

B : R : 63 x/ menit, nafas cepat, terdapat retraksi dada, SpO2: 99%, tidak terdapat jejas pada dada

C : Akral hangat, TD : 60/51 mmHg, N: 139 x/ menit

D : GCS : E : 4 M : 6 V : 5 kesadaran : Composmentis

1. **Identitas pasien**

 Nama Lengkap : By. Ny. .M.L

 Tanggal masuk RS : 01/01/2022

 Tanggal pengkajian : 24/01/2022

 Tempat tanggal lahir: 01/01/2021

 Agama : Kristen

 Alamat : Winenet satu

 No RM : 753467

**Keluarga terdekat yang dapat dihubungi:**

Nama ayah : Tn. K. L

Umur : 29 Tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

Nama Ibu : Ny, T.Y

Umur : 27 Tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Suku/Kebangsaan : Minahasa / Indonesia

1. **Status Kesehatan saat ini**

1). Alasan Masuk : Sesak napas

2). Keluhan Utama: By.Ny. M.L Rujukan dari RS manembo-nembo, lahir dengan BBL 1500 gram, PBL 38 cm, setelah lahir bayi tampak sesak

3). Diognosa Medik: BBLR

d. **Riwayat Kesehatan yang lalu**

* Pre natal care

1). Pemeriksaan kehamilan 2x kali

2). Keluhan selama hamil : muntah-muntah

3). Riwayat alergi : tidak ada

* Natal

1). Tempat melahirkan : Rumah sakit Manembo-nembo

2). Lama dan jenis persalinan : Spontan

3). Penolong persalinan : Bidan

* Post natal

1). Kondisi Bayi : BB: 1500 gram, PBL 38 cm

2). Pernah dirawat dalam incubator : Pernah

3). Pemberian obat**-**obatan : vit K (+), salep mata (+)

. **Riwayat Immunsasi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Jenis immunisasi | Waktu pemberian | Reaksi setelah pemberian |
| 1. | BCG | Belum diberikan | Tidak ada |
| 2. | DPT (I,II,III) | Belum diberikan | Tidak ada |
| 3. | Polio (I,II,III,IV) | Belum diberikan | Tidak ad |
| 4. | Campak | Belum diberikan | Tidak Ada |
| 5. | Hepatitis A & B | Belum diberikan | Tidak ada |

**e.Riwayat tumbuh Kembang**

Pertumbuhan (Pemeriksaan Fisik)

1. Keadaan Umum : Lemah
2. Tanda-tanda Vital :
3. Suhu : 36,7 ºc
4. Frekuensi napas : 63 x/ menit
5. Tekanan darah : 60/51 mmHg
6. Nadi : 139 x/ menit
7. Pengukuran antropometri
8. Berat badan : 1500 gram
9. Berat Badan sekarang : 1644 gram
10. Panjang Badan : 38 cm

Downess score :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pemeriksaan** | **0** | **1** | **2** |
| Frekuensi nafas | <60x/Menit | 60-80x/menit | **>80x/menit** |
| Retraksi | Tidak adaRetraksi | **Retraksi ringan** | Retraksi berat |
| Sianosis | **Tidak ada sianosis** | Sianosis hilaG dengan O2 | Sianosis menetapwalupun diberi O2 |
| Air Entery | Udara masukbilateral baik | **Penurunan****Ringan Udara** | Tidak adaudara masuk |

Interpetasi Hasil :

Skor ≤ 4 (Tidak ada gawat napas)

Skor 4-7 Gawat napas

Skor ≥ 7 Ancaman gagal napas (pemeriksaan AGD harus di lakukan)

**f Riwayat Nutrisi**

1. Pemberian ASI

Pertama kali disusui :

Cara pemberian :

Jumlah pemberian ASI sekarang: 35 cc

1. Pemberian susu formula

Alasan pemberian :

Jumlah pemberian :

Cara memberikan

 :

**h Pengkajian Sekunder**

1. Kepala

Inspeksi / Palpasi : Bulat, rambut hitam, tampak bersih

Keluhan : Tidak ada

1. Mata

Fungsi penglihatan : normal

Ukuran pupil : normal

Akomodasi : normal

Konjungtiva : anemis

Edema palpebral : tidak ada

Keluhan : tidak ada

1. Telinga

Fungsi pendengaran : normal

Fungsi keseimbangan : normal

Keluhan : tidak ada

1. Hidung dan sinus

Inspeksi : Terpasang CPAP

Pembengkakan : tidak ada

Pendarahan : tidak ada

Keluhan : tidak ada

1. Mulut dan tenggorokan

Inspeksi :

Keadaan gigi : belum tumbuh gigi

Keadaan membrane mukosa : kering

1. Leher

Inspeksi / palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

1. Thoraks

Inspeksi :simetris, terdapat retraksi dinding dada

1. Abdomen

Inspeksi : normal

Auskultasi : normal

Frekuensi BAB : 2x1 /hari

Konsistensi feses : Lembek

Keluhan makan dan BAB : Klien terpasang OGT

Frekuensi BAK : 4 x sehari

Keluhan BAK : tidak ada

1. Ekstremitas

Inspeksi :Tidak ada odema

**Data lab**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Paramatar | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan |
| **HEMATOLOGI** |
| Leukosit | 21.4 | 5.0-15.0 | 10^3/Ul |
| Eritrosit | 3.70 | 3.20-4.20 | 10^3/Ul |
| Hemoglobin | 12.9 | 9.9-12.5 | g/dL |
| Hematokrit | 33.4 | 28.0-42.0 | % |
| Trombosit | 17 | 210-650 | 10^3/Ul |
| MCH | 34.9 | 27.0-35.0 | Pg |
| MCHC | 38.6 | 28.5-35.5 | % |
| 001 Eosofil | 2 | 1-5 | % |
| 002 Basofi | 0 | 0-1 | % |
| 003 Netrofil Batang | 11 | 2-8 | % |
| 004 Netrofil Segmen | 75 | 50-70 | % |
| 005 Limfosit | 18 | 20-40 | % |
| 006 Monosit | 5 | 2-8 | % |
| MCV | 90.3 | 87.0-103.0 | fL |
| **KIMIA KLINIK** |
| SGOT | 21 | <33 | U/L |
| SGPT | 7 | <43 | U/L |
| Bilirubi Total | 33.01 | 0.10-1.20 | mg/dL |
| Bilirubin Direct | 24.56 | <0.30 | mg/dL |
| Ureum Darah | 40 | 10-40 | mg/dL |
| Creatinin Darah | 0.5 | 0.5-1.5 | mg/dL |

**Pengobatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama Obat | Dosis | Frekuensi | Cara Pemberian |
| Meropenem | 3x60 mg | Tiap jam | IV |
| Aminofilin | 2x3 mg | Tiap 12 jam | IV |
| Vitamin K | 1X1 mg | Tiap 36 jam | IV |
| Nutrimix | 9 ml | 1 Jam | IV |

1. **Analisa data**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Etiologi | Masalah |
| Data Subjektif :-Data Objektif :* Napas klien cepat
* Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 5
* Respirasi : 63 x/ menit
* HR : 139 x/Menit

- SPO2 : 95%* Terdapat retraksi dinding dada
 | Hambatan Upayah Nafas (Kelemahan Otot Pernafasan) | Pola nafas tidak efektf |
| Data Sujektif :Data Objektif :* Antropometri BBL : 1500 gram BBS : 1644 gram PB : 38 cm
* Mukosa bibir kering
 | Kita mampuan menelan makanan | Defisit Nutrisi |
| Data Subjek : - Data Objektif :* Klien terpasang infus di kepala
* Klien terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6
 | Efek prosedur invasif | Resiko Infeksi |

1. **Diagnosa Keperawatan Kasus II**
	1. **D.0005** Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas ) di tadai dengan napas klien cepat, terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 5 , respirasi : 63x/Menit, HR : 139x/Menit, SPO2 : 95%, terdapat retraksi dinding dada.
	2. **D.0019** Defisit nutrisi berhubungan dengan kemampuan menelan makanan di tandai dengan Antropometri :BBL : 1500 gram,BBS : 1644 gram, PB : 38 cm, Mukosa bibir kering.
	3. **D.0142** Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive ditandai dengan klien terpasang infus di tangan kiri, klien terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 5
2. **Intervensi Kasus II**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnosa (SDKI) | Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI) | Intervensi (SIKI) |
| **D.0005**Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas ) di tadai dengan :Data Subjektif **:**-Data Objektif :* Napas klien cepat
* Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 5
* Respirasi : 63x/ menit
* HR : 139x/Menit

- SPO2 : 98%* Terdapat retraksi dinding dada
 | **L.01004 (Pola Nafas)**Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka pola nafas membaik, dengan kriteria hasil :* Frekuensi nafas membaik
* Kedalaman nafas membaik
 | **I.01012 (Manajemen Jalan Nafas)**Observasi:* Monitor pola nafas
* Monitor bunyi nafas

 Terapeutik:* Pertahankan kepatenan jalan nafas
* Berikan oksigen
 |
| **D.0019** Defisi Nutrisi berhubungan dengan kemampuan menelan makanan di tandai dengan :Data Sujektif :Data Objektif :- Antropometri BBL : 1500gram BBS : 1644 gram | **L.030330 (Status Nutirsi)**Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam , maka status nutrisi bayi membaik, dengan kriterian hasil :* Berat badan meningkat
* Panjang badan meningkat
 | **I.03119 (Manajemen Nutrisi)**Observasi* Identifikasi status nutrisi
* Identifikasi pemerian asi
* Monitor berat badan

**I.03126 (Pemberian Makanan Oral)**Observasi* Berikan stimulasi oral
* Observasi reflex hisap bayi
 |
| PB : 38 cm* Mukosa bibir kering
 |  | Terapeutik* Bicara dengan bayi selama diberikan makanan untuk menstimulus bayi
 |
| **D.0142**Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive ditandai dengan:Data Subjek : - Data Objektif :* Klien terpasang infus di tangan kiri
* Klien terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 5
 | L.14137 (Tingkat Infeksi)Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, makan tingkat infekesi menurun, dengan kriteria hasil :* Kebersihan tangan meningkat
* Kebersihan tubuh meningkat
 | I.14539 (Pencegahan Infeksi)Observasi* Monitor tanda dan gejala infeksi

Terapeutik* Batasi jumlah pengunung
* Cuci tangan sebelum dan sesudah kontakdengan pasien dan lingkungan pasien
* Pertahankan tehnik aseptic pada pasien beresiko tinggi
 |

1. **Implementasi Dan Evaluasi Kasus II**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnosa | Implementasi | Evaluasi |
| **D.0005**Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas ) di tadai dengan :Data Subjektif **:**-Data Objektif :* Napas klien cepat
* Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 5
* Respirasi : 63 x/ menit
* HR : 139 x/Menit

- SPO2 : 98%* Terdapat retraksi dinding dada
 | Hari/Tanggal : Senin, 24 Januari 2022 Jam : 08.30 wita1. Memonitor pola nafas

 Hasil :Frekuensi nafas : 63 x/Menit Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 5SPO2 : 98%Terdapat retraksi dinding dadaJam : 08.40 wita1. Memonitor bunyi nafas Hasil :

Tidak ada bunyi nafas tambahanJam : 08.50 wita1. 3. Memonitor sputum Hasil :

Tidak ada sputumJam :09.00 wita1. 4. Mempertahankan kepatenan jalan nafas Hasil :

Memperatahan kepatenen jalan nafa dengan Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 5 | Hari/Tanggal : Senin, 24 Januari 2022 Jam : 13.30 witaS :O :* Nafas klien cepat
* Klien tampak sesak
* Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 5
* Frekuensi nafas : 63 x/Menit

- SPO2 : 98%* Terdapat retraksi dinding dada A : Masalah Belum Teratasi

P : Lanjutkan intervensi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jam : 09.20 wita5. Memberikan oksigenHasil :Memberikan CPAP FiO2 30% PEEP 5 |  |
| **D.0019**Defisit Nutrisi berhubungan dengan kemampuan menelan makanan di tandai dengan :Data Sujektif :Data Objektif :* Antropometri BBL : 1500 gram BBS : 1644 gram PB : 38 cm
* Mukosa bibir kering
 | Hari/Tanggal :Senin, 24 Januari 2022 Jam : 09.30 wita1. 1. Mengidentifikasi status nutrisi
2. Hasil :
3. Klien mengonsumsi ASI 35-40 cc
4. Jam : 09: 40 wita
5. 2.Menggunakan teknik bersih dalam pemberian ASI via oral
6. Hasil :
7. Menjaga teknik aseptik dalam pemberian ASI via oral dengan menggunakan handscoen

Jam : 09.45 wita3.Memberikan ASI 35-40 cc via oral***Effects of Oral Stimulation on Increase Weight on LBw Baby*** Hasil : Refleks menghisap ASI via oral bayi tampak baikJam : 10.00 wita4.Memoitor berat badanHasil : Berat badan : 1644 gram | Hari/Tanggal : Senin, 24 Januari 2022 Jam : 13 30 witaS :O :* Antropometri
* BB : 1644 gram
* Mukosa bibir kering

A : Masalah belum tertasi P : Lanjutkan Intervensi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **D.0142**Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan:Data Subjek : -Data Objektif :* Klien terpasang infus di tangan kiri
* Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 5
 | Hari/Tanggal : Senin, 24 Januari 2022 Jam : 10.30 wita1. Monitor tanda dan gejala infeksi Hasil :Tidak ada tanda-tanda infeksiJam : 10. 40 wita2 Membatasi jumlah pengunjung : Hasil: Batasi jumlah pengunjungJam : 10.40 wita1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Hasil :Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasienJam : 10.501. Mempertahankan tehnik aseptic pada pasien beresiko tinggi

Hasil :Mempertahankan tehnik aseptic | Hari/Tanggal :Senin, 24 Januari 2022 Jam : 13.50 witaS :O :* Tidak ada tanda-tanda infeksi
* Klien terpasang infus di tangan kiri
* Terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 5

A: Masalah belum teratasiP : lanjutkan intervensi |

1. **Asuhan Keperawatan Kasus III**

Asuhan Keperawatan dengan Pengkajian Menurut Florence Nightingale

Nama: By. Ny. G.R Umur: 15 hari Jenis kelamin: Laki-laki

1. **Pengkajian Primer**

A : Tidak ada suara nafas tambahan, tdak ada sputum dan tidak ada sianosis

B : R : 67 x/ menit, nafas cepat, terdapat retraksi dada, SpO2: 97%, tidak terdapat jejas pada dada

C : Akral hangat, TD : 66/43 mmHg, N: 157 x/ menit

D : GCS : E : 4 M : 6 V : 5 kesadaran : Composmentis

**b Identitas pasien**

 Nama Lengkap : By. Ny. .G.R

 Tanggal masuk RS : 24/01/2022

 Tanggal pengkajian : 31/01/2022

 Tempat tanggal lahir: 16/01/2021

 Agama : Kristen

 Alamat : Paslaten satu

 No RM : 754309

**Keluarga terdekat yang dapat dihubungi:**

Nama ayah : Tn. W.M

Umur : 42 Tahun

Pendidikan : STM

Pekerjaan : Wiraswasta

Nama Ibu : Ny, R.G

Umur : 36 Tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

Suku/Kebangsaan : Minahasa / Indonesia

**c Status Kesehatan saat ini**

1). Alasan Masuk : Sesak napas

2). Keluhan Utama: By.Ny. G.R lahir secara section sesarea dengan BBL 1300 gram, PBL 38 cm Apgar skor rendah, saat lahir bayi tidak menangis tanus otot lemah, dan bayi tampak sesak

3). Diognosa Medik: BBLR

d **Riwayat Kesehatan yang lalu**

* Pre natal care

1). Pemeriksaan kehamilan 2x kali

2). Keluhan selama hamil : muntah-muntah

3). Riwayat alergi : tidak ada

* Natal

1). Tempat melahirkan : Rumah sakit Prof.Dr.D.R.Kandou Manado

2). Lama dan jenis persalinan : SC

3). Penolong persalinan : Dokter

* Post natal

1). Kondisi Bayi : BB: 1300 gram, PBL 38 cm

2). Pernah dirawat dalam incubator : Pernah

3). Pemberian obat**-**obatan : vit K (+), salep mata (+)

. **Riwayat Immunsasi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Jenis immunisasi | Waktu pemberian | Reaksi setelah pemberian |
| 1. | BCG | Belum diberikan | Tidak ada |
| 2. | DPT (I,II,III) | Belum diberikan | Tidak ada |
| 3. | Polio (I,II,III,IV) | Belum diberikan | Tidak ad |
| 4. | Campak | Belum diberikan | Tidak Ada |
| 5. | Hepatitis A & B | Belum diberikan | Tidak ada |

**e.Riwayat tumbuh Kembang**

Pertumbuhan (Pemeriksaan Fisik)

1. Keadaan Umum : Lemah
2. Tanda-tanda Vital :
3. Suhu : 36,6ºc
4. Frekuensi napas : 70 x/ menit
5. Tekanan darah : 66/42 mmHg
6. Nadi : 179 x/ menit
7. Pengukuran antropometri
8. Berat badan : 1300 gram
9. Berat Badan sekarang : 1537 gram
10. Panjang Badan : 38 cm

Downess score :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pemeriksaan** | **0** | **1** | **2** |
| Frekuensi nafas | <60x/Menit | 60-80x/menit | **>80x/menit** |
| Retraksi | Tidak adaRetraksi | **Retraksi ringan** | Retraksi berat |
| Sianosis | **Tidak ada sianosis** | Sianosis hilaG dengan O2 | Sianosis menetapwalupun diberi O2 |
| Air Entery | Udara masukbilateral baik | **Penurunan****Ringan Udara** | Tidak adaudara masuk |

Interpetasi Hasil :

Skor ≤ 4 (Tidak ada gawat napas)

Skor 4-7 Gawat napas

Skor ≥ 7 Ancaman gagal napas (pemeriksaan AGD harus di lakukan)

**f Riwayat Nutrisi**

1. Pemberian ASI

Pertama kali disusui :

Cara pemberian :

Jumlah pemberian ASI sekarang: 40 cc

1. Pemberian susu formula

Alasan pemberian :

Jumlah pemberian :

Cara memberikan :

**h Pengkajian Sekunder**

1. Kepala

Inspeksi / Palpasi : Bulat, rambut hitam, tampak bersih

Keluhan : Tidak ada

1. Mata

Fungsi penglihatan : normal

Ukuran pupil : normal

Akomodasi : normal

Konjungtiva : anemis

Edema palpebral : tidak ada

Keluhan : tidak ada

1. Telinga

Fungsi pendengaran : normal

Fungsi keseimbangan : normal

Keluhan : tidak ada

8.Hidung dan sinus

Inspeksi : Terpasang Ventilator

Pembengkakan : tidak ada

Pendarahan : tidak ada

Keluhan : tidak ada

9.Mulut dan tenggorokan

Inspeksi :

Keadaan gigi : belum tumbuh gigi

Keadaan membrane mukosa : kering

10.Leher

Inspeksi / palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

11.Thoraks

Inspeksi :simetris, terdapat retraksi dinding dada

12.Abdomen

Inspeksi : normal

Auskultasi : normal

Frekuensi BAB : 2x1 /hari

Konsistensi feses : Lembek

Keluhan makan dan BAB : Klien terpasang OGT

Frekuensi BAK : 4 x sehari

Keluhan BAK : tidak ada

1. Ekstremitas

Inspeksi :Tidak ada odema

**Data lab**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Paramatar | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan |
| **HEMATOLOGI** |
| Leukosit | 9.4 | 5.0-15.0 | 10^3/Ul |
| Eritrosit | 4.43 | 3.20-4.20 | 10^3/Ul |
| Hemoglobin | 16.8 | 9.9-12.5 | g/dL |
| Hematokrit | 33.4 | 28.0-42.0 | % |
| Trombosit | 159 | 210-650 | 10^3/Ul |
| MCH | 37.9 | 27.0-35.0 | Pg |
| MCHC | 36.6 | 28.5-35.5 | % |
| 001 Eosofil | 2 | 1-5 | % |
| 002 Basofi | 0 | 0-1 | % |
| 003 Netrofil Batang | 11 | 2-8 | % |
| 004 Netrofil Segmen | 49 | 50-70 | % |
| 005 Limfosit | 32 | 20-40 | % |
| 006 Monosit | 5 | 2-8 | % |
| MCV | 90.3 | 87.0-103.0 | fL |
| **KIMIA KLINIK** |
| SGOT | 21 | <33 | U/L |
| SGPT | 7 | <43 | U/L |
| Bilirubi Total | 33.01 | 0.10-1.20 | mg/dL |
| Bilirubin Direct | 24.56 | <0.30 | mg/dL |
| Ureum Darah | 40 | 10-40 | mg/dL |
| Creatinin Darah | 0.5 | 0.5-1.5 | mg/dL |

**Pengobatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama Obat | Dosis | Frekuensi | Cara Pemberian |
| Ceftazidin | 2x75 mg | Tiap jam | IV |
| Amikasin | 2x3 mg | Tiap 12 jam | IV |
| Aminofilin | 2x4 mg | Tiap 36 jam | IV |
| Nutrimix | 9 ml | 1 Jam | IV |

1. **Analisa data**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Etiologi | Masalah |
| Data Subjektif :-Data Objektif :* Napas klien cepat
* Terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 7
* Respirasi : 70 x/ menit
* HR : 179 x/Menit

- SPO2 : 98%* Terdapat retraksi dinding dada
 | Hambatan Upayah Nafas (Kelemahan Otot Pernafasan) | Pola nafas tidak efektf |
| Data Sujektif :Data Objektif :* Antropometri BBL : 1300 gram BBS : 1537 gram PB : 38 cm
* Mukosa bibir kering
 | Kita mampuan menelan makanan | Defisit Nutrisi |
| Data Subjek : - Data Objektif :* Klien terpasang infus di kepala
* Klien terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 7
 | Efek prosedur invasif | Resiko Infeksi |

1. **Diagnosa Keperawatan Kasus III**
	1. **D.0005** Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas ) di tadai dengan napas klien cepat, terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 7, respirasi : 70x/Menit, HR : 179x/Menit, SPO2 : 98%, terdapat retraksi dinding dada.
	2. **D.0019** Defisit nutrisi berhubungan dengan kemampuan menelan makanan di tandai dengan Antropometri :BBL : 1300 gram,BBS : 1537 gram, PB : 38 cm, Mukosa bibir kering.
	3. **D.0142** Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive ditandai dengan klien terpasang infus di tangan kanan, klien terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 7.
2. **Intervensi Kasus III**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnosa (SDKI) | Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI) | Intervensi (SIKI) |
| **D.0005**Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas ) di tadai dengan :Data Subjektif **:**-Data Objektif :* Napas klien cepat
* Terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 7
* Respirasi : 70x/ menit
* HR : 179x/Menit

- SPO2 : 98%* Terdapat retraksi dinding dada
 | **L.01004 (Pola Nafas)**Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka pola nafas membaik, dengan kriteria hasil :* Frekuensi nafas membaik
* Kedalaman nafas membaik
 | **I.01012 (Manajemen Jalan Nafas)**Observasi:* Monitor pola nafas
* Monitor bunyi nafas

 Terapeutik:* Pertahankan kepatenan jalan nafas
* Berikan oksigen
 |
| **D.0019**Defisit Nutrisi berhubungan dengan kemampuan menelan makanan di tandai dengan :Data Sujektif :Data Objektif :- Antropometri BBL : 1300 gram BBS : 1537 gram | **L.030330 (Status Nutirsi)**Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam , maka status nutrisi bayi membaik, dengan kriterian hasil :* Berat badan meningkat
* Panjang badan meningkat
 | **I.03119 (Manajemen Nutrisi)**Observasi* Identifikasi status nutrisi
* Identifikasi pemberian asi
* Moitor berat badan

**I.03126 (Pemberian Makanan Oral)**Observasi* Berikan stimulasi oral
* Observasi reflex hisap bayi
 |
| PB : 38 cm* Mukosa bibir kering
 |  | Terapeutik* Bicara dengan bayi selama diberikan makanan untuk menstimulus bayi
 |
| **D.0142**Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive ditandai dengan:Data Subjek : - Data Objektif :* Klien terpasang infus di tangan kanan
* Klien terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 7
 | L.14137 (Tingkat Infeksi)Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, makan tingkat infekesi menurun, dengan kriteria hasil :* Kebersihan tangan meningkat
* Kebersihan tubuh meningkat
 | I.14539 (Pencegahan Infeksi)Observasi* Monitor tanda dan gejala infeksi

Terapeutik* Batasi jumlah pengunung
* Cuci tangan sebelum dan sesudah kontakdengan pasien dan lingkungan pasien
* Pertahankan tehnik aseptic pada pasien beresiko tinggi
 |

1. **Implementasi Dan Evaluasi Kasus III**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnosa | Implementasi | Evaluasi |
| **D.0005**Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas ) di tadai dengan :Data Subjektif **:**-Data Objektif :* Napas klien cepat
* Terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 7
* Respirasi : 70 x/ menit
* HR : 179 x/Menit

- SPO2 : 98%* Terdapat retraksi dinding dada
 | Hari/Tanggal : Senin, 31 Januari 2022 Jam : 08.30 wita1. Memonitor pola nafas Hasil :

Frekuensi nafas : 70 x/Menit Terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 7SPO2 : 98%Terdapat retraksi dinding dadaJam : 08.40 wita1. Memonitor bunyi nafas Hasil :

Tidak ada bunyi nafas tambahanJam : 08.50 wita1. Memonitor sputum Hasil :

Tidak ada sputumJam :09.00 wita1. Mempertahankan kepatenan jalan nafas Hasil :

Memperatahan kepatenen jalan nafa dengan Terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 7 | Hari/Tanggal : Senin, 31 Januari 2022 Jam : 13.30 witaS :O :* Nafas klien cepat
* Klien tampak sesak
* Terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 7
* Frekuensi nafas : 70 x/Menit

- SPO2 : 98%* Terdapat retraksi dinding dada

A : Masalah Belum TeratasiP : Lanjutkan intervensi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jam : 09.20 wita5. Memberikan oksigenHasil :Memberikan Ventilator FiO2 40% PEEP 7 |  |
| **D.0019**Defisit Nutrisi berhubungan dengan kemampuan menelan makanan di tandai dengan :Data Sujektif :Data Objektif :* Antropometri BBL : 1300 gram BBS : 1537 gram PB : 38 cm
* Mukosa bibir kering
 | Hari/Tanggal :Senin, 31 Januari 2022 Jam : 09.30 wita1. Mengidentifikasi status nutrisi Hasil :

Klien mengonsumsi ASI 40 cc Jam : 09:40 wita 2.Menggunakan teknik bersih dalam pemberian ASI via oral Hasil : Menjaga teknik aseptik dalam pemberian ASI via oral dengan mengunakan handscoenJam : 09.45 wita3.Memberikan ASI 35-40 cc via oral ***Effects of Oral Stimulation on Increase Weight on LBw Baby***Hasil :Refleks menghisap ASI via oral bayi tampak baikJam : 10.00 wita4. Memoitor berat badan Hasil : Berat badan : 1644 gram | Hari/Tanggal : Senin, 31 Januari 2022 Jam : 13 30 witaS :O :* Antropometri
* BB : 1537 gram
* Mukosa bibir kering

A : Masalah belum Tertasi P : Lanjutkan Intervensi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **D.0142**Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan:Data Subjek : -Data Objektif : * Klien terpasang infud di tangan kanan
* Klien terpasang V entilator FiO2 40% PEEP 7
 | Hari/Tanggal : Senin, 31 Januari 2022 Jam : 10.30 wita1. Monitor tanda dan gejala infeksi Hasil :Tidak ada tanda-tanda infeksiJam : 10. 40 wita2 Membatasi jumlah pengunjung : Hasil: Batasi jumlah pengunjungJam : 10.40 wita1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Hasil :Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasienJam : 10.501. Mempertahankan tehnik aseptic pada pasien beresiko tinggi

Hasil :Mempertahankan tehnik aseptic | Hari/Tanggal :Senin, 31 Januari 2022 Jam : 13.50 witaS :O :* Tidak ada tanda-tanda infeksi
* Klien terpasang infus di tangan kanan
* Klien terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 7

A: Masalah belum teratasiP : lanjutkan intervensi |

1. **Asuhan Keperawatan Kasus IV**

Asuhan Keperawatan dengan Pengkajian Menurut Florence Nightingale

Nama: By. Ny. Y.K Umur: 15 hari Jenis kelamin: Perempuan

1. **Pengkajian Primer**

A : Tidak ada suara nafas tambahan, tdak ada sputum dan tidak ada sianosis

B : R : 67 x/ menit, nafas cepat, terdapat retraksi dada, SpO2: 97%, tidak terdapat jejas pada dada

C : Akral hangat, TD : 66/43 mmHg, N: 157 x/ menit

D : GCS : E : 4 M : 6 V : 5 kesadaran : Composmentis

**b Identitas pasien**

 Nama Lengkap : By. Ny. .Y.K

 Tanggal masuk RS : 07/11/2021

 Tanggal pengkajian : 31/01/2022

 Tempat tanggal lahir: 07/11/2021

 Agama : Kristen

 Alamat : Jaga II

 No RM : 750034

**Keluarga terdekat yang dapat dihubungi:**

Nama ayah : Tn. B.M

Umur : 28 Tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

Nama Ibu : Ny, Y.K

Umur : 28 Tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Suku/Kebangsaan : Minahasa / Indonesia

**c Status Kesehatan saat ini**

1). Alasan Masuk : Sesak napas

2). Keluhan Utama: By.Ny. Y.K lahir secara section sesarea dengan BBL 1400 gram, PBL 44 cm bayi tampak lemah dan bayi sesak

3). Diognosa Medik: BBLR

d **Riwayat Kesehatan yang lalu**

* Pre natal care

1). Pemeriksaan kehamilan 2x kali

2). Keluhan selama hamil : muntah-muntah

3). Riwayat alergi : tidak ada

* Natal

1). Tempat melahirkan : Rumah sakit Prof.Dr.D.R.Kandou Manado

2). Lama dan jenis persalinan : SC

3). Penolong persalinan : Dokter

* Post natal

1). Kondisi Bayi : BB: 1400 gram, PBL 44 cm

2). Pernah dirawat dalam incubator : Pernah

3). Pemberian obat**-**obatan : vit K (+), salep mata (+)

. **Riwayat Immunsasi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Jenis immunisasi | Waktu pemberian | Reaksi setelah pemberian |
| 1. | BCG | Belum diberikan | Tidak ada |
| 2. | DPT (I,II,III) | Belum diberikan | Tidak ada |
| 3. | Polio (I,II,III,IV) | Belum diberikan | Tidak ad |
| 4. | Campak | Belum diberikan | Tidak Ada |
| 5. | Hepatitis A & B | Belum diberikan | Tidak ada |

**e.Riwayat tumbuh Kembang**

Pertumbuhan (Pemeriksaan Fisik)

1. Keadaan Umum : Lemah
2. Tanda-tanda Vital :
3. Suhu : 36,7ºc
4. Frekuensi napas : 69 x/ menit
5. Tekanan darah : 66/35 mmHg
6. Nadi : 140 x/ menit
7. Pengukuran antropometri
8. Berat badan : 1400 gram
9. Berat Badan sekarang : 1632 gram
10. Panjang Badan : 44 cm

Downess score :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pemeriksaan** | **0** | **1** | **2** |
| Frekuensi nafas | <60x/Menit | 60-80x/menit | **>80x/menit** |
| Retraksi | Tidak adaRetraksi | **Retraksi ringan** | Retraksi berat |
| Sianosis | **Tidak ada sianosis** | Sianosis hilaG dengan O2 | Sianosis menetapwalupun diberi O2 |
| Air Entery | Udara masukbilateral baik | **Penurunan****Ringan Udara** | Tidak adaudara masuk |

Interpetasi Hasil :

Skor ≤ 4 (Tidak ada gawat napas)

Skor 4-7 Gawat napas

Skor ≥ 7 Ancaman gagal napas (pemeriksaan AGD harus di lakukan)

**f Riwayat Nutrisi**

1. Pemberian ASI

Pertama kali disusui :

Cara pemberian :

Jumlah pemberian ASI sekarang: 35-40 cc

1. Pemberian susu formula

Alasan pemberian :

Jumlah pemberian :

Cara memberikan :

**h Pengkajian Sekunder**

1. Kepala

Inspeksi / Palpasi : Bulat, rambut hitam, tampak bersih

Keluhan : Tidak ada

1. Mata

Fungsi penglihatan : normal

Ukuran pupil : normal

Akomodasi : normal

Konjungtiva : anemis

Edema palpebral : tidak ada

Keluhan : tidak ada

1. Telinga

Fungsi pendengaran : normal

Fungsi keseimbangan : normal

Keluhan : tidak ada

1. Hidung dan sinus

Inspeksi : Terpasang Ventilator

Pembengkakan : tidak ada

Pendarahan : tidak ada

Keluhan : tidak ada

1. Mulut dan tenggorokan

Inspeksi :

Keadaan gigi : belum tumbuh gigi

Keadaan membrane mukosa : kering

1. Leher

Inspeksi / palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

1. Thoraks

Inspeksi :simetris, terdapat retraksi dinding dada

1. Abdomen

Inspeksi : normal

Auskultasi : normal

Frekuensi BAB : 2x1 /hari

Konsistensi feses : Lembek

Keluhan makan dan BAB :

Frekuensi BAK : 4 x sehari

Keluhan BAK : tidak ada

1. Ekstremitas

Inspeksi :Tidak ada odema

**Data lab**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Paramatar | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan |
| **HEMATOLOGI** |
| Leukosit | 10.9 | 5.0-15.0 | 10^3/Ul |
| Eritrosit | 4.43 | 3.20-4.20 | 10^3/Ul |
| Hemoglobin | 16.8 | 9.9-12.5 | g/dL |
| Hematokrit | 33.4 | 28.0-42.0 | % |
| Trombosit | 159 | 210-650 | 10^3/Ul |
| MCH | 37.9 | 27.0-35.0 | Pg |
| MCHC | 28.3 | 28.5-35.5 | % |
| 001 Eosofil | 2 | 1-5 | % |
| 002 Basofi | 0 | 0-1 | % |
| 003 Netrofil Batang | 11 | 2-8 | % |
| 004 Netrofil Segmen | 49 | 50-70 | % |
| 005 Limfosit | 32 | 20-40 | % |
| 006 Monosit | 5 | 2-8 | % |
| MCV | 79.5 | 87.0-103.0 | fL |
| **KIMIA KLINIK** |
| SGOT | 25 | <33 | U/L |
| SGPT | 7 | <43 | U/L |
| Bilirubi Total | 33.01 | 0.10-1.20 | mg/dL |
| Bilirubin Direct | 24.56 | <0.30 | mg/dL |
| Ureum Darah | 40 | 10-40 | mg/dL |
| Creatinin Darah | 0.5 | 0.5-1.5 | mg/dL |

**Pengobatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama Obat | Dosis | Frekuensi | Cara Pemberian |
| Ceftazidin | 2x75 mg | Tiap jam | IV |
| Amikasin | 2x3 mg | Tiap 12 jam | IV |
| Aminofilin | 2x4 mg | Tiap 36 jam | IV |
| Nutrimix | 8 ml | 1 Jam | IV |

1. **Analisa data**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Etiologi | Masalah |
| Data Subjektif :Data Objektif :* Napas klien cepat
* Terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 6
* Respirasi : 69 x/ menit
* HR : 140 x/Menit

- SPO2 : 98%* Terdapat retraksi dinding dada
 | Hambatan Upayah Nafas (Kelemahan Otot Pernafasan) | Pola nafas tidak efektf |
| Data Sujektif :Data Objektif :* Antropometri BBL : 1400 gram BBS : 1632 gram PB : 38 cm
* Mukosa bibir kering
 | Kita mampuan menelan makanan |  Defisit Nutrisi |
| Data Subjek : - Data Objektif :* Klien terpasang infus di kepala
* Klien terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 6
 | Efek prosedur invasif | Resiko Infeksi |

1. **Diagnosa Keperawatan Kasus IV**
	1. **D.0005** Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas ) di tadai dengan napas klien cepat, terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 6, respirasi : 69x/Menit, HR : 140x/Menit, SPO2 : 98%, terdapat retraksi dinding dada.
	2. **D.0019** Defisit nutrisi berhubungan dengan kemampuan menelan makanan di tandai dengan Antropometri :BBL : 1400 gram,BBS : 1632 gram, PB : 44 cm, Mukosa bibir kering.
	3. **D.0142** Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive ditandai dengan klien terpasang infus di tangan kanan, klien terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 6.
2. **Intervensi Kasus IV**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnosa (SDKI) | Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI) | Intervensi (SIKI) |
| **D.0005**Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas ) di tadai dengan :Data Subjektif **:**-Data Objektif :* Napas klien cepat
* Terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 6
* Respirasi : 69x/ menit
* HR : 140x/Menit

- SPO2 : 98%* Terdapat retraksi dinding dada
 | **L.01004 (Pola Nafas)**Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka pola nafas membaik, dengan kriteria hasil :* Frekuensi nafas membaik
* Kedalaman nafas membaik
 | **I.01012 (Manajemen Jalan Nafas)**Observasi:* Monitor pola nafas
* Monitor bunyi nafas

 Terapeutik:* Pertahankan kepatenan jalan nafas
* Berikan oksigen
 |
| **D.0019** Defisit Nutrisi berhubungan dengan kemampuan menelan makanan di tandai dengan :Data Sujektif :Data Objektif :- Antropometri BBL : 1400 gram BBS : 1632 gram | **L.030330 (Status Nutirsi)**Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam , maka status nutrisi bayi membaik, dengan kriterian hasil :* Berat badan meningkat
* Panjang badan meningkat
 | **I.03119 (Manajemen Nutrisi)**Observasi* Identifikasi status nutrisi
* Identifikasi pemberian asi
* Moitor berat badan

**I.03126 (Pemberian Makanan Oral)**Observasi* Berikan stimulasi oral
* Observasi reflex hisap bayi
 |
| PB : 38 cm* Mukosa bibir kering
 |  | Terapeutik* Bicara dengan bayi selama diberikan makanan untuk menstimulus bayi
 |
| **D.0142**Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive ditandai dengan:Data Subjek : - Data Objektif :* Klien terpasang infus di tangan kanan
* Klien terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 7
 | L.14137 (Tingkat Infeksi)Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, makan tingkat infekesi menurun, dengan kriteria hasil :* Kebersihan tangan meningkat
* Kebersihan tubuh meningkat
 | I.14539 (Pencegahan Infeksi)Observasi* Monitor tanda dan gejala infeksi

Terapeutik* Batasi jumlah pengunung
* Cuci tangan sebelum dan sesudah kontakdengan pasien dan lingkungan pasien
* Pertahankan tehnik aseptic pada pasien beresiko tinggi
 |

1. **Implementasi Dan Evaluasi Kasus IV**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnosa | Implementasi | Evaluasi |
| **D.0005**Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kedalaman otot bantu nafas ) di tadai dengan :Data Subjektif **:**-Data Objektif :* Napas klien cepat
* Terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 6
* Respirasi : 69 x/ menit
* HR : 140 x/Menit

- SPO2 : 98%* Terdapat retraksi dinding dada
 | Hari/Tanggal : Rabu,19 Januari 2022 Jam : 08.30 wita1. Memonitor pola nafas

Hasil :Frekuensi nafas : 69x/Menit Terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 6SPO2 : 98%Terdapat retraksi dinding dadaJam : 08.40 wita1. Memonitor bunyi nafas Hasil :

Tidak ada bunyi nafas tambahanJam : 08.50 wita3.Memonitor sputum Hasil : Tidak ada sputumJam :09.00 wita4.Mempertahankan kepatenan jalan nafas Hasil : Memperatahan kepatenen jalan nafa dengan Terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 6 | Hari/Tanggal : Rabu, 19 Januari 2022 Jam : 13.30 witaS :O :* Nafas klien cepat
* Klien tampak sesak
* Terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 6
* Frekuensi nafas : 69 x/Menit

- SPO2 : 98%* Terdapat retraksi dinding dada A : Masalah Belum Teratasi

P : Lanjutkan intervensi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jam : 09.20 wita5. Memberikan oksigenHasil :Memberikan Ventilator FiO2 40% PEEP 6  |  |
| **D.0019**Defisit Nutrisi berhubungan dengan kemampuan menelan makanan di tandai dengan :Data Sujektif :Data Objektif :* Antropometri BBL : 1400 gram BBS : 1632 gram PB : 38 cm
* Mukosa bibir kering
 | Hari/Tanggal :Rabu, 19 Januari 2022 Jam : 09.30 wita1.Mengidentifikasi status nutrisi Hasil :Klien mengonsumsi ASI 35- 40 cc Jam : 0940 wita2.Menggunakan teknik bersih dalam pemberian ASI via oral Hasil : Menjaga teknik aseptik dalam pemberian ASI via oral dengan menggunakan handscoenJam : 09.45 wita3.Memberikan ASI 35-40 cc via oral***Effects of Oral Stimulation on Increase Weight on LBw Baby***Hasil : Refleks menghisap ASI via oral bayi tampak baikJam : 10.00 wita4.Memoitor berat badan Hasil : Berat badan : 1632 gram | Hari/Tanggal : Rabu, 19 Januari 2022 Jam : 13 30 witaS :O :* Antropometri
* BB : 1632 gram
* Mukosa bibir kering

A : Masalah belum tertasi P : Lanjutkan Intervensi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **D.0142**Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan:Data Subjek : -Data Objektif : * Klien terpasang infus di tangan kanan
* Terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 6
 | Hari/Tanggal : Rabu Januari 2022 Jam : 10.30 wita1. Monitor tanda dan gejala infeksi Hasil :Tidak ada tanda-tanda infeksiJam : 10. 40 wita2 Membatasi jumlah pengunjung : Hasil: Batasi jumlah pengunjungJam : 10.40 wita1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Hasil :Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasienJam : 10.501. Mempertahankan tehnik aseptic pada pasien beresiko tinggi

Hasil :Mempertahankan tehnik aseptic | Hari/Tanggal :Rabu,19 Januari 2022 Jam : 13.50 witaS :O :* Tidak ada tanda-tanda infeksi
* Klien terpasang infus di tangan kanan
* Terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 6

A: Masalah belum teratasiP : lanjutkan intervensi |

 **2.Penerapan EBN**

Praktek klinik gawat darurat peminatan pada anak di ruangan Nicu B ( *Neonatal Intensif Care Unit*) RSUP Prof. DR. R.D Kandou Manado selama 5 minggu sejak tanggal 17 januari-05 mei 2022. Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan kepada keempat pasien By.Ny. R.M By, Ny,M.L By. Ny, G.R. By .Ny, Y.K dengan diagnosa medis BBLR dengan masalah keperawatan aktual yaitu resiko defisit nutrisi maka diterapkan Evidence Base Nursing (EBN) tentang “*Effects of Oral Stimulation* *on Increase Weight on LBW Baby”* . Yaitu pemberian terapi Oral motor untuk memberikan stimulasi oral.

# Pembahasan

Pada pembahasan ini, akan membahasan antara teori dan laporan kasus asuhan keperawatan pada By.Ny, M.R By.Ny, M.L By,Ny, G.R dan By,Ny, Y.K kasus BBLR yang teah dilakukan sejak 17 januari 2022 s.d 5 mei 2022. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, menegakan diagnosa keperawatan, memberikan intervensi, melakukan implementasi keperawatan dan penerapan EBN serta evaluasi keperawatan.

# Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam membuat asuhan keperawatan untuk mengumpulkan data tentang pasien dengan metode wawancara, observasi, dan melihat rekam medik pasien

Menurut Suyono (2019), pada pemeriksaan fisik yang di lakukan pada anak dengan BBLR didapatkan data keadaan umum tampak lemah dan sesak, kesadaran compos mentis sampai somnolent, tanda-tanda vital tekanan darah : hipertensi, nadi : takikardi, respirasi takipnea, dyspnea, nafas dangkal, suhu hipertermi. Pada kepala tidak ada kelainan, mata konjungtiva anemis,pernafasan cuping hidung. Paru : pengembangan paru berat, tidak simetris jika hanya satu sisi paru, penggunaann otot bantu nafas, adanya nyeri tekan, peningkatan vocal fremitus pada daerah terkena, pekak terjadi bila terisi cairan, normalnya timpani, auskultasi bisa terdengar ronki atau crackles. Jantung : Tidak ada kelainan jantung, ekstremitas sianosis, turgor berkurang jika dehidrasi

Pola nutrisi biasanya muncul anoreksia (akibat respon sistemik melalui kontrol saraf puasat), mual dan muntah (peningkatan rangsangan gaster sebagai dampak peningkatan toksik mikroorganisme). Pola eliminasi penderita sering

mengalami penurunan produksi urine akibat perpindahan cairan melalu proses evaporasi

Pada pengkajian By. Ny, R.M yang dilakukan pada tanggal 19 januari 2022 pada pukul 09.00 Wita, dengan melakukan wawancara pada orang tua, observasi pemeriksaan fisik pada pasien, dan catatan rekam medik pasien. Hasil pengkajian sebagai berikut : : By.Ny, R.M umur 2 hari berjenis kelamin laki-laki Masuk di Nicu B pada tanggal 01 januari 2022. lahir dengan berat badan : 2400 gram, PB : 44 cm. Saat dikaji tanggal 19 januari 2022 keadaan umum : lemah, nafas cepat, terdapat retraksi dinding dada, terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6, tidak ada bunyi nafas tambahan, tekanan darah : 73/46 mmHg, nadi : 142x/menit, respirasi, 73x/menit, SPO2 : 98%, berat badan sekarang 1548 gram, terpasang IVFD nutrimix, pemunuhan nutrisi melalu oral dengan jumlah pemberian asi : 35-40 cc/3 jam. Pada pengkajian By.Ny,M.L dilakukan pada tanggal 24 januari 2022 pada pukul 09.30 wita dengan melakukan observasi pengkajian fisik, dan catatan rekam medic. By.Ny,M.L umur 18 hari berjenis kelamin laki-laki masuk Nicu B pada tanggal 01 januari 2022 merupakan rujukan dari rumah sakit Manembo-nembo dengan keluhan sesak, bayi lahir dengan berat badan 1500 gram dan panjang badan 38 cm. Saat Kaji Keadan umum lemah, nafas cepat, klien tampak sesak, terdapat retraksi dinding dada terpasang CPAP FiO2 30 % PEEP

tidak ada bunyi nafas tambahan, tekanan darah : 60/51 mmHg, nadi :139x/menit, respirasi:63x/menit, SPO2 : 95%, berat badan sekarang, 1644 gram,terpasang IVFD nutrimix pada tangan kiri. Pada Pengkajian By. Ny,G.R dilakukan pada tanggal 31 januari 2022 pada pukul 09.30 wita dengan melakukan wawancara dengan orang tua, observasi pengkajian, dan catatan rekam medic. By.Ny,G.R umur 15 hari berjenis kelamin laki-laki lahir secara section sesarea dengan keluhan nafas cepat, berat badan lahir 1300 gram, Panjang badan lahir: 38 cm, apgar score rendah, keadaaan umum lemah, nafas cepat, tampak sesak, terdapat retraksi dinding dada, terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 7, terpasang IVFD pada tangan , dengan jumlah pemberian asi 40 cc. Pada Pengkajian By,Ny, Y.K dilakukan pada tanggal 31 januari 2022 pada pukul 09.30 wita dengan melakukan wawancara dengan orang tua, oservasi pengkajian,dan catatan rekam medic. By,Ny,Y.K umur 15 hari berjenis kelamin laki-laki lahir secara section sesarea dengan keluuhan nafas cepat, berat badan lahir 1400 gram panjang badan lahir 44 cc, keadaan umum lemah nafas cepat, tampak sesak, terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 6, terpasang IVFD pada tangan kanan,dengan jumlah pemberian asi 35-40 cc.

# Diagnosa

#  Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dalam proses asuhan keperawatan yaitu menganalisa data subjektif dan data objektif yang telah di dapatkan pada tahap pengkajian untuk menengakan masalah keperawatan keperawatan yang terjadi pada pasien.

#  Berdasarkan teori diatas ada diagnosa keperawatan yang tidak ditemukan pada By.B.K yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif dan gangguan pertukaran gas. Masalah keperawatan yang di dapatkan dari hasil pengkajian By.Ny, R.M adalah Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kelemahan otot pernafasan) ditandai dengan nafas klin cepat, terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6 Respirasi 73x/menit,HR:142 x/meni, SPO2: 98%,terdapat retraksi dinding dada. Ditemukan juga masalah keperatwan resiko yaitu resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan di tandai dengan berat badan lahir : 2400 gram berat badan sekarang : 1548 gram, mukosa bibir kering. Bayi dengan berat badan rendah dalam perawatan juga beresiko infeksi baik dari lingkungan, efek prosedur invasif maupun petugas, sehingga diagnosa resiko infeksi juga haru di tegakan. Resiko infeksi b.d prosedur invasif di tandai dengan klien terasang infus pada kaki kanan dan tangan kiri, terpasang CPAP 30% FiO2 PEEP.

Berdasarkan teori diatas ada diagnose keperawatan yang tidak ditemukan pada By.Ny, M.L yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif dan gangguan pertukaran gas. Masalah keperawatan yang di dapatkan dari hasil pengkajian By.Ny, M.L adalah Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kelemahan otot pernafasan) ditandai nafas klien cepat, terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 5 Respirasi 63x/menit, HR : 139x/menit, SPO2 : 95x/menit, terdapat retraksi dinding dada. Ditemukan juga masalah keperawatan resiko yaitu resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan di tandai dengan berat badan lahir : 1500 gram, berat badan sekarang 1644 gram, mukosa bibir kering terpasang ogt. . Bayi dengan pneumonia dalam perawatan juga beresiko infeksi baik dari lingkungan, efek prosedur invasif maupun petugas, sehingga diagnosa resiko infeksi juga haru di tegakan. Resiko infeksi b.d prosedur invasif di tandai dengan klien terpasang infus pada tangan kiri, klien terpasang CPAP FiO2 30% PEEP.

 Berdasarkan teori diatas ada diagnosa keperawatan yang tidak ditemukan pada By.Ny, G.R yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif dan gangguan pertukaran gas. Masalah keperawatan yang di dapatkan dari hasil pengkajian By.Ny, G.R adalah Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kelemahan otot pernafasan) ditandai nafas klien cepat,klien tampak sesak, terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP 7 Respirasi 70x/menit, HR : 179x/menit, SPO2 : 98x/menit, terdapat retraksi dinding dada. Ditemukan juga masalah. Keperawatan resiko yaitu resiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan berat badan lahir: 1300 gram, berat badan sekarang 1537 gram, mukosa biir kering.bayi dengan BBLR dalam perawatan juga beresiko infeksi baik dari lingkungan, efek prosedur invasive maupun petugas, sehingga diagnose resiko infeksi juga harus di tegakan. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive ditandai dengan klien terpasang infus pada kaki kanan, klien terpasang ventilator FiO2 40% PEEP 7.

Berdasarkan teori diatas ada diagnose keperawatan yang tidak ditemukan pada By, Ny, Y.K yaitu bersihan jalan napas dan gangguan pertukaran gas. Masalah keperawatan yang didapatkan dari hasil pengkajian By,Ny,Y.K adalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kelemahan otot pernafasan) ditandai nafas klien cepat, klien tampak sesak, terpasang ventilator FiO2 40% PEEP 6 respirasi 69x/menit, HR : 140X/MENIT, SPO2: 98x/menit, terdapat retraksi dinding dada. Ditemukan juga masalah keperawatan resiko yaitu resiko deficit nutrisi berhuungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan berat badan lahir : 1400 gram, badan badan sekarang 1632 gram, mukosa bibir kering. Bayi dengan BBLR dala, perawatan juga beresiko infeksi baik dari lingkungan, efek prosedur invasive maupun petugas, sehingga diagnose resiko infeksi juga harus ditegakan, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive ditandai dengan klien terpasang infus dikaki kanan, klien terpasang ventilator FiO2 40% PEEP 6.

# Intervensi

# Intervensi keperawatan merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan yang membuat suatu rencana tindakan untuk menangani serta Pencegah terjadinya komplikasi.

#  Diagnosa keperawatan yang di dapatkan dari hasil pengkajian pada By.Ny, R.M By.Ny, M.L By.Ny, G.R By,Ny, Y.K adalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upayah nafas (kelemahan otot pernafasan), resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan. Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif, sehingga perencanaan ditujukan sebagai upaya untuk

mengambalikan pola nafas efektif dan membaik, pencegahan sehingga tidak terjadi defisi nutrisi dan tidak terjadi infeksi

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indoesia (2018), intervensi yang dapat diberikan pada pola nafas tidak efektif adalah manajemen jalan nafas yaitu monitor pola nafas, monitor bunyi nafas, monitor sputu, Pertahankan kepatenan jalan nafas, Posisi semi fowler atau fowler, lakukan fisioterpi dada jika perlu, berikan oksigen, kolaborasi pemberian bronkodilator jika perlu. Intervensi yang dapat diberikan pada diagnosa keperawatan resiko defisit nutrisi adalah manajemen nutrisi dan pemberian makanan enteral yaitu identifikasi status nutrisi. Selanjutnya intervensi yang dapat diberikan pada diagnos keperawatan resiko infeksi adalah pencegahan infeksi, yaitu ,monitor tanda dan gejala infeksi, batasi jumlah pengunung, Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, Pertahankan tehnik aseptic pada pasien beresiko tinggi.

Dalam intervensi keperawatan yang diberikan pada By.Ny,M.R By.Ny,M.L By.Ny,G.R By,Ny,Y.K pada diagnose pola nafas tidak efektif adalah : monitor pola nafas, monitor bunyi nafas, monitor sputum,pertahankan kepatenan jalan nafas berikan oksigen.

Dalam intervensi keperawatan yang diberikan pada By.Ny, M.R By,Ny, M.L By.Ny,G.R dan By.Ny,Y.K pada diagnosa resiko defisit nutrisi adalah : identifikasi status nutrisi, identifikasi perulnya selang nasogastrik, moitor berat badan, periksa posisi NGT/OGT dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara, Gunakan tehnik bersih dalam pemberian makanan via selang, bicara dengan bayi selama diberikan makanan/asi untuk menstimulus bayi.

Dalam intervensi keperawatan yang diberikan pada By.Ny, M.R By.Ny,M.L By.Ny,G.R By.Ny,Y.K pada diagnose resiko infeksi adalah : Monitor tanda dan gejala infeksi,batasi jumlah pengunung,cuci tangan sebelum dan sesudah kontakdengan pasien dan lingkungan pasien, dan pertahankan tehnik aseptic pada pasien beresiko tinggi.

# Implementasi

Implemetasi keperawatan adalah langkah keempat dalam proses asuhan keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang ditentukan.

Diagnosa keperatawan pada By.Ny,M.R By,Ny,M.L By.Ny,G.R By.Ny,Y.K yaitu **pola napas tidak efektif**, tindakan yang dilakukan adalah memonitor pola napas,bunyi napas, memonitor sputum di dapatkan hasil pada By,Ny, M.R frekuensi nafas:73 x/menit,SpO2 98 x/menit, terpasang CPAP FiO2 30% PEEP 6, terdapat retraksi dinding dada, tidak terdapat bunyi nafas tambahan,tidak terdapat sputum, hasil yang dapatkan pada By,Ny,M.L frekuensi napas 63 x/menit,terpasang FiO2 30% PEEP 5, SPO2 99%, terdapat retraksi dinding dada,tidak ada bunyi nafas tambahantidak ada sputum, pada By,Ny,G.R di dapatkan hasil frekuensi nafas 67x/menit, SPO2 97%, terdapat retraksi dinding dada terpasang Ventilator FiO2 30% PEEP 7 By,Ny,Y.K di dapatkan hasil frekuensi nafas 67x/menit,SPO2 97%, retraksi dinding dada terpasang Ventilator FiO2 40% PEEP

# BAB V

 **PENUTUP**

# Kesimpulan

#  Dari Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Aplikasi Evidence Based Nursing Intervensi Stimulasi Oral Pada Bayi BBLR Terhadap Masalah Keperawatan Defisit Nutrisi DiRuangan NICU RSUP.Prof.Dr.R.D. Kandou Manado”, makadisimpulkan:

# Tingkat nutrisi pada klien sebelum dan sesudah diberikan intervensi stimulasi oral meningkat.

# Adanya pengaruh terhadap berat badan bayi sebelum dan sesudah diberikan stimulasi oral

# Stimulasi oral memberikan pengaruh nutrisi dan meningkatkan berat badan bayi pada BBLR.

# Saran

* 1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan melakukan pengkajian secara tepat dan lebih optimal lagi dalam memberikan asuhan keperawatan, dan mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan dengan benar dan dapat menerapkan *Evidence Base Nursing* (EBN) pada pasien dengan BBLR. Diharapkan juga dapat menerapkan *Evidence Base Nursing* pada asuhan keperawatan pada bayi dengan BBLR menggunakan pemberian stimulasi oral untuk meningkatkan nutrisi pada BBLR.

* 1. Bagi Perawat

Diharapkan untuk meningkatkan kapasitas dirinya dengan berinovasi pada terapi modalitas dan tidak terpaku pada advis medis saja.

* 1. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi referensi bagi para mahasiswa untuk memahami tentang asuhan keperawatan pada bayi dengan BBLR dan lebih memahami tentang pemberian stimulasi oral untuk meningkatkan berat badan pada bayi BBLR diruangan Nicu *(neonatal intensive care unit*) RSUP. Prof.DR.R.D Kandou Manado.

**DAFTAR PUSTAKA**

Big, J., & Ca, R. (n.d.). *Jinvijim big rahpo ca\api[irig*.

Cárdenas López, A. C. (2012). No Title طرق تدريس اللغة العربية. *Экономика Региона*, *10*(9), 32. https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5224/1/UPS-QT03885.pdf

Fatmawati, L. (2021). Pengaruh Stimulasi Oral Terhadap Peningkatan Berat Badan Pada Bayi BBLR. *Journal Ners Community*, *12*, 50–58.

Maghfuroh, L., Nurkhayana, E., Ekawati, H., Eko Martini, D., & Kusbiantoro, D. (2020). Oral Motor Meningkatkan Reflek Hisap Bayi Bblr Di Ruang Nicu Rs Muhammadiyah Lamongan. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*, 62–67. https://doi.org/10.34035/jk.v12i1.571

PLANO DE DISCIPLINA - PROF LEONARDO - POLÍTICAS PÚBLICAS. (2019). No Titיליle. ペインクリニック学会治療指針２, 1–9. https://doi.org/.1037//0033-2909.I26.1.78

Samsudin, C. M. (2020). No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する共分散構造分析Title. In *Konstruksi Pemberitaan Stigma Anti-China pada Kasus Covid-19 di Kompas.com* (Vol. 68, Issue 1). http://dx.doi.org/10.1016/j.ndteint.2014.07.001%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.ndteint.2017.12.003%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.matdes.2017.02.024

Umar, H. (2017). Gambaran Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah Di RSUP.Dr.M.Djamil Padang Tahun 2016. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699.

**LAMPIRAN**

**CURRICULUM VITAE**

****

**Identitas**

Nama : Krisdianti Beatriks Badalia

Nim : 711490121024

Tempat/tanggal lahir : Galela, 06 Desember 1997

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Desa MKCM, Kecamatan Tobelo, Kabupaten Halmahera Utara, Provinsi Maluku Utara.

**Riwayat Pendidikan**

1. SD Naskat Bintang Timur 2 Tobelo, Tamat Tahun 2010
2. SMP Gotong Royong Tobelo, Tamat Tahun 2013
3. SMA Negeri 1 Halmahera Utara, Tamat Tahun 2016
4. S1, Universitas Hein Namotemo Tobelo, Tamat Tahun 2020