

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI Ny. N DENGAN**  
**PREMATUR DI RSUD HASANUDDIN DAMRAH**  
**MANNA BENGKULU SELATAN**  
**TAHUN 2019**



**DISUSUN OLEH :**  
**YETI NOPITASARI**  
**NIM: P0 5120218 162 RPL**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI**  
**DIPLOMA DIII KEPERAWATAN**  
**T.A 2018/2019**

**HALAMAN JUDUL**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI Ny. N DENGAN**  
**PREMATUR DI RSUD HASANUDDIN DAMRAH**  
**MANNA BENGKULU SELATAN**  
**TAHUN 2019**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma III  
Keperawatan Pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu  
Jurusan Keperawatan Poltekkes  
Kemenkes Bengkulu

**DISUSUN OLEH :**  
**YETI NOPITASARI**  
**NIM: P0 5120218 162 RPL**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI**  
**DIPLOMA DIII KEPERAWATAN**  
**T.A 2018/2019**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI NY. N DENGAN  
PREMATURE DI RSUD HASANUDDIN DAMRAH  
MANNA BENGKUKU SELATAN  
SELATAN TAHUN 2019**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh

**YETI NOPITASARI**  
**P05120218162 RPL**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di  
hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan Bengkulu  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada tanggal : 26 Agustus 2019

Oleh

Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah

**Pembimbing,**



**Ns. Rahma Annisa, S.Kep, M.Kep**  
**NIP. 198503232010122002**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**Karya Tulis Ilmiah**

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI NY. N DENGAN  
PREMATURE DI RSUD HASANUDDIN DAMRAH  
MANNA BENGKUKU SELATAN  
TAHUN 2019**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

**YETI NOPITASARI  
NIM: PO5120218162 RPL**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diuji dan dinilai oleh Panitia Penguji pada Program  
DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada tanggal: 26 Agustus 2019

Panitia Penguji,

1. Ns. Husni, S.Kep, M.Pd  
NIP.197412061997032001

(.....)

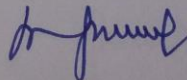
2. Asmawati, S.Kp, M.Kep  
NIP.19750202 200112 2002

(.....)

3. Ns. Rahma Annisa, S.Kep, M.Kep  
NIP.198503232010122002

(.....)

Mengetahui  
Ka. Prodi DIII Keperawatan Bengkulu  
Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Bengkulu



**(Ns. Mardiani, S.Kep, MM)**  
NIP.197203211995032001

## KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kepada ALLAH SWT atas nikmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul ***“Asuhan Keperawatan pada Bayi Prematur di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan Tahun 2019”***. Sholawat serta salam untuk Nabi besar Muhammad SAW, yang telah berjuang untuk menyampaikan ajaran Islam sehingga umat mendapat petunjuk ke jalan yang lurus baik di dunia maupun di akhirat.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Proposal ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan, bimbingan dari dosen pembimbing dan dorongan dari berbagai pihak.. Terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Bapak Darwis, S.Kp., M.Kes. selaku Direktur Politeknik Kesehatan Bengkulu.
2. Bapak Dahrizal, S.Kp., M.PH. selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Ibu Ns. Mardiani, S.Kep., MM. selaku Ketua Prodi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Ibu Ns. Rahma Annisa.,S.Kep., M.Kep, selaku pembimbing pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan fikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran kepada penulis dalam penyusunan Proposal ini.
5. Orang tua, suami dan anak yang telah memberi dukungan untuk menyelesaikan karya tulis ini.
6. Semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan dalam penyelesaian proposal ini. Semoga bimbingan dan bantuan serta nasihat yang telah diberikan akan menjadi amal baik oleh Allah SWT.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Proposal ini masih banyak terdapat kekeliruan dan kekhilafan baik dari segi penulisan maupun penyusunan dan metodologi, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang.

Penulis berharap semoga Proposal yang telah penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa prodi keperawatan bengkulu lainnya.

Bengkulu, 26 Agustus 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR SKEMA</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>ix</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	4
<b>BAB II TINJAUAN TEORI</b>	
A. Konsep Dasar Prematur.....	6
1. Definisi.....	6
2. Faktor Resiko.....	7
3. Tanda Gejala .....	7
4. Patofisiologi.....	9
5. WOC .....	11
6. Masalah yang Terjadi pada Bayi Prematur.....	12
7. Penatalaksanaan pada Bayi Prematur .....	14
B. Konsep Anak .....	15
1. Definisi.....	15
2. Tahap Perkembangan Anak .....	15
C. Konsep Asuhan Keperawatan pada Bayi Prematur.....	18
1. Pengkajian .....	18
2. Diagnosa Keperawatan.....	20
3. Intervensi Keperawatan.....	23
4. Implementasi .....	28
5. Evaluasi Keperawatan .....	28

### **BAB III METODELOGI PENELITIAN**

A. Pendekatan/desain Penelitian .....	29
B. Subjek Penelitian.....	29
C. Batasan Istilah .....	29
D. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	30
E. Prosedur Penelitian.....	30
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data .....	30
1. Teknik Pengumpulan Data.....	30
2. Instrumen Pengumpulan Data.....	31
G. Keabsahan Data.....	31
H. Analisa Data .....	31

### **BAB IV TINJAUAN KASUS**

A. Pengkajian Keperawatan .....	33
B. Analisa Data .....	39
C. Diagnosa Keperawatan.....	40
D. Intervensi Keperawatan.....	41
E. Implementasi Keperawatan .....	47
F. Evaluasi Keperawatan .....	56

### **BAB V**

A. Pengkajian.....	63
B. Diagnosa.....	63
C. Intervensi.....	64
D. Implementasi .....	65
E. Evaluasi.....	66

### **BAB VI**

A. Kesimpulan .....	69
B. Saran.....	70

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **DAFTAR LAMPIRAN**



## DAFTAR SKEMA

<b>No</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
1	Skema 2.1 WOC	11

## DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
1	Tabel 2.1 Rencana Asuhan Keperawatan	24
2	Tabel 4.2 Terapi Obat	38
3	Tabel 4.3 Pemeriksaan Penunjang	39
4	Tabel 4.4 Analisa Data	39
5	Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan	40
6	Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan	46
7	Tabel 4.7 Evaluasi Keperawatan	55

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kesehatan dan kesejahteraan merupakan hal penting yang dapat meningkatkan kehidupan anak. Kesehatan anak adalah masalah utama dalam bidang kesehatan yang terjadi saat ini di Indonesia (Hidayat, 2008). Salah satunya yaitu masalah kesehatan neonatus yang hingga saat ini menjadi perhatian dari pemerintah Indonesia (Rohsiswatmo, 2008).

Menurut definisi WHO, bayi prematur adalah bayi lahir hidup sebelum usia kehamilan minggu ke 37 (dihitung dari hari pertama haid terakhir). Sebagian besar bayi prematur lahir dengan berat badan kurang 2500 gram (Surasmi, dkk, 2003). Umumnya kehamilan disebut cukup bulan bila berlangsung antara 37-41 minggu dihitung dari hari pertama siklus haid terakhir (HPHT) pada siklus 28 hari, sedangkan persalinan yang terjadi sebelum usia kandungan mencapai 37 minggu disebut dengan persalinan prematur (Sulistiarini & Berliana, 2016).

Prematuritas berhubungan dengan morbiditas dan mortalitas balita. Kelahiran prematur merupakan salah satu penyumbang terbesar kematian perinatal dan kesakitan neonatus, baik jangka pendek maupun jangka panjang (Sulistiarini & Berliana, 2016). Menurut WHO (2012) dalam Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2008), prematuritas merupakan penyebab kematian kedua pada balita setelah pneumonia dan merupakan penyebab utama kematian neonatal dan 35% kematian neonatal di dunia disebabkan oleh komplikasi kelahiran prematur.

Jumlah kejadian prematur kelahiran bersih 36% dan menunjukkan bahwa dari 48.336 wanita. Prematuritas terbesar disebabkan oleh gangguan atau kelainan pernafasan, selanjutnya urutan kedua dan ketiga disebabkan oleh sepsis (Riskesdas, 2013). Prevalensi bayi prematur di Amerika Serikat berkisar 5,65% atau 17,3 juta jiwa (WHO, 2012). Persentase kelahiran prematur di Indonesia tahun 2018 sebesar 9,7%. Persentase tertinggi terdapat

di provinsi Sulawesi (30,1%) dan terendah di provinsi Sumatera Selatan (6,2%) (Risikesdas, 2018). Persentase kejadian kelahiran prematur di Bengkulu adalah sebesar 5,31% pada tahun 2017, dengan angka kejadian pada laki-laki lebih tinggi dari pada perempuan. Data yang diperoleh di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan angka kejadian bayi dengan premature pada tahun 2015 adalah sebanyak sebanyak 52 bayi. Pada tahun 2016 jumlah meningkat menjadi 63 bayi. Dan pada tahun 2017 kembali meningkat menjadi 78 bayi (Medical Record RSUD Damrah, 2018)

Bayi dengan kelahiran prematur dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu, faktor janin dan faktor plasenta seperti plasenta previa dan solusio plasenta. Faktor lingkungan, kebiasaan, keadaan ekonomi, dan nutrisi ibu selama kehamilan juga merupakan salah satu dari beberapa masalah serius pada bayi prematur. Bayi yang lahir dengan prematur memiliki sistem pencernaan yang belum matang yang bisa menyebabkan masalah, khususnya dalam makanan yang perlu penanganan khusus (Gupte, 2004).

Permasalahan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada bayi prematur biasanya diawali dengan belum efektifnya reflek menghisap dan menelan, belum berkembangnya reflek muntah sehingga mudah terjadi aspirasi, serta kapasitas lambung yang terbatas sehingga mudah terjadi distensi abdomen (Surasmi, dkk, 2003). Tujuan utama pemenuhan kebutuhan nutrisi pada bayi prematur adalah untuk membantu proses pertumbuhan dan perkembangan bayi. Pemberian nutrisi yang optimal merupakan hal penting pada manajemen bayi prematur dan bayi berat lahir rendah karena bayi-bayi tersebut mempunyai risiko menderita dehidrasi dan hipoglikemia. Prinsip utama pemberian nutrisinya adalah sedikit demi sedikit secara perlahan dan hati-hati. Pemberian makanan secara dini, yaitu dua jam pertama kelahiran berupa glukosa, Air Susu Ibu (ASI) atau Pendamping Air Susu Ibu (PASI) akan mengurangi risiko hipoglikemia, dehidrasi, dan hiperbilirubinemia (Surasmi, dkk, 2003).

Pemenuhan kebutuhan nutrisi pada bayi prematur memerlukan pengawasan yang ketat dan optimal untuk pertumbuhan dan perkembangan,

terutama dalam hal perubahan berat badan bayi karena mencerminkan kondisi nutrisi atau gizi bayi serta berkaitan dengan daya tahan tubuh bayi. Salah satu masalah yang berkaitan dengan pemenuhan nutrisi bayi-bayi tersebut adalah masalah pemberian ASI, karena ASI tidak bisa diberikan secara adekuat dan ASI dari ibu yang belum keluar atau karena perawatan yang terpisah antara ibu dan bayi. Selain hal tersebut, pemberian ASI tidak adekuat karena reflek menelan dan menghisap bayi yang belum efektif. Sebagian besar bayi tersebut dirawat di dalam inkubator dan nutrisinya diberikan melalui selang OGT dengan jumlah yang berbeda-beda karena belum mampu menyusui langsung (Gupte, 2004).

Perawat memiliki peranan penting dan bertanggung jawab terhadap pemenuhan kebutuhan nutrisi pada bayi prematur. Oleh karena itu pengenalan secara dini adanya intoleransi minum pada bayi yang dirawat penting untuk diketahui, sehingga tindakan pencegahan dan penatalaksanaan dini dapat dilakukan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Pemberian asuhan keperawatan didasarkan beberapa teori keperawatan. Teori keperawatan merupakan alat yang akan memberikan petunjuk dalam praktik keperawatan. Teori keperawatan juga memberikan kerangka kerja dalam pengkajian, diagnosa, dan intervensi keperawatan, sehingga praktik keperawatan dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan dalam mendukung dan meningkatkan kesehatan yang optimal bagi pasien (Meleis, 2007).

Di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan sekitar  $\pm$  50 % bayi lahir dengan premature hal ini terjadi karena kurangnya keinginan orang tua untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur yang menyebabkan kurangnya pengetahuan orang tua tentang bagaimana kehamilan yang sehat. Berdasarkan uraian diatas, tampak bahwa angka kelahiran bayi dengan premature masih tinggi sehingga penulis tertarik mengangkat kasus dengan judul “Asuhan keperawatan pada bayi dengan prematur di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan”.

## **B. Rumusan Masalah**

Dari latar belakang yang telah diuraikan diatas maka penulis ingin mengangkat masalah “Asuhan Keperawatan pada Bayi Prematur di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Untuk melaksanakan proses asuhan keperawatan secara komprehensif pada Bayi dengan Premature di RSUD Hasanuddin Damrah Manna.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk melakukan pengkajian pada bayi premature di RSUD Hasanuddin Damrah Manna.
- b. Untuk merumuskan diagnosa keperawatan pada bayi prematur di RSUD Hasanuddin Damrah Manna.
- c. Untuk menyusun rencana asuhan keperawatan pada bayi premature di RSUD Hasanuddin Damrah Manna.
- d. Untuk melakukan implementasi pada bayi premature di RSUD Hasanuddin Damrah Manna.
- e. Untuk melakukan evauasi pada bayi premature di RSUD Hasanuddin Damrah Manna.

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Bagi Akademik

Hasil studi ini dapat dijadikan masukan dan bahan pembelajaran di Jurusan Keperawatan dalam upaya peningkatan proses pengetahuan tentang Asuhan Keperawatan pada Bayi dengan Prematur.

### 2. Bagi Rumah Sakit

Hasil studi ini dapat dijadikan bahan masukan untuk mengembangkan proses Asuhan Keperawatan pada Bayi dengan Prematur.

3. Bagi klien dan keluarga

Mendapatkan pengalaman serta dapat menerapkan apa yang telah dipelajari dalam penanganan kasus bayi dengan prematur yang dialami dengan kasus nyata dalam pelaksanaan keperawatan.

4. Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan dan referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan pada bayi dengan prematur.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Prematur**

##### **1. Definisi**

Prematuritas adalah kelahiran yang berlangsung pada umur kehamilan 20 minggu hingga 37 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir (Sulistiarini & Berliana, 2016). Terdapat subkategori usia kelahiran prematur berdasarkan kategori WHO, yaitu:

- a. *Extremely preterm* (< 28 minggu)
- b. *Very preterm* (28 hingga < 32 minggu)
- c. *Moderate to late preterm* (32 hingga < 37 minggu).

##### **2. Faktor Resiko**

Menurut Rukiyah & Yulianti (2012), bayi dengan kelahiran prematur dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu sebagai berikut:

###### a. Faktor ibu

Faktor ibu merupakan hal dominan dalam mempengaruhi kejadian prematur, faktor-faktor tersebut di antaranya adalah:

- 1) Toksemia gravidarum (preeklampsia dan eklampsia).
- 2) Riwayat kelahiran prematur sebelumnya, perdarahan antepartum, malnutrisi dan anemia sel sabit.
- 3) Kelainan bentuk uterus (misal: uterus bikurnis, inkompeten serviks).
- 4) Tumor (misal: mioma uteri, eistoma).
- 5) Ibu yang menderita penyakit seperti penyakit akut dengan gejala panas tinggi (misal: thypus abdominalis, dan malaria) dan penyakit kronis (misal: TBC, penyakit jantung, hipertensi, penyakit ginjal).
- 6) Trauma pada masa kehamilan, antara lain jatuh.
- 7) Kebiasaan ibu (ketergantungan obat narkotik, rokok dan alkohol).
- 8) Usia ibu pada waktu hamil kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.



9) Bekerja yang terlalu berat dan jarak hamil dan bersalin terlalu dekat.

b. Faktor Janin

Beberapa faktor janin yang mempengaruhi kejadian prematur antara lain kehamilan ganda, hidramnion, ketuban pecah dini, cacat bawaan, kelainan kromosom, infeksi (misal: rubella, sifilis toksoplasmosis), insufensi plasenta, inkompatibilitas darah ibu dari janin (faktor rhesus, golongan darah A, B dan O), infeksi dalam rahim.

c. Faktor Lain

Selain faktor ibu dan janin ada faktor lain yaitu faktor plasenta, seperti plasenta previa dan solusio plasenta, faktor lingkungan, radiasi atau zat-zat beracun, keadaan sosial ekonomi yang rendah, kebiasaan, pekerjaan yang melelahkan dan merokok.

### 3. Tanda Gejala

Menurut Rukiyah & Yulianti (2012), ada beberapa tanda dan gejala yang dapat muncul pada bayi prematur antara lain adalah sebagai berikut:

- a. Umur kehamilan sama dengan atau kurang dari 37 minggu.
- b. Berat badan sama dengan atau kurang dari 2500 gram.
- c. Panjang badan sama dengan atau kurang dari 46 cm.
- d. Lingkar kepala sama dengan atau kurang dari 33 cm.
- e. Lingkar dada sama dengan atau kurang dari 30 cm.
- f. Jaringan lemak subkutan tipis atau kurang.
- g. Tulang rawan daun telinga belum sempurna pertumbuhannya.
- h. Tumit mengkilap, telapak kaki halus.
- i. Genetalia belum sempurna, labia minora belum tertutup oleh labia mayora dan klitoris menonjol (pada bayi perempuan). Testis belum turun ke dalam skrotum, pigmentasi dan rugue pada skrotum kurang (pada bayi laki-laki).
- j. Tonus otot lemah sehingga bayi kurang aktif dan pergerakannya lemah.
- k. Fungsi saraf yang belum atau tidak efektif dan tangisnya lemah.

l. Jaringan kelenjar mammae masih kurang akibat pertumbuhan otot dan jaringan lemak masih kurang.

m. Vernix caseosa tidak ada atau sedikit bila ada.

Menurut Proverawati & Sulistyorini (2010), bayi prematur menunjukkan belum sempurnanya fungsi organ tubuh dengan keadaan lemah, yaitu sebagai berikut:

- a. Tanda-tanda bayi prematur sesuai masa kehamilan (SMK):
  - a. Kulit tipis dan mengkilap.
  - b. Tulang rawan telinga sangat lunak, karena belum terbentuk dengan sempurna.
  - c. Lanugo (rambut halus atau lembut) masih banyak ditemukan terutama pada daerah punggung.
  - d. Jaringan payudara belum terlihat, puting masih berupa titik.
  - e. Pada bayi perempuan, labia mayora belum menutupi labia minora.
  - f. Pada bayi laki-laki, skrotum belum banyak lipatan dan testis kadang belum turun.
  - g. Garis telapak tangan kurang dari 1/3 bagian atau belum terbentuk.
  - h. Kadang disertai dengan pernapasan yang tidak teratur.
  - i. Aktivitas dan tangisan lemah.
  - j. Reflek menghisap dan menelan tidak efektif atau lemah.
- b. Tanda-tanda bayi prematur kecil untuk masa kehamilan (KMK):
  - i. Umur bayi bisa cukup, kurang atau lebih bulan, tetapi beratnya kurang dari 2500 gram.
  - ii. Gerakannya cukup aktif dan tangisannya cukup kuat.
  - iii. Kulit keriput, lemak bawah kulit tipis.
  - iv. Pada bayi laki-laki testis mungkin sudah turun.
  - v. Bila kurang bulan maka jaringan payudara dan puting kecil.

#### 4. Patofisiologi

Menurut Surasmi, dkk (2003), neonatus dengan imaturitas pertumbuhan dan perkembangan tidak dapat menghasilkan kalori melalui peningkatan metabolisme. Hal itu disebabkan karena respon menggigil

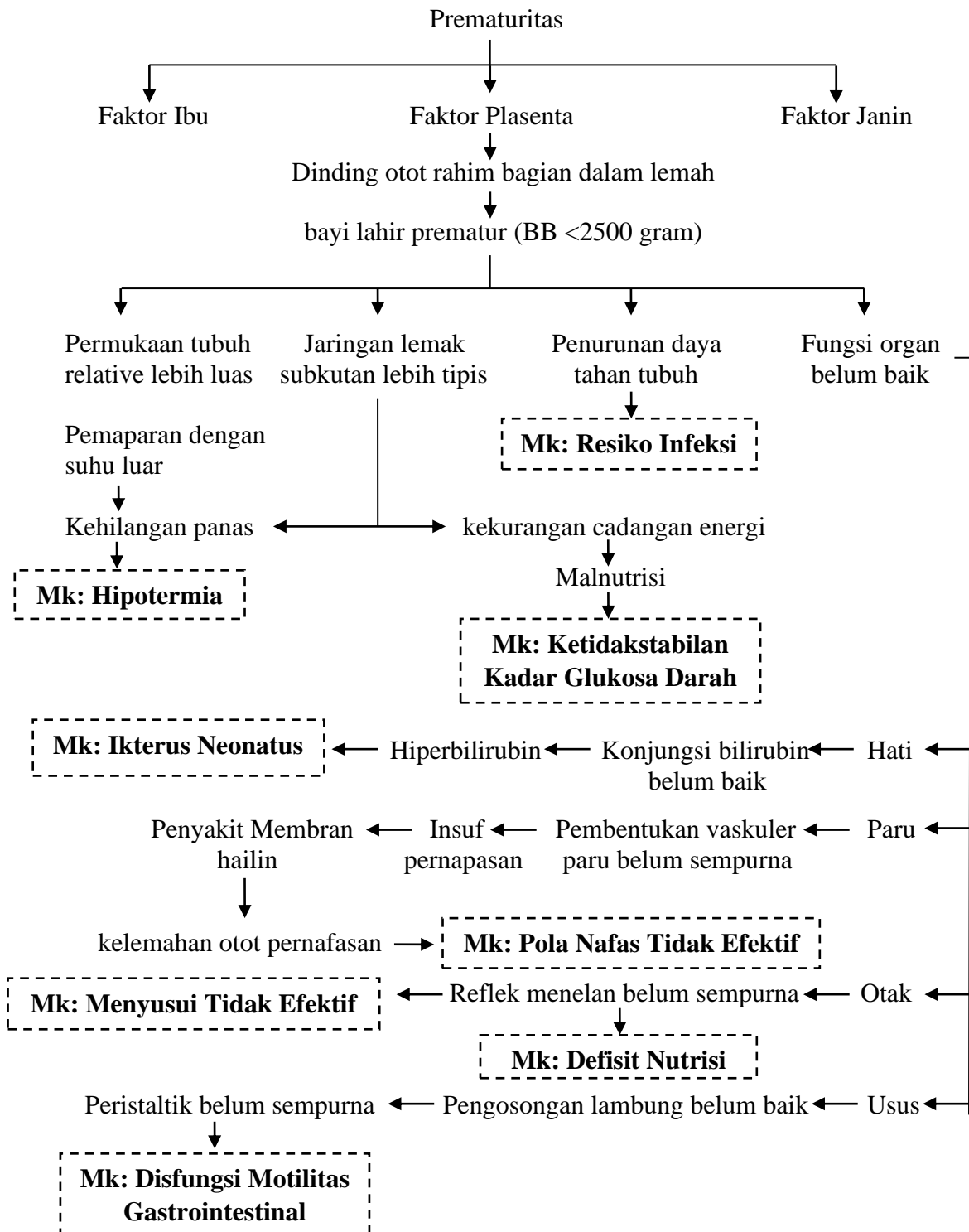
pada bayi tidak ada atau kurang, sehingga bayi tidak dapat menambah aktivitas. Sumber utama kalori bila ada stres dingin atau suhu lingkungan rendah adalah thermogenesis nonshiver. Sebagai respon terhadap rangsangan dingin, tubuh bayi akan mengeluarkan norepinefrin yang menstimulus metabolisme lemak dari cadangan lemak coklat untuk menghasilkan kalori yang kemudian dibawa oleh darah ke jaringan. Stres dapat menyebabkan hipoksia, metabolisme asidosis dan hipoglikemia. Peningkatan metabolisme sebagai respon terhadap stres dingin akan meningkatkan kebutuhan kalori dan oksigen. Bila oksigen yang tersedia tidak dapat memenuhi kebutuhan, tekanan oksigen berkurang (hipoksia) dan keadaan ini akan menjadi lebih buruk karena volume paru menurun akibat berkurangnya oksigen darah dan kelainan paru (paru yang imatur). Keadaan ini dapat sedikit tertolong oleh haemoglobin fetal (HbF) yang dapat mengikat oksigen lebih banyak sehingga bayi dapat bertahan lama pada kondisi tekanan oksigen yang kurang.

Stres dingin akan direspon oleh bayi dengan melepas norepinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi paru. Akibatnya, menurunkan keefektifan ventilasi paru sehingga kadar oksigen darah berkurang. Keadaan ini menghambat metabolisme glukosa dan menimbulkan glikolisis anaerob yang menyebabkan peningkatan asam laktat, kondisi ini bersamaan dengan metabolisme lemak coklat yang menghasilkan asam sehingga meningkatkan kontribusi terjadinya asidosis. Kegiatan metabolisme anaerob meghilangkan glikogen lebih banyak dari pada metabolisme aerob sehingga mempercepat terjadinya hipoglikemia. Kondisi ini terjadi terutama bila cadangan glikogen saat lahir sedikit, sesudah kelahiran pemasukan kalori rendah atau tidak adekuat (Surasmi, dkk, 2003).

Bayi prematur umunya relatif kurang mampu untuk bertahan hidup karena struktur anatomi dan fisiologi yang imatur dan fungsi biokimianya belum bekerja seperti bayi yang lebih tua. Kekurangan tersebut berpengaruh terhadap kesanggupan bayi untuk mengatur dan

mempertahankan suhu badannya dalam batas normal. Bayi berisiko tinggi lain juga mengalami kesulitan yang sama karena hambatan atau gangguan pada fungsi anatomi, fisiologi, dan biokimia berhubungan dengan adanya kelainan atau penyakit yang diderita. Bayi prematur atau imatur tidak dapat mempertahankan suhu tubuh dalam batas normal karena pusat pengatur suhu pada otak yang belum matur, kurangnya cadangan glikogen dan lemak coklat sebagai sumber kalori. Tidak ada atau kurangnya lemak subkutan dan permukaan tubuh yang relatif lebih luas akan menyebabkan kehilangan panas tubuh yang lebih banyak. Respon menggigil bayi kurang atau tidak ada, sehingga bayi tidak dapat meningkatkan panas tubuh melalui aktivitas. Selain itu kontrol reflek kapiler kulit juga masih kurang (Surasmi, dkk, 2003)

## 5. WOC



Skema 2.1 WOC

Sumber : Martin (2011), Meleis, (2007), SDKI (2016), Rukiyah & Yulianti (2012)

## 6. Masalah yang Terjadi pada Bayi Prematur

Menurut Proverawati & Sulistyorini (2010), terdapat beberapa masalah yang dapat terjadi pada bayi prematur baik dalam jangka panjang maupun jangka pendek. Masalah jangka pendeknya antara lain adalah sebagai berikut:

a. Gangguan metabolik, antara lain sebagai berikut:

a. Hipotermia

Terjadi karena sedikitnya lemak tubuh pada bayi prematur dan pengaturan suhu tubuh bayi yang belum matang.

b. Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah kondisi ketidaknormalan kadar glukosa serum yang rendah pada bayi yaitu kurang dari 45 mg/dL. Gula darah berfungsi sebagai makanan otak dan membawa oksigen ke otak. Jika asupan glukosa kurang, maka dapat menyebabkan sel-sel saraf di otak mati dan dapat mempengaruhi kecerdasan bayi kelak. Oleh karena itu bayi prematur membutuhkan ASI sesegera mungkin setelah lahir dan minum sering atau setiap 2 jam.

c. Hiperglikemia

Hiperglikemia sering terjadi pada bayi sangat prematur karena mendapat cairan glukosa berlebihan secara intravena.

d. Masalah pemberian ASI

Masalah pemberian ASI terjadi karena ukuran tubuh bayi yang kecil, dan keadaan bayi yang kurang energi, lemah serta lambungnya yang kecil dan tidak dapat mengisap.

b. Gangguan imunitas, antara lain sebagai berikut:

i. Gangguan imunologik

Daya tahan tubuh terhadap infeksi berkurang karena kadar Ig G maupun gamma globulin yang rendah. Bayi prematur belum sanggup membentuk antibodi dan daya fagositosis serta reaksi terhadap infeksi yang belum baik.

- ii. Kejang saat dilahirkan  
Kejang dapat terjadi karena infeksi sebelum lahir (prenatal), perdarahan intrakranial atau akibat vitamin B6 yang dikonsumsi ibu.
  - iii. Ikterus (kadar bilirubin yang tinggi)  
Bayi prematur menjadi kuning lebih awal dari pada bayi cukup bulan pada umumnya.
- c. Gangguan pernafasan, antara lain sebagai berikut:
- a. Sindroma gangguan pernapasan  
Sindroma gangguan pernapasan pada bayi prematur adalah perkembangan imatur pada sistem pernafasan atau tidak adekuatnya jumlah surfaktan pada paru-paru.
  - b. Asfiksia  
Dampak kelahiran prematur adalah proses adaptasi bayi terhadap pernapasan waktu lahir sehingga mengalami asfiksia waktu lahir dan membutuhkan resusitasi.
  - c. Apneu periodik (henti napas)  
Organ paru-paru dan susunan saraf pusat yang belum sempurna menyebabkan bayi dengan kelahiran prematur berhenti bernapas.
  - d. Paru-paru belum berkembang  
Organ paru-paru yang belum berkembang menyebabkan bayi mengalami sesak napas (asfiksia) dan membutuhkan resusitasi dengan cepat.
  - e. Retrolental fibroplasias  
Penyakit ini ditemukan pada bayi prematur yang disebabkan oleh gangguan oksigen yang berlebihan. Kelainan ini sering terjadi pada bayi prematur dengan berat badan kurang dari 2000 gram dan telah mendapat oksigen dengan konsentrasi tinggi atau lebih dari 40%.

Masalah jangka panjang yang dapat terjadi pada bayi prematur menurut Proverawati dan Sulistyorini (2010), antara lain adalah sebagai berikut:

- a. Masalah psikis antara lain gangguan perkembangan dan pertumbuhan pada bayi prematur pertumbuhan dan perkembangan berlangsung lebih lambat karena berkaitan dengan maturitas otak bayi.
- b. Gangguan bicara dan komunikasi
- c. Gangguan neurologi dan kognisi
- d. Gangguan neurologis yang sering dialami adalah cerebral palsy. Makin kecil usia kehamilan bayi, maka semakin tinggi resikonya.

Masalah fisik antara lain penyakit paru kronis yang dapat disebabkan oleh infeksi, kebiasaan ibu yang merokok selama kehamilan dan radiasi udara lingkungan.

#### **7. Penatalaksanaan pada Bayi Prematur**

Menurut Rukiyah & Yulianti (2012), beberapa penatalaksanaan atau penanganan yang dapat diberikan pada bayi prematur adalah sebagai berikut:

- a. Mempertahankan suhu tubuh dengan ketat. Bayi prematur mudah mengalami hipotermi, oleh sebab itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan ketat.
- b. Mencegah infeksi dengan ketat. Bayi prematur sangat rentan dengan infeksi, perhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi.
- c. Pengawasan nutrisi. Reflek menelan bayi prematur belum sempurna, oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.
- d. Penimbangan ketat. Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat.
- e. Kain yang basah secepatnya diganti dengan kain yang kering dan bersih serta pertahankan suhu tetap hangat.
- f. Kepala bayi ditutup topi dan beri oksigen bila perlu.



- g. Tali pusat dalam keadaan bersih.
- h. Beri minum dengan sonde/tetes dengan pemberian ASI

## **B. Konsep anak**

### **1. Definisi**

Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan terdapat dalam Undang-undang No.23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak. Pasal tersebut menjelaskan bahwa, anak adalah siapa saja yang belum berusia 18 tahun dan termasuk anak yang masih didalam kandungan, yang berarti segala kepentingan akan pengupayaan perlindungan terhadap anak sudah dimulai sejak anak tersebut berada didalam kandungan hingga berusia 18 tahun (Hidayat, 2008).

### **2. Tahap Perkembangan Anak**

Menurut Hidayat (2008), karakteristik anak sesuai tingkat perkembangan :

#### **a. Usia bayi (0-1 tahun)**

Pada masa ini bayi belum dapat mengekspresikan perasaan dan pikirannya dengan kata-kata. Oleh karena itu, komunikasi dengan bayi lebih banyak menggunakan jenis komunikasi non verbal. Pada saat lapar, haus, basah dan perasaan tidak nyaman lainnya, bayi hanya bisa mengekspresikan perasaannya dengan menangis. Walaupun demikian, sebenarnya bayi dapat berespon terhadap tingkah laku orang dewasa yang berkomunikasi dengannya secara non verbal, misalnya memberikan sentuhan, dekapan, dan menggendong dan berbicara lemah lembut. Ada beberapa respon non verbal yang biasa ditunjukkan bayi misalnya menggerakkan badan, tangan dan kaki. Hal ini terutama terjadi pada bayi kurang dari enam bulan sebagai cara menarik perhatian orang. Oleh karena itu, perhatian saat berkomunikasi dengannya. Jangan langsung menggendong atau memangkunya karena bayi akan merasa takut. Lakukan komunikasi terlebih dahulu dengan ibunya. Tunjukkan bahwa kita ingin membina hubungan yang baik dengan ibunya.

b. Usia pra sekolah (2-5 tahun)

Karakteristik anak pada masa ini terutama pada anak dibawah 3 tahun adalah sangat egosentris. Selain itu anak juga mempunyai perasaan takut oada ketidaktahuan sehingga anak perlu diberi tahu tentang apa yang akan akan terjadi padanya. Misalnya, pada saat akan diukur suhu, anak akan merasa melihat alat yang akan ditempelkan ke tubuhnya. Oleh karena itu jelaskan bagaimana akan merasakannya. Beri kesempatan padanya untuk memegang thermometer sampai ia yakin bahwa alat tersebut tidak berbahaya untuknya. Dari hal bahasa, anak belum mampu berbicara fasih. Hal ini disebabkan karena anak belum mampu berkata-kata 900-1200 kata. Oleh karena itu saat menjelaskan, gunakan kata-kata yang sederhana, singkat dan gunakan istilah yang dikenalnya. Berkomunikasi dengan anak melalui objek transisional seperti boneka. Berbicara dengan orangtua bila anak malu-malu. Beri kesempatan pada yang lebih besar untuk berbicara tanpa keberadaan orang tua. Satu hal yang akan mendorong anak untuk meningkatkan kemampuan dalam berkomunikasi adalah dengan memberikan pujian atas apa yang telah dicapainya.

c. Usia sekolah (6-12 tahun)

Anak pada usia ini sudah sangat peka terhadap stimulus yang dirasakan yang mengancam keutuhan tubuhnya. Oleh karena itu, apabila berkomunikasi dan berinteraksi sosial dengan anak diusia ini harus menggunakan bahasa yang mudah dimengerti anak dan berikan contoh yang jelas sesuai dengan kemampuan kognitifnya. Anak usia sekolah sudah lebih mampu berkomunikasi dengan orang dewasa. Perbendaharaan katanya sudah banyak, sekitar 3000 kata dikuasi dan anak sudah mampu berpikir secara konkret.

d. Usia remaja (13-18)

Fase remaja merupakan masa transisi atau peralihan dari akhir masa anak-anak menuju masa dewasa. Dengan demikian, pola piker dan tingkah laku anak merupakan peralihan dari anak-anak menuju orang

dewasa. Anak harus diberi kesempatan untuk belajar memecahkan masalah secara positif. Apabila anak merasa cemas atau stress, jelaskan bahwa ia dapat mengajak bicara teman sebaya atau orang dewasa yang ia percaya. Menghargai keberadaan identitas diri dan harga diri merupakan hal yang prinsip dalam berkomunikasi. Luangkan waktu bersama dan tunjukkan ekspresi wajah bahagia.

e. Tugas Perkembangan Anak

Tugas perkembangan menurut teori Havighurst (1961) dalam Hidayat (2008) adalah tugas yang harus dilakukan dan dikuasai individu pada tiap tahap perkembangannya.

- 1) Tugas perkembangan bayi 0-2 adalah berjalan, berbicara, makan makanan padat, kestabilan jasmani.
- 2) Tugas perkembangan anak usia 3-5 tahun adalah mendapat kesempatan bermain, berkesperimen dan bereksplorasi, meniru, mengenal jenis kelamin, membentuk pengertian sederhana mengenai kenyataan social dan alam, belajar mengadakan hubungan emosional, belajar membedakan salah dan benar serta mengembangkan kata hati juga proses sosialisasi.
- 3) Tugas perkembangan usia 6-12 tahun adalah belajar menguasai keterampilan fisik dan motorik, membentuk sikap yang sehat mengenai diri sendiri, belajar bergaul dengan teman sebaya, memainkan peranan sesuai dengan jenis kelamin, mengembangkan konsep yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari, mengembangkan keterampilan yang fundamental, mengembangkan pembentukan kata hati, moral dan sekala nilai, mengembangkan sikap yang sehat terhadap kelompok sosial dan lembaga.
- 4) Tugas perkembangan anak usia 13-18 tahun adalah menerima keadaan fisiknya dan menerima peranannya sebagai perempuan dan laki-laki, menyadari hubungan-hubungan baru dengan teman sebaya dan kedua jenis kelamin, menemukan diri sendiri berkat

refleksi dan kritik terhadap diri sendiri, serta mengembangkan nilai-nilai hidup.

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan pada Bayi dengan Prematur**

#### **1. Pengkajian**

##### **a. Identitas**

Nama, umur, jenis kelamin: biasanya paling banyak laki-laki, nama orang tua, pekerjaan orang tua, pendidikan orang tua, alamat dan diagnosa medis serta tanggal masuk RS.

##### **b. Keluhan Utama**

Meangis, refleks menghisap lemah, bayi kedinginan atau suhu tubuh rendah.

##### **1) Riwayat kesehatan sekarang**

Umur kehamilan  $\leq 37$  minggu, berat badan  $\leq 2.500$  gram, lapisan lemak subkutan sedikit atau tidak ada, bayi terlihat kurus, kepala relatif lebih besar dari pada badan dan 3 cm lebih lebar dibanding lebar dada, nilai Apgar pada 1 sampai 5.

##### **2) Riwayat kesehatan masa lalu**

Ibu memiliki riwayat kelahiran premature, kehamilan ganda.

##### **3) Riwayat penyakit keluarga**

Adanya penyakit tertentu yang menyertai kehamilan seperti DM, TB paru, Hipertensi, dll.

##### **c. Kebutuhan Pola**

1) Pola nutrisi : reflek sucking lemah, volume lambung kurang, daya absorpsi kurang/lemah sehingga kebutuhan nutrisi terganggu.

2) Pola Istirahat tidur : terganggu oleh karena hipotermia.

3) Pola Personal hygiene : tahap awal tidak dimandikan.

4) Pola Aktivitas : gerakan kaki dan tangan lemas.

5) Pola Eliminasi : BAB yang pertama kali keluar adalah mekonium, produksi urin rendah.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Kardiovaskular

Frekuensi dan irama jantung rata-rata 120 sampai 160x/menit, bunyi jantung (murmur/gallop), warna kulit bayi sianosis atau pucat, pengisian *capillary refill* (kurang dari 2-3 detik).

2) Sistem pernapasan

Bentuk dada barrel atau cembung, penggunaan otot aksesoris, cuping hidung, interkostal; frekuensi dan keteraturan pernapasan rata-rata antara 40-60x/menit, bunyi pernapasan adalah stridor, wheezing atau ronkhi.

3) Sistem gastrointestinal

Distensi abdomen (lingkar perut bertambah, kulit mengkilat), peristaltik usus, muntah (jumlah, warna, konsistensi dan bau), BAB (jumlah, warna, karakteristik, konsistensi dan bau), refleks menelan dan mengisap yang lemah.

4) Sistem genitourinaria

Abnormalitas genitalia, hipospadia, urin (jumlah, warna, berat jenis, dan PH).

5) Sistem neurologis dan musculoskeletal

Gerakan bayi, refleks moro, menghisap, mengenggam, plantar, posisi atau sikap bayi fleksi, ekstensi, ukuran lingkar kepala kurang dari 33 cm, respon pupil, tulang kartilago telinga belum tumbuh dengan sempurna, lembut dan lunak.

6) Sistem thermogulasi (suhu)

Suhu kulit dan aksila, suhu lingkungan.

7) Sistem kulit

Keadaan kulit (warna, tanda iritasi, tanda lahir, lesi, pemasangan infus), tekstur dan turgor kulit kering, halus, terkelupas.

8) Pemeriksaan fisik

Berat badan  $\leq 2500$  gram, panjang badan  $\leq 46$  cm, lingkar kepala  $\leq 33$  cm, lingkar dada  $\leq$  dari 30 cm, keadaan rambut tipis, halus,

lanugo pada punggung dan wajah, pada wanita klitoris menonjol, sedangkan pada laki-laki skrotum belum berkembang, tidak menggantung dan testis belum turun., kulit keriput

## 2. Diagnosa Keperawatan

Data dari SDKI (2017), masalah yang sering muncul pada kasus prematur adalah sebagai berikut:

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas otot-otot pernafasan dan penurunan ekspansi paru.

Data mayor

Subjektif

- 1) Dispnea

Objektif

- 1) Penggunaan otot bantu pernafasan
- 2) Fase ekspirasi memanjang
- 3) Pola nafas abnormal (misal, takipnea, bradipnea, hiperventilasi kussmaul)

Data minor

Subjektif

- 2) Ortopnea

Objektif

- 1) Pernafasan *puised-lip*
- 2) Pernafasan cuping hidung
- 3) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
- 4) Ventilasi semenit menurun
- 5) Kapasitas vital menurun
- 6) Tekanan ekspansi menurun
- 7) Tekanan inspirasi menurun
- 8) Ekskursi dada berubah

- b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan prematuritas.

Data mayor

Subjektif

1) Kelemahan maternal

2) Kecemasan maternal

Objektif

1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu

2) ASI tidak menetes/memancar

3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam

4) Nyeri dan lecet terus menerus setelah minggu kedua

Data minor

Objektif

1) Intake bayi tidak adekuat

2) Bayi menghisap tidak terus menerus

3) Bayi menangis saat menyusui

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan/mencerna makanan.

Data mayor

Objektif

1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Data minor

Subjektif

4) Cepat kenyang setelah makan

5) Kram/nyeri abdomen

6) Nafsu makan menurun

Objektif

1) Bising usus hiperaktif

2) Otot mengunyah lemah

3) Otot menelan lemah

4) Membran mukosa pucat

5) Sariawan

6) Serum albumin turun

7) Diare

- d. Hipotermia

Data mayor

Objektif

- 1) Kulit teraba dingin
- 2) Menggigil
- 3) Suhu tubuh dibawah nilai normal

Data minor

Objektif

- 1) Akrosianosis
- 2) Bradikardi
- 3) Hipoksia
- 4) Pengisian kapiler >3 detik
- 5) Ventilasi menurun
- 6) Vasokontraksi kapiler
- 7) Kutis mamorata

e. Ikterik neonatus

Data mayor

Objektif

- 1) Profil darah abnormal
- 2) Membran mukosa kuning
- 3) Kulit kering
- 4) Sklera kuning

Data minor -

f. Disfungsi Motilitas Gastrointestinal

Data mayor

Subjektif

- 1) Mengungkapkan flatus tidak ada
- 2) Nyeri/kram abdomen

Objektif

- 1) Suara peristaltic berubah (tidak ada, hipoaktif, atau hiperaktif)



Data minor

Subjektif

1) Merasa mual

Objektif

1) Residu lambung meningkat/menurun

2) Muntah

3) Regurgitasi

4) Pengosongan lambung cepat

5) Distensi abdomen

6) Diare

7) Feses kering dan sulit keluar

8) Feses keras

### **3. Intervensi Keperawatan**

Setelah pengumpulan data klien, mengorganisasi data dan menetapkan diagnosis keperawatan maka tahap berikutnya adalah perencanaan. Pada tahap ini perawat membuat rencana perawatan dan menentukan pendekatan apa yang digunakan untuk memecahkan masalah klien. Ada tiga fase dalam tahap perencanaan yaitu menentukan prioritas, menentukan tujuan dan merencanakan tindakan keperawatan (Martin, 2011). Perencanaan dari diagnosis-diagnosis keperawatan diatas adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Rencana Asuhan Keperawatan

<b>RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN</b>				
<b>NO</b>	<b>DIANGOSA KEPERAWATAN</b>	<b>TUJUAN (NOC)</b>	<b>INTERVENSI (NIC)</b>	<b>RASIONAL</b>
1.	Pola nafas tidak efektif b.d kelemahan otot pernafasan	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan pasien:</p> <p><b>NOC: Status Pernafasan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dipertahankan di level 4</li> <li><input type="checkbox"/> ditingkatkan ke level 5               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1: Deviasi Berat</li> <li><input type="checkbox"/> 2: Deviasi Cukup Berat</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Deviasi Sedang</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Deviasi Ringan</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Tidak Ada Deviasi</li> </ul> </li> </ul> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi, irama, kedalaman pernapasan dalam batas normal (40-60 x/menit)</li> <li>2. Tidak menggunakan otot bantu pernapasan</li> <li>3. Tanda Tanda vital dalam</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Letakkan bayi terlentang dengan alas yang datar, kepala lurus, dan leher sedikit tengadah/ekstensi dengan meletakkan bantal atau selimut diatas bahu bayi sehingga bahu terangkat 2-3cm</li> <li>2. Bersihkan jalan nafas, mulut, hidung bila perlu</li> <li>3. Observasi gejala kardinal dan tanda-tanda sianosis tiap 4 jam</li> <li>4. Kolaborasi dengan team medis dalam pemberian O<sub>2</sub> dan pemeriksaan kadar gas darah arteri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi rasa nyaman dan mengantisipasi flexi leher yang dapat mengurangi kelancaran jalan nafas</li> <li>2. Jalan nafas harus tetap dipertahankan bebas dari lendir untuk menjamin pertukaran gas yang sempurna</li> <li>3. Deteksi dini adanya kelainan</li> <li>4. Mencegah terjadinya hipoglikemia</li> </ol>

		<p>rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan) (TD 70-50/90-50 mmHg, nadi 120-130 x/menit, RR : 30-40 x/menit, suhu 36,5 – 37,5°C)</p> <p>Ditandai dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ekstream</li> <li>2. Berat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Ringan</li> <li>5. Tidak ada gangguan</li> </ol> <p>Hasil yang diharapkan 4-5</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Monitor kecepatan, ritme, kedalaman dan usaha pasien saat bernafas</li> <li>6. Monitor suara nafas seperti snoring</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Monitor keadekuatan pernapasan</li> <li>6. Mengetahui adanya sumbatan pada jalan napas</li> </ol>
2.	Menyusui tidak efektif b.d reflek menelan belum sempurna	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan pasien:</p> <p><b>NOC: Kemampuan Menyusui Bayi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dipertahankan di level 4</li> <li><input type="checkbox"/> ditingkatkan ke level 5 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1: Tidak Adekuat</li> <li><input type="checkbox"/> 2: Adekuat</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Cukup Adekuat</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Sebagian Besar Adekuat</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Sepenuhnya Adekuat</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>NIC :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pengetahuan dan pengalaman Ibu dalam pemberian ASI</li> <li>2. Kaji Ketidaknyamanan (seperti putting lecet, kongesti payudara)</li> <li>3. Anjurkan kepada ibu untuk memompa ASI secukupnya.</li> <li>4. Tawarkan makanan atau minuman untuk ibu selama siang dan sore sebelum waktu menyusui</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk memberikan intervensi yang tepat</li> <li>2. Untuk mengetahui tingkat skala nyeri</li> <li>3. Untuk mengurangi kongesti payudara, kemungkinan putting menonjol</li> <li>4. Untuk memenuhi asupan nutrisi selama menyusui</li> </ol>

		<p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tetap mempertahankan laktasi</li> <li>2. Perkembangan dan pertumbuhan bayi dalam batas normal</li> <li>3. Berat badan bayi bertambah 20-30 gram/hari</li> <li>4. Tidak ada respon alergi sistemik pada bayi</li> <li>5. Tanda-tanda vital bayi dalam batas normal (tekanan darah, nadi, pernafasan) (TD 70-50/90-50 mmHg, nadi 120-130 x/menit, RR : 30-40 x/menit, suhu 36,5 – 37,5°C)</li> </ol> <p>Ditandai dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ekstream</li> <li>2. Berat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Ringan</li> <li>5. Tidak ada gangguan</li> </ol> <p>Hasil yang diharapkan 4-5</p>	<p>5. Ajarkan Ibu teknik menyusui.</p>	<p>5. Agar dalam pemberian ASI ibu dan bayi merasakan kenyamanan</p>
3.	Defisit nutrisi b.d reflek menelan belum sempurna	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan pasien:</p>	<p><b>NIC :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan observasi BAB dan BAK jumlah dan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deteksi adanya kelainan pada eliminasi bayi dan</li> </ol>

		<p><b>NOC: Status Nutrisi Bayi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dipertahankan di level 4</li> <li><input type="checkbox"/> ditingkatkan ke level 5 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1: Tidak Adekuat</li> <li><input type="checkbox"/> 2: Adekuat</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Cukup Adekuat</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Sebagian Besar Adekuat</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Sepenuhnya Adekuat</li> </ul> </li> </ul> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intake nutrisi tercukupi.</li> <li>2. Asupan makanan dan cairan tercukupi</li> <li>3. Penurunan intensitas terjadinya mual muntah</li> <li>4. Penurunan frekuensi terjadinya mual muntah.</li> <li>5. Pasien mengalami peningkatan berat badan</li> </ol> <p>Ditandai dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ekstream</li> <li>2. Berat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Ringan</li> <li>5. Tidak ada gangguan</li> </ol>	<p>frekuensi serta konsistensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Monitor turgor dan mukosa mulut</li> <li>3. Monitor intake dan output</li> <li>4. Beri ASI/PASI sesuai kebutuhan</li> <li>5. Lakukan control berat badan setiap hari</li> </ol>	<p>segera mendapat tindakan / perawatan yang tepat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menentukan derajat dehidrasi dari turgor dan mukosa mulut</li> <li>3. Mengetahui keseimbangan cairan tubuh (balance)</li> <li>4. Kebutuhan nutrisi terpenuhi secara adekuat</li> <li>5. Penambahan dan penurunan berat badan dapat di monitor</li> </ol>
--	--	--	--	---

#### **4. Implementasi**

Menurut Martin (2011), implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat. Seperti tahap-tahap yang lain dalam proses keperawatan, fase pelaksanaan terdiri dari beberapa kegiatan antara lain :

- a. Validasi (pengesahan) rencana keperawatan.
- b. Menulis/mendokumentasikan rencana keperawatan.
- c. Memberikan asuhan keperawatan.
- d. Melanjutkan pengumpulan data.

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Menurut Martin (2011), evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan yang merupakan kegiatan sengaja dan terus-menerus yang melibatkan pasien dengan perawat dan anggota tim kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah :

- a. Menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak.
- b. Melakukan pengkajian ulang.
- c. Dapat menilai apakah tujuan ini tercapai atau tidak dapat dibuktikan dengan perilaku pasien :
- d. Tujuan tercapai jika pasien mampu menunjukkan perilaku sesuai dengan pernyataan tujuan pada waktu atau tanggal yang telah ditentukan.
- e. Tujuan tercapai sebagian jika pasien sudah mampu menunjukkan perilaku tetapi tidak seluruhnya sesuai dengan pernyataan tujuan sesuai dengan waktu yang ditentukan.
- f. Tujuan tidak tercapai jika pasien tidak mampu atau tidak mau sama sekali menunjukkan perilaku yang telah ditentukan.

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Pendekatan/desain penelitian**

Penelitian kualitatif ini menggunakan desain studi kasus yang bertujuan untuk mengeksplorasi tahapan proses asuhan keperawatan pada bayi dengan prematur. Pendekatan yang digunakan pada studi kasus ini yaitu pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **B. Subyek Penelitian**

Subjek penelitian dalam asuhan keperawatan ini adalah seorang bayi dengan prematur yang menjalani perawatan di RSUD Hasanuddin Damrah dengan perawatan selama 3 hari.

#### **C. Batasan Istilah**

1. Asuhan keperawatan dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai suatu proses pelayanan keperawatan yang akan dilakukan oleh penulis meliputi tahapan pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar bayi dengan prematur.
2. Pasien dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai bayi yang menerima pelayanan perina prematur (usia kehamilan  $\leq 37$  minggu) yang dirawat di RSUD Hasanuddin Damrah.
3. Prematur dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai kelahiran dengan usia kehamilan  $\leq 37$  minggu) suatu diagnosis yang ditetapkan dokter di RSUD Hasanuddin Damrah berdasarkan manifestasi klinis dan hasil pemeriksaan fisik.

#### **D. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Studi kasus ini akan dilakukan di ruang perina RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan. Pemilihan tempat ini dikarenakan RSUD Hasanuddin Damrah merupakan Rumah sakit yang memiliki layanan rawat inap di mana masalah pada bayi prematur merupakan kasus terbanyak yang

dirawat studi kasus ini direncanakan akan dilaksanakan pada 23 Mei 2019 sampai dengan 27 Mei 2019.

### **E. Prosedur Penelitian**

Penelitian diawali dengan penyusunan usulan proposal studi kasus tentang bayi dengan prematur di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan tahun 2019. Setelah proposal disetujui dengan dewan penguji maka tahap yang dilakukan adalah pengurusan surat izin penelitian selanjutnya penulis mulai akan melakukan pengumpulan data, analisis data, menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, dan melaksanakan implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan.

### **F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data**

#### 1. Teknik Pengumpulan Data

##### a. Wawancara

Hasil anamnesis yang harus didapatkan berisi tentang identitas klien keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat psikologi, pola-pola fungsi kesehatan, data hasil wawancara dapat bersumber dari orang tua dan dari perawat lainnya.

##### b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Teknik pengumpulan data ini meliputi keadaan umum, pemeriksaan integument, pemeriksaan kepala leher, pemeriksaan dada, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan inguinal, genetalia, anus, ekstremitas, pemeriksaan sistem pernapasan, dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi, pada sistem tubuh klien data fokus yang didapatkan adalah pada proses pertumbuhan bayi.

##### c. Studi dokumentasi

Instrumen dilakukan dengan mengambil data dari MR (*Medical Record*) mencatat pada status pasien, mencatat hasil laboratorium, melihat catatan harian perawat ruangan, mencatat hasil pemeriksaan diagnostic.



## 2. Instrumen pengumpulan data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan anak yang sudah baku digunakan di prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

### **G. Keabsahan Data**

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian yang baku dari kampus yang dilakukan 6 jam sesuai jadwal dinas perawat di RSUD Hasanuddin Damrah selama minimal 3 hari berturut-turut.

Pengumpulan data dilakukan pada catatan medis atau status pasien, anamnesa dengan klien langsung, anamnesa dengan keluarga klien, dokter, dan perawat ruangan, agar mendapatkan data yang valid di samping itu untuk menjaga validitas dan keabsahan data penelitian menggunakan observasi dan pengukuran ulang terhadap data-data klien yang meragukan yang ditemukan melalui data sekunder.

### **H. Analisis Data**

Analisis data dilakukan dengan menyajikan data hasil pengkajian keperawatan, yang diperoleh dari hasil wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi hasil laboratorium dalam bentuk narasi. Selanjutnya data pengkajian berhasil dikumpulkan tersebut akan dianalisis dengan membandingkannya terhadap pengkajian teori yang telah disusun.

Analisis data terhadap diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, serta evaluasi keperawatan, yang dilaksanakan pada studi kasus ini akan dianalisis dengan membandingkan antara hasil dengan tahapan proses yang diuraikan pada tinjauan teori.

## **BAB IV**

### **TINJAUAN KASUS**

Dalam bab ini penulis akan memaparkan asuhan keperawatan pada Bayi Ny.N dengan lahir Prematur di ruang Rumah Sakit Umum Hasanuddin Damrah Manna yang dilaksanakan pada tanggal 23 Mei 2019 sampai dengan 27 Mei 2019, dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

##### **1. Identitas orang tua**

Bayi Ny.N dengan kelahiran premature adalah anak dari Ny.N dan Tn.E. Tn.E dan Ny.N beralamat di mela'o, agama islam, suku serawai, pendidikan terakhir Tn.E dan Ny.N SD bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa daerah.

##### **2. Riwayat Persalinan**

Bayi Ny.N lahir dengan nilai Apgar skor 6/8, usia gestasi 28 minggu, berat badan lahir 1.100 gram dan panjang badan lahir 30 cm.

##### **3. Alasan masuk rumah sakit (keluhan utama)**

Ny.N dengan G1P0A0 melahirkan By dengan usia kehamilan 28 minggu, dengan BB 1.100 gram, PB 30 cm, lahir spontan dan tidak menangis, pucat kebiruan dan sulit bernafas.

##### **4. Reaksi alergi**

Bayi Ny.N tidak ada reaksi alergi terhadap makanan maupun obat-obatan.

##### **5. Riwayat kehamilan**

Ny.N melakukan perawatan antanetal selama 2 kali, tempat pemeriksaan ANC di Puskesmas dan komplikasi saat kehamilan anemia

##### **6. Riwayat persalinan yang lalu**

Ny.N tidak memiliki riwayat persalinan yang lalu, karena ini merupakan anak pertama dari Ny.N dan Tn.E

##### **7. Riwayat psikososial orang tua**

###### **a. Perkembangan interpersonal**

Dukungan keluarga ada, orang tua selalu berkunjung ke rumah Tn.E dan Ny.N dan dukungan orang lain ada, keterlibatan orang tua semua ada pada tahap berkunjung, kontak mata, menyentuh, berbicara, menggendong, ekspresi wajah.

b. Budaya yang dianut

Tidak ada budaya spesifik yang dianut oleh Ny.N dan Tn.E seperti budaya tentang agama.

8. Pemeriksaan fisik neonatus

a. Kulit

Bayi Ny.N lahir dengan panjang badan 30 cm, berat badan 1.100 gram, warna kulit pucat kebiruan, seluruh tubuh sianosis, tidak ada kemerahan, turgor kulit kurang dari 3 detik, suhu kulit 36.6<sup>0</sup>c, dan terdapat lanugo pada kulit bayi.

b. Kepala leher

Lingkar kepala 25 cm, fontanel anterior lunak, sutura sagitalis normal, gambaran wajah simetris, telinga simetris, kartilago tampak belum sempurna, hidung normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, sclera tidak ikterik, bentuk bibir normal kelembapan mulut kering, terpasang OGT. Telinga semetris kiri dan kanan, tidak ada cairan, membran timpani normal. Bentuk leher normal tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

c. Dada dan paru-paru

Bentuk simetris kiri kanan, suara nafas ronchi, respirasi 76x/menit nilai down score 5 dengan penilaian tsb :

Nilai	0	1	2
Frekuensi nafas	<60x/menit	<b>60-80x/menit</b>	>80x/menit
Retraksi	Tidak ada	<b>Retraksi ringan</b>	Retraksi berat
Sianosis	Tidak ada	<b>Hilang dengan O2</b>	Menetap dengan O2
Air entry (udara)	Ada	<b>Menurun</b>	Tidak

masuk)			terdengar
Merintih	Ada	<b>Terdengar dengan stetoskop</b>	Terdengar tanpa alat bantu

Pada pemeriksaan menggunakan Down Score didapatkan hasil frekuensi nafas 76 x/menit, retraksi dada ringan, terdapat sianosis dan hilang saat diberikan O<sub>2</sub>, udara masuk menurun dan terdengar suara merintih jika didengarkan menggunakan stetoskop. Sehingga nilai yang didapatkan pada pemeriksaan ini adalah 5 yang artinya gawat nafas.

d. Jantung

Waktu pengisian kapiler (CRT) : < 3 detik, denyut nadi 142 x/menit

e. Abdomen

Lingkar perut 25 cm, umbilikus/tali pusat masih dalam perawatan (belum lepas), kulit abdomen sedikit keriput tidak ada lesi, warna kulit merata.

f. Ekstremitas

Gerakan lemah, ekstremitas atas Lengkap kanan dan kiri, ekstremitas bawah lengkap kanan dan kiri.

g. Musculoskeletal

Tidak ada kelainan tulang, spinal/tulang belakang tidak ada kelainan, aktifitas tonus lemah, ada menangis.

h. Pemeriksaan Reflek :

Reflek moro            Ada respon sedikit ditandai dengan cara dikejutkan secara sangat pelan dan tiba-tiba dengan respon bayi terkejut tapi lemah.

Reflek mengisap      Sangat lemah ditandai dengan bayi mau menghisap dot tetapi daya hisap masih lemah sehingga bayi dibantu dengan OGT.

Reflek menelan        Sangat lemah ditandai dengan ketidakmampuan bayi menelan sehingga bayi

		dibantu dengan OGT
Babinsky		Positif ditandai dengan semua jari hiper ekstensi dengan jempol kaki dorsi fleksi ketika diberikan stimulus dengan menggunakan ujung bolpoint pada telapak kaki.
Reflek rooting		Positif tapi masih lemah ditandai dengan kepala bayi mengikuti stimulus yang di tempelkan yang disentuhkan di daerah bibir bawah dagu hanya tetapi bayi hanya mengikuti setengah dari stimulus tersebut.
Reflek ketuk gilabella		Positif ditandai dengan adanya reaksi kedipan mata.
Reflek boneka mata		Positif ditandai dengan bola mata bergerak ketika kepala di tolehkan ke kanan dan ke kiri.
Reflek grasping palmar		Positif ditandai dengan adanya ranggsangan menggenggam saat di berikan benda di bagian tangan.
Reflek plantar		Positif ditandai dengan jari-jari kaki menekuk ketika menggosokan sesuatu di telapak kaki.
Reflek blinking		Positif ditandai dengan bayi menutup mata saat terkena cahaya.

i. Skrining nyeri : Iya. Menggunakan skala nyeri NERI –NIPS

No	Kategori	Skor
1	<b>Ekspresi wajah</b>	
	Otot wajah rilek, ekspresi netral	<b>0</b>
	Otot wajah tegang, alis berkerut, rahang dan dagu mengunci	1
2	<b>Tangisan</b>	

	Tenang, tidak menangis	<b>0</b>
	Mengerang, sebentar-sebentar menangis	1
	Terus menerus menangis, menangis kencang, melengking	2
3	<b>Pola nafas</b>	
	Rileks, nafas regular	0
	Pola nafas berubah : tidak teratur lebih cepat dari biasanya, tersedak, menahan nafas	<b>1</b>
4	<b>Tangan</b>	
	Rileks, otot tangan tidak kaku, kadang fleksi/ekstensi yang kaku, meluruskan tangan tapi dengan cepat melakukan fleksi/ekstensi yang kaku	<b>0</b>
5	<b>Kaki</b>	
	Rileks, otot kaki tidak kaku, kadang bergerak tak beraturan	<b>0</b>
	Fleksi/ekstensi yang kaku, meluruskan kaki tapi dengan cepat melakukan fleksi/ekstensi yang kaku	1
6	<b>Kesadaran</b>	
	Tidur pulas atau cepat bangun, alergi dan tenang	<b>0</b>
	Rewel, gelisah dan meronta-ronta	1
Total skor		<b>1</b>

Hasil nilai skor adalah 1 karena hanya di Pola nafas berubah : tidak teratur lebih cepat dari biasanya, tersedak, menahan nafas, yang lainnya bernilai 0.

9. Kebutuhan edukasi

Iya. Edukasi cara perawatan bayi lahir premature di rumah

10. Perencanaan pulang :

Pasien tinggal dengan kedua Orang tua, anggota keluarga (Ayah) merokok, kondisi rumah bersih, pasien masih memerlukan bantuan untuk melakukan aktifitas, bayi makan dengan SGM BBLR 10cc setiap 2 jam, asi dari ibu belum keluar.

## 11. Therapi pengobatan tanggal 23 Mei 2019 – 27 Mei 2019

No	Nama Obat	Dosis
1	IVFD Dextrose 10%	6 tetes/menit makro
2	Amplicilin	2 x 25 mg/12 jam
3	Gentamicin	1 x 4 mg/12 jam
4	Aminofilin	10 mg/12 jam

Tabel 4.2 Terapi Obat

## 12. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Unit	Hasil	Nilai Normal
Haemoglobin	g%	14.9	L : 13-18 P : 12-16
Leukosit	$\times 10^3 \text{mm}^3$	3	4-11
Hematokrit	%	43	37-47
GDS	Mg/dl	184	80-200
Trombosit	$\times 10^3 \text{mm}^3$	179	150-450

Tabel 4.3 Pemeriksaan Penunjang

## B. Analisa Data

No	Data Penunjang	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	DS : - DO : Keadaan umum lemah, bayi tampak pucat, sesak nafas, RR 72x/menit, O <sub>2</sub> terpasang 1 liter/menit, sesak tampak bertambah dengan posisi bayi fleksi, stidor dan ronchi basah yang nyaring.	Imaturitas neurologis	Pola nafas tidak efektif

2	DS : - DO : Bayi mengalami kesulitan menelan dan menggunakan pipa lambung/OGT untuk pemenuhan nutrisi	Lemahnya daya cerna makanan	Risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3	DS : - DO : Riwayat KPSW, BB 1.100 gram, HR 142x/menit, suhu 36.6°c , RR 76x/menit , Leukosit 3, terpasang infus di tangan kanan.	Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer	Risiko infeksi

Tabel 4.4 Analisa Data

### C. Diagnosa Keperawatan

1. Pola nafas tidak efektif b.d Imaturitas neurologis
2. Risiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan
3. Risiko infeksi b.d Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer



## D. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)	Rasional
1	Pola nafas tidak efektif b.d Imaturitas neurologis	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan pasien:</p> <p><b>NOC: Status Pernafasan</b></p> <p><input type="checkbox"/> dipertahankan di level 4</p> <p><input type="checkbox"/> ditingkatkan ke level 5</p> <p><input type="checkbox"/> 1: Deviasi Berat</p> <p><input type="checkbox"/> 2: Deviasi Cukup Berat</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Deviasi Sedang</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Deviasi Ringan</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Tidak Ada Deviasi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1. Frekuensi, irama, kedalaman pernapasan dalam batas normal (40-60 x/menit)</p> <p>2. Tidak menggunakan otot bantu pernapasan</p> <p>3. Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan) (TD 70-50/90-50 mmHg, nadi 120-130 x/menit, RR</p>	<p><b>NIC:</b></p> <p>1. Monitor TTV pasien</p> <p>2. Posisikan untuk meringankan sesak napas</p> <p>3. Motivasi pasien untuk bernapas pelan, dan dalam</p> <p>4. Auskultasi suara napas, catat area ventilasi menurun, atau tidak ada dan suara tambahan</p> <p>5. Identifikasi kebutuhan aktual/potensial pasien untuk memasukkan alat membuka jalan napas</p>	<p>1. Mempertahankan kan ventilasi</p> <p>2. Posisi semi fowler menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma.</p> <p>3. Memaksimalkan ventilasi dan mencegah terjadinya kelelahan</p> <p>4. Suara nafas menurun atau tidak ada menunjukkan tidak masuknya O<sub>2</sub> ke paru paru</p> <p>5. Pasien dengan penurunan kesadaran dengan suara snoring membutuhkan alat bantu</p>

		<p>: 30-40 x/menit, suhu 36,5 – 37,5°C)</p> <p>Ditandai dengan indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ekstream</li> <li>2. Berat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Ringan</li> <li>5. Tidak ada gangguan</li> </ol> <p>Hasil yang diharapkan 4-5</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kelola udara atau oksigen yang dilembabkan</li> <li>7. Letakkan bayi terlentang dengan alas yang datar, kepala lurus, dan leher sedikit tengadah/ekstensi dengan meletakkan bantal atau selimut diatas bahu bayi sehingga bahu terangkat 2-3cm</li> <li>8. Observasi gejala kardinal dan tanda-tanda sianosis tiap 4 jam</li> <li>9. Monitor kecepatan, ritme, kedalaman dan usaha pasien saat bernafas</li> </ol>	<p>napas untuk membuka jalan napas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Membantu memaksimalkan udara yang masuk ke paru</li> <li>7. Memberi rasa nyaman dan mengantisipasi flexi leher yang dapat mengurangi kelancaran jalan nafas</li> <li>8. Deteksi dini adanya kelainan</li> <li>9. Monitor keadekuatan pernapasan</li> </ol>
2	Risiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan pasien:</p> <p><b>NOC: Status Nutrisi Bayi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dipertahankan di level 4</li> <li><input type="checkbox"/> ditingkatkan ke level 5 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1: Tidak Adekuat</li> <li><input type="checkbox"/> 2: Adekuat</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Cukup Adekuat</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>NIC :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan observasi BAB dan BAK jumlah dan frekuensi serta konsistensi</li> <li>2. Monitor turgor dan mukosa mulut</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deteksi adanya kelainan pada eliminasi bayi dan segera mendapat tindakan / perawatan yang tepat</li> <li>2. Menentukan derajat dehidrasi dari turgor dan mukosa mulut</li> </ol>

		<input type="checkbox"/> 4. Sebagian Besar Adekuat <input type="checkbox"/> 5. Sepenuhnya Adekuat <b>Kriteria Hasil :</b> 1. Intake nutrisi tercukupi. 2. Asupan makanan dan cairan tercukupi 3. Penurunan intensitas terjadinya mual muntah 4. Penurunan frekuensi terjadinya mual muntah. 5. Pasien mengalami peningkatan berat badan <b>Ditandai dengan indikator :</b> 1. Ekstrem 2. Berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada gangguan	3. Monitor intake dan output  4. Beri ASI sesuai kebutuhan  5. Lakukan control berat badan setiap hari  6. Auskultasi bising usus, perhatikan adanya distensi abdomen  7. Lakukan pemberian makan oral awal sebanyak 5-10 ml	3. Mengetahui keseimbangan cairan tubuh (balance) 4. Kebutuhan nutrisi terpenuhi secara adekuat 5. Penambahan dan penurunan berat badan dapat di monitor 6. Indikator yang menunjukkan neonatus lapar 7. Pemberian makanan awal membantu memenuhi kebutuhan kalori dan cairan khususnya pada bayi
3	Risiko infeksi b.d Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan pasien: <b>NOC: Kontrol Infeksi</b> <input type="checkbox"/> dipertahankan di level 4 <input type="checkbox"/> ditingkatkan ke level 5 <input type="checkbox"/> 1: Tidak Pernah Menunjukkan kontrol infeksi	<b>NIC :</b> 1. Kaji TTV dan tanda infeksi 2. Lakukan perawatan tali pusat  3. Anjurkan ibu mencuci tangan sebelum kontak	1. Menentukan intervensi lebih lanjut 2. Mencegah terjadinya infeksi dan mempercepat pengeringan tali pusat 3. Meminimalkan terjadinya infeksi silang

		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 2: Jarang Menunjukkan kontrol infeksi</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Sering Menunjukkan kontrol infeksi</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Kadang Menunjukkan kontrol infeksi</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Sepenuhnya Menunjukkan kontrol infeksi</li> </ul> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV normal</li> <li>2. Tidak ada tanda letargi</li> </ol>	<p>dengan bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Kolaborasi pemeriksaan laboratorium (leukosit)</li> <li>5. Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien</li> <li>6. Ganti peralatan perawatan perpasien sesuai protokol institusi</li> <li>7. Isolasi pasien yang mempunyai penyakit menular</li> <li>8. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>9. Ajarkan cara cuci tangan bagi tenaga kesehatan</li> </ol>	<p>ibu dan bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Leukosit tinggi mengidentifikasi adanya infeksi</li> <li>5. Lingkungan yang bersih dapat mencegah terjadinya infeksi</li> <li>6. Peralatan yang tidak dirawat dapat menimbulkan banyak bakteri dan meningkatkan terjadinya infeksi</li> <li>7. Penyakit menular akan cepat terjadi penularan jika tidak segera di isolasi</li> <li>8. Terlalu banyak pengunjung dapat membuat penyebaran virus dari luar yang menyebabkan infeksi</li> <li>9. Cuci tangan dapat mencegah terjadinya infeksi baik pada tenaga kesehatan maupun pasien</li> </ol>
--	--	--	--	---

			<p>10. Anjurkan pengunjung untuk cuci tangan pada saat memasuki dan meninggalkan ruangan pasien</p> <p>11. Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien</p> <p>12. Pakai sarung tangan steril dengan tepat</p> <p>13. Gosok kulit pasien dengan agen antibakteri yang sesuai</p> <p>14. Jaga lingkungan aseptik yang optimal selama pemasukan disamping tempat tidur dari saluran penghubung</p>	<p>10. Agar terhindari dari virus yang dibawa dari luar</p> <p>11. Untuk mencegah terjadinya infeksi</p> <p>12. Sarung tangan steril akan menghindari kita dari infeksi dan penyakit menular</p> <p>13. Agar membersihkan kulit dari bakteri yang menyebabkan infeksi</p> <p>14. Mencegah terjadinya infeksi yang di dapatkan dari rumah sakit</p>
--	--	--	---	--

E. Tabel 4.6 Implementasi

<b>NAMA PASIEN</b> : Bayi Ny. N	<b>Implementasi Hari 1</b>
<b>RUANGAN</b> : Perinatologi	
<b>HARI/TGL</b> : Jum'at, 22 Mei 2019	

No	Tanggal/waktu	No Dx	Implementasi	Respon Hasil	Evaluasi	Paraf
1.	24 Mei 2019 11.00  11.10  11.15	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV bayi</li> <li>2. Mengatur posisi pasien dengan posisi terletang dan kepala menggunakan bantal</li> <li>3. Mengauskultasi suara nafas</li> <li>4. Mengatur posisi bayi dengan cara terletang dengan alas datar, kepala lurus dan leher sedikit mengadiah ke atas dengan meletakkan selimut diatas bahu bayi setinggi 2-3 cm</li> <li>5. Mengobservasi tanda-tanda sianosis tiap 4 jam</li> <li>6. Melakukan kolaborasi pemberian O2</li> <li>7. Memonitor kecepatan pernafasan bayi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. HR: 145x/menit, RR: 77 x/menit, Suhu : 36.3°C</li> <li>2. Posisi bayi terletang dan kepala menggunakan bantal kecil</li> <li>3. Suara nafas vesikuler</li> <li>4. Posisi bayi dengan cara terletang dengan alas datar, kepala lurus dan leher sedikit mengadiah ke atas dengan meletakkan selimut diatas bahu bayi setinggi 2-3 cm</li> <li>5. Terdapat tanda-tanda sianosis</li> <li>6. Kolaborasi pemberian O2 diberikan terpasang ventilator O2 4liter/menit</li> <li>7. Kecepatan nafas teratur, jumlah pernafasan persatu</li> </ol>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum lemah</li> <li>- HR 145x/menit, RR: 77 x/menit, Suhu : 36.3°C</li> <li>- Posisi pasien terletang dengan alas datar, kepala lurus dan leher sedikit mengadiah ke atas dan meletakkan selimut daitas bahu bayi</li> <li>- Suara nafas ronchi</li> <li>- Pasien tampak sianosis</li> <li>- O2 terpasang 4 liter/menit</li> <li>- Kecepatan nafas teratur</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	

				menit 77x/menit		
2.	11.00  11.05	2	<ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan observasi BAB dan BAK jumlah dan frekuensi serta konsistensi</li> <li>Memonitor turgor dan mukosa mulut bayi</li> <li>Memonitor intake dan output bayi</li> <li>Memberikan makanan menggunakan OGT sesuai kebutuhan</li> <li>Mengontrol berat badan setiap hari</li> <li>Mengauskultasi bising usus</li> <li>Memberikan makanan pemberian oral menggunakan OGT sebanyak 60 ml/KgBB</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>BAB : Warna hitam, konsistensi lunak, frekuensi sering BAK : Warna tak terlihat karena tercampur oleh BAB, frekuensi sering</li> <li>Turgor kulit jelek dan mukosa bibir kering</li> <li>Intake dan output dihitung perjam dinas</li> <li>Makanan diberikan melalui OGT sebanyak 60 ml/KgBB</li> <li>Berat badan 1.100 gram</li> <li>Bising usus (+)</li> <li>Memberikan makanan melalui OGT sebanyak 60 ml/KgBB per 2 jam sekali</li> </ol>	<p>S : - O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>BAB berwarna hitam, konsistensi lunak, frekuensi sering. BAK warna tak terlihat karena tercampur oleh BAB dan frekuensi sering</li> <li>Turgor kulit jelek dan mukosa bibir kering</li> <li>Bayi masih mengalami kesulitan menelan</li> <li>Makanan masuk menggunakan OGT sebanyak 60 ml/KgBB per 2 jam</li> <li>BB 1.100 gram</li> <li>Bising usus (+)</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	
3.	11.10  11.15	3	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengkaji TTV dan tanda infeksi</li> <li>Melakukan perawatan tali pusat</li> <li>Menganjurkan ibu mencuci tangan sebelum kontak</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>HR: 145x/menit, RR: 77 x/menit, Suhu : 36.3°C</li> <li>Tali pusat sedikit lembab</li> <li>Ibu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak</li> </ol>	<p>S : - O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>HR 145x/menit, RR: 77 x/menit, Suhu : 36.3°C</li> <li>Tali pusat sedikit basah</li> <li>Orang tua selalu cuci</li> </ul>	

	11.20	<p>dengan bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Membersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan pasien</li> <li>5. Mengganti peralatan pasien</li> <li>6. Membatasi jumlah pengunjung</li> <li>7. Mengajarkan cara cuci tangan kepada keluarga bayi</li> <li>8. Mengajarkan keluarga cuci tangan sebelum dan sesudah masuk ke ruangan pasien</li> <li>9. Menggosok kulit pasien dengan agen antibakteri yang sesuai</li> </ol>	<p>dengan bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ruangan dibersihkan setiap hari</li> <li>5. Sprey dan pakaian bayi diganti tiap hari</li> <li>6. Jumlah pengunjung dibatasi, kecuali orang tua tidak boleh berkunjung</li> <li>7. Keluarga kooperatif dan dapat menyebutkan kembali cara cuci tangan menggunakan air dan alkohol</li> <li>8. Keluarga cuci tangan sebelum dan sesudah masuk ruangan bayi</li> <li>9. Kulit bayi dibersihkan menggunakan baby oil dan tissue basah</li> </ol>	<p>tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infus terpasang di kaki sebelah kanan</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	-------	---	---	---	--



<b>NAMA PASIEN</b> : Bayi Ny. N	<b>Implementasi Hari 2</b>
<b>RUANGAN</b> : Perinatologi	
<b>HARI/TGL</b> : Sabtu, 23 Mei 2019	

No	Tanggal/waktu	No Dx	Implementasi	Respon Hasil	Evaluasi	Paraf
1	25 Mei 2019 08.00  08.10  08.15	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV bayi</li> <li>2. Mengauskultasi suara nafas</li> <li>3. Mengatur posisi bayi dengan cara terlentang dengan alas datar, kepala lurus dan leher sedikit mengadiah ke atas dengan meletakan selimut diatas bahu bayi setinggi 2-3 cm</li> <li>4. Mengobservasi tanda-tanda sianosis tiap 4 jam</li> <li>5. Melakukan kolaborasi pemberian O2</li> <li>6. Memonitor kecepatan pernafasan bayi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. HR: 152x/menit, RR: 75 x/menit, Suhu : 36.3°C</li> <li>2. Suara nafas vesikuler</li> <li>3. Posisi bayi dengan cara terlentang dengan alas datar, kepala lurus dan leher sedikit mengadiah ke atas dengan meletakan selimut diatas bahu bayi setinggi 2-3 cm</li> <li>4. Terdapat tanda-tanda sianosis</li> <li>5. Melanjutkan kolaborasi pemberian O2, O2 terpasang ventilator O2 4liter/menit</li> <li>6. Kecepatan nafas teratur, jumlah pernafasan persatu menit 75x/menit</li> </ol>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum lemah</li> <li>- HR: 152x/menit, RR: 75 x/menit, Suhu : 36.3°C</li> <li>- Posisi pasien terlentang dengan alas datar, kepala lurus dan leher sedikit mengadiah ke atas dan meletakan selimut diatas bahu bayi</li> <li>- Suara nafas ronchi</li> <li>- Pasien tampak sianosis</li> <li>- O2 terpasang 4 liter/menit</li> <li>- Kecepatan nafas teratur</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	

2	08.00          08.05	2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan observasi BAB dan BAK jumlah dan frekuensi serta konsistensi</li> <li>2. Memonitor turgor dan mukosa mulut bayi</li> <li>3. Memonitor intake dan output bayi</li> <li>4. Memberikan makanan menggunakan OGT sesuai kebutuhan</li> <li>5. Mengauskultasi bising usus</li> <li>6. Memberikan makanan pemberian oral menggunakan OGT sebanyak 60 ml/KgBB</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. BAB : Warna hitam, konsistensi lunak, frekuensi sering BAK : Warna tak terlihat karena tercampur oleh BAB, frekuensi sering</li> <li>2. Turgor kulit jelek dan mukosa bibir kering</li> <li>3. Intake dan output dihitung perjam dinas</li> <li>4. Makanan diberikan melalui OGT sebanyak 60 ml/KgBB</li> <li>5. Bising usus (+)</li> <li>6. Memberikan makanan melalui OGT sebanyak 60 ml/KgBB per 2 jam sekali</li> </ol>	<p>S : - O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BAB berwarna hitam, konsistensi lunak, frekuensi sering. BAK warna tak terlihat karena tercampur oleh BAB dan frekuensi sering</li> <li>- Turgor kulit jelek dan mukosa bibir kering</li> <li>- Bayi masih mengalami kesulitan menelan</li> <li>- Makanan masuk menggunakan OGT sebanyak 60 ml/KgBB per 2 jam</li> <li>- BB 1.100 gram</li> <li>- Bising usus (+)</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	
3	08.10          08.15	3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji TTV dan tanda infeksi</li> <li>2. Melakukan perawatan tali pusat</li> <li>3. Menganjurkan ibu mencuci tangan sebelum kontak dengan bayi</li> <li>4. Mengganti peralatan pasien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. HR: 152x/menit, RR: 75 x/menit, Suhu : 36.3°C</li> <li>2. Tali pusat kering</li> <li>3. Ibu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi</li> <li>4. Sprey dan pakaian bayi</li> </ol>	<p>S : - O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HR: 152x/menit, RR: 75 x/menit, Suhu : 36.3°C</li> <li>- Tali pusat sedikit basah</li> <li>- Orang tua selalu cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan</li> </ul>	

	08.20		<p>5. Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>6. Mengajarkan cara cuci tangan kepada keluarga bayi</p> <p>7. Mengajarkan keluarga cuci tangan sebelum dan sesudah masuk ke ruangan pasien</p>	<p>diganti tiap hari</p> <p>5. Jumlah pengunjung dibatasi, kecuali orang tua tidak boleh berkunjung</p> <p>6. Keluarga kooperatif dan dapat menyebutkan kembali cara cuci tangan menggunakan air dan alkohol</p> <p>7. Keluarga cuci tangan sebelum dan sesudah masuk ruangan bayi</p>	<p>pasien</p> <p>- Infus terpasang di kaki sebelah kanan</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	-------	--	--	--	--	--

<b>NAMA PASIEN</b> : Bayi Ny. N	<b>Implementasi Hari 3</b>
<b>RUANGAN</b> : Perinatologi	
<b>HARI/TGL</b> : Minggu, 24 Mei 2019	

No	Tanggal/waktu	No Dx	Implementasi	Respon Hasil	Evaluasi	Paraf
1	26 Mei 2019 08.00  08.10	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV bayi</li> <li>2. Mengauskultasi suara nafas</li> <li>3. Mengatur posisi bayi dengan cara terlentang dengan alas datar, kepala lurus dan leher sedikit mengadiah ke atas dengan meletakkan selimut diatas bahu bayi setinggi 2-3 cm</li> <li>4. Mengobservasi tanda-tanda sianosis tiap 4 jam</li> <li>5. Melakukan kolaborasi pemberian O2</li> <li>6. Memonitor kecepatan pernafasan bayi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. HR: 154x/menit, RR: 72 x/menit, Suhu : 36.7°C</li> <li>2. Suara nafas vesikuler, tidak ada tambahan suara nafas</li> <li>3. Posisi bayi dengan cara terlentang dengan alas datar, kepala lurus dan leher sedikit mengadiah ke atas dengan meletakkan selimut diatas bahu bayi setinggi 2-3 cm</li> <li>4. Terdapat tanda-tanda sianosis</li> <li>5. Melanjutkan kolaborasi pemberian O2, O2 terpasang ventilator O2 4liter/menit</li> <li>6. Kecepatan nafas teratur, jumlah pernafasan persatu menit 75x/menit</li> </ol>	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum baik</li> <li>- HR: 154x/menit, RR: 72 x/menit, Suhu : 36.7°C</li> <li>- Posisi pasien terlentang dengan alas datar, kepala lurus dan leher sedikit mengadiah ke atas dan meletakkan selimut diatas bahu bayi</li> <li>- Suara nafas vesikuler</li> <li>- Tidak ada lagi sianosis</li> <li>- O2 terpasang 4 liter/menit</li> <li>- Kecepatan nafas teratur</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	

2	08.00    08.20	2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan observasi BAB dan BAK jumlah dan frekuensi serta konsistensi</li> <li>2. Memonitor turgor dan mukosa mulut bayi</li> <li>3. Memonitor intake dan output bayi</li> <li>4. Memberikan makanan menggunakan OGT sesuai kebutuhan</li> <li>5. Mengauskultasi bising usus</li> <li>6. Memberikan makanan pemberian oral menggunakan OGT sebanyak 60 ml/KgBB</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. BAB : Warna hitam, konsistensi lunak, frekuensi sering BAK : Warna tak terlihat karena tercampur oleh BAB, frekuensi sering</li> <li>2. Turgor kulit jelek dan mukosa bibir kering</li> <li>3. Intake dan output dihitung perjam dinas</li> <li>4. Makanan diberikan melalui OGT sebanyak 60 ml/KgBB</li> <li>5. Bising usus (+)</li> <li>6. Memberikan makanan melalui OGT sebanyak 60 ml/KgBB per 2 jam sekali</li> </ol>	<p>S :- O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BAB berwarna hitam, konsistensi lunak, frekuensi sering. BAK warna tak terlihat karena tercampur oleh BAB dan frekuensi sering</li> <li>- Turgor kulit jelek dan mukosa bibir kering</li> <li>- Bayi masih mengalami kesulitan menelan</li> <li>- Makanan masuk menggunakan OGT sebanyak 60 ml/KgBB per 2 jam</li> <li>- BB 1.200 gram</li> <li>- Bising usus (+)</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	
3	08.10    08.15	3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji TTV dan tanda infeksi</li> <li>2. Melakukan perawatan tali pusat</li> <li>3. Menganjurkan ibu mencuci tangan sebelum kontak dengan bayi</li> <li>4. Mengganti peralatan pasien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. HR: 152x/menit, RR: 75 x/menit, Suhu : 36.3°C</li> <li>2. Tali pusat kering</li> <li>3. Ibu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi</li> <li>4. Sprey dan pakaian bayi</li> </ol>	<p>S :- O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HR: 154x/menit, RR: 72 x/menit, Suhu : 36.7°C</li> <li>- Tali pusat kering</li> <li>- Orang tua selalu cuci tangan sebelum dan</li> </ul>	

			<p>5. Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>6. Mengajarkan cara cuci tangan kepada keluarga bayi</p> <p>7. Mengajarkan keluarga cuci tangan sebelum dan sesudah masuk ke ruangan pasien</p>	<p>diganti tiap hari</p> <p>5. Jumlah pengunjung dibatasi, kecuali orang tua tidak boleh berkunjung</p> <p>6. Keluarga kooperatif dan dapat menyebutkan kembali cara cuci tangan menggunakan air dan alkohol</p> <p>7. Keluarga cuci tangan sebelum dan sesudah masuk ruangan bayi</p>	<p>sesudah kontak dengan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infus terpasang di kaki sebelah kanan</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--	---	--

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas tentang "Asuhan Keperawatan pada Bayi Ny.N dengan lahir Premature di Rumah Sakit Umum Hasanuddin Damrah Manna tahun 2019". Dalam memberikan asuhan keperawatan telah dilakukan sesuai dengan teori yang ada. Dimana proses asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

Pada studi kasus ini didapatkan data subjektif dari Ny.N G1P1A0 mengalami ketuban pecah dini, dengan usia kehamilan kehamilan 29 minggu, dengan BB 1.100 gram, PB 30 cm, lahir tidak menangis, pucat kebiruan dan sulit bernafas. Data objektif yang didapatkan meliputi keadaan umum bayi lemah BB 1.100 gram, HR 142x/menit, suhu 36.6<sup>o</sup>c , RR 76x/menit , Leukosit 3, sianosis, terpasang OGT, serta bayi diletakan di atas inkubator.

Menurut Wong (2008) bayi lahir premature adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram, tahap memperhatikan gestasi. Bayi premature dapat terjadi pada bayi kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu) atau pada usia cukup bulan (*intrauterine growth retriCTION*). Bayi premature sebagian besar dikarenakan karena retardasi pertumbuhan intrauterin (IUGR) dengan usia kehamilah kurang dari 37 minggu. Bayi premature memiliki resiko empat kali lipat lebih tinggi dari kematian neonatal dari pada bayi yang berat badan lahir 2.500-3.500 gram (Muthayya, 2009).

#### **B. Diagnosa**

Berdasarkan teori dan kasus di atas terdapat kesesuai antara teori dan yang didapatkan saat pengkajian. Penulis mengangkat tiga diagnosa yaitu Pola nafas tidak efektif b.d imaturitas sistem pernafasan, pada bayi prematur dan BBLR biasanya sistem pernafasan belum matang sehingga pernafasan belum sempurna ditambaha lagi ada riwayat ketuban pecah dini yang beresiko masuk kedalam paru-paru bayi yang mengakibatkan suara nafas ronchi.

Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d lemahnya daya cerna makanan, pada bayi prematur biasanya ditemukan reflek menelan dan hisap yang belum sempurna sehingga intake nutrisi yang dibutuhkan oleh bayi menjadi terganggu dan terjadilah ketidakseimbangan nutrisi.

Resiko infeksi b.d pertahanan tubuh tidak adekuat, status imun menurun, sebagai pertahanan dan kekebalan tubuh yang belum adekuat akan menyebabkan virus dan bakteri akan lebih mudah masuk ke dalam tubuh bayi dan terjadilah infeksi.

### **C. Intervensi**

Pada kasus ini penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Penulis merencanakan untuk mengatasi masalah pola nafas terlebih dahulu karena pasien mengalami gangguan pola pernafasan dan kriteria hasil yang di tulis oleh penulis yaitu suara nafas vesikuler, tidak ada sesak, tidak ada sianosis, dan tidak lagi terpasang O<sub>2</sub>. Berdasarkan rencana tindakan yang dilakukan tidak terjadi kesenjangan antara rencana tindakan yang ada di teori dan rencana tindakan yang dilakukan pada kasus. Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa pertama adalah monitor ttv pasien, posisikan untuk meringankan sesak napas, motivasi pasien untuk bernapas pelan, dan dalam, auskultasi suara napas, catat area ventilasi menurun, atau tidak ada dan suara tambahan, identifikasi kebutuhan aktual/potensial pasien untuk memasukkan alat membuka jalan napas, kelola nebulizer, kelola pemberian bronkodilator, kelola udara atau oksigen yang dilembabkan, kelola pengobatan aerosol, letakkan bayi terlentang dengan alas yang datar, kepala lurus, dan leher sedikit tengadah/ekstensi dengan meletakkan bantal atau selimut diatas bahu bayi sehingga bahu terangkat 2-3cm, bersihkan jalan napas, mulut, hidung bila perlu, observasi gejala kardinal dan tanda-tanda sianosis tiap 4 jam, kolaborasi dengan team medis dalam pemberian O<sub>2</sub> dan pemeriksaan kadar gas darah arteri, monitor kecepatan, ritme, kedalaman dan usaha pasien saat bernapas dan monitor suara nafas seperti snoring, rochi.

Pada diagnosa kedua juga tidak terjadi kesenjangan antara rencana tindakan yang ada di teori dan rencana tindakan yang dilakukan pada kasus.



Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa kedua adalah lakukan observasi BAB dan BAK jumlah dan frekuensi serta konsistensi, monitor turgor dan mukosa mulut, monitor intake dan output, beri asi/pasi sesuai kebutuhan, lakukan kontrol berat badan setiap hari, auskultasi bising usus, perhatikan adanya distensi abdomen dan lakukan pemberian makan oral awal sebanyak 5-10 ml.

Pada diagnosa ketiga rencana tindakan yang dilakukan adalah kaji ttv dan tanda infeksi, lakukan perawatan tali pusat, anjurkan ibu mencuci tangan sebelum kontak dengan bayi, kolaborasi pemeriksaan laboratorium (leukosit), bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien, ganti peralatan perawatan perpasien sesuai protokol institusi, isolasi pasien yang mempunyai penyakit menular, batasi jumlah pengunjung, ajarkan cara cuci tangan bagi tenaga kesehatan, anjurkan pengunjung untuk cuci tangan pada saat memasuki dan meninggalkan ruangan pasien, cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien, pakai sarung tangan steril dengan tepat, gosok kulit pasien dengan agen antibakteri yang sesuai dan jaga lingkungan aseptik yang optimal selama pemasukan disamping tempat tidur dari saluran penghubung.

#### **D. Implementasi**

Implementasi merupakan komponen proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi menuangkan rencana asuhan keperawatan kedalam tindakan setelah rencana dikembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas pasien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan keperawatan (Potter dan Perry, 2007).

Pada kasus ini implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang telah direncanakan. Pada tanggal hari pertama implementasi yang dilakukan untuk diagnosa 1 adalah memonitor ttv bayi, mengatur posisi pasien dengan posisi terletang dan kepala menggunakan bantal, mengauskultasi suara nafas, mengatur posisi bayi dengan cara terlentang

dengan alas datar, kepala lurus dan leher sedikit mengadiah ke atas dengan meletakkan selimut diatas bahu bayi setinggi 2-3cm, membersihkan jalan nafas bayi, mengobservasi tanda-tanda sianosis tiap 4 jam, melakukan kolaborasi pemberian o<sub>2</sub>, memonitor kecepatan pernafasan bayi.

Untuk diagnosa 2 implementasi yang dilakukan adalah Melakukan observasi BAB dan BAK jumlah dan frekuensi serta konsistensi, Memonitor turgor dan mukosa mulut bayi, Memonitor intake dan output bayi, Memberikan makanan menggunakan OGT sesuai kebutuhan, Mengontrol berat badan setiap hari, Mengauskultasi bising usus, Memberikan makanan pemberian oral menggunakan OGT sebanyak 60 ml/kgbb. Pada diagnosa 3 implementasi yang dilakukan adalah mengkaji ttv dan tanda infeksi, melakukan perawatan tali pusat, menganjurkan ibu mencuci tangan sebelum kontak dengan bayi, membersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan pasien, mengganti peralatan pasien, membatasi jumlah pengunjung, mengajarkan cara cuci tangan kepada keluarga bayi, menganjurkan keluarga cuci tangan sebelum dan sesudah masuk ke ruangan pasien, menggosok kulit pasien dengan agen antibakteri yang sesuai.

#### **E. Evaluasi**

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan (Potter, 2007). Evaluasi pada By Ny.N dilakukan dengan metode SOAP. Pada evaluasi hari pertama penulis belum mampu mengatasi masalah keperawatan pola nafas tidak efektif, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan resiko infeksi karena masa penyembuhan pada By Ny.N masih memerlukan waktu dan juga karena keterbatasan waktu penulis yang tidak bisa mengobservasi pasien selama 24 jam.

Evaluasi hari pertama dilakukan pada tanggal 22 mei 2019 pada diagnosa pertama didapatkan hasil keadaan umum lemah HR 145x/menit, RR 77x/menit, suhu 36.5°C, posisi pasien terlentang dengan alas datar kepala lurus dan leher sedikit mengadiah keatas serta meletakkan selimut di atas bahu, suara nafas ronchi, pasien tampak sianosis, o<sub>2</sub> terpasang 4liter/menit, dan

kecepatan nafas teratur. Diagnosa kedua ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh didapatkan hasil BAB berwarna hitam, konsistensi lunak, frekuensi sering. Sedangkan BAK tidak terlihat karena tercampur oleh BAB. Turgor kulit jelek, mukosa bobir kering, kesulitan menelan, makanan menggunakan OGT 60 ml/KgBB per 2 jam, BB 1.100 gram, dan bising usus (+). Pada diagnosa ketiga didapatkan hasil HR 145x/menit RR 77x/menit suhu 36.3°C, tali pusat seikit basah, orang tua selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan infus terpasang di kaki sebelah kanan.

Evaluasi kedua pada tanggal 23 mei 2019 pada diagnosa pertama didapatkan hasil keadaan umum lemah, HR: 152x/menit, RR: 75 x/menit, Suhu : 36.3°C, posisi pasien terlentang dengan alas datar, kepala lurus dan leher sedikit menghadah ke atas dan meletakan selimut daitas bahu bayi, suara nafas ronchi, pasien tampak sianosis, O2 terpasang 4 liter/menit, kecepatan nafas teratur. Pada diagnosa kedua BAB berwarna hitam, konsistensi lunak, frekuensi sering. BAK warna tak terlihat karena tercampur oleh BAB dan frekuensi sering, turgor kulit jelek dan mukosa bibir kering, bayi masih mengalami kesulitan menelan, makanan masuk menggunakan OGT sebanyak 60 ml/KgBB per 2 jam, BB 1.100 gram, bising usus (+). Diagnosa ketiga didapatkan hasil HR: 152x/menit, RR: 75 x/menit, Suhu : 36.3°C, tali pusat sedikit basah, orang tua selalu cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, infus terpasang di kaki sebelah kanan.

Evaluasi ketiga pada tanggal 24 mei 2019 pada diganosa pertama didapatkan hasil keadaan umum baik, HR: 154x/menit, RR: 72 x/menit, Suhu : 36.7°C. posisi pasien terlentang dengan alas datar, kepala lurus dan leher sedikit menghadah ke atas dan meletakan selimut daitas bahu bayi, suara nafas vesikuler, tidak ada lagi sianosis, O2 terpasang 4 liter/menit dan kecepatan nafas teratur. Diagnosa kedua BAB berwarna hitam, konsistensi lunak, frekuensi sering. BAK warna tak terlihat karena tercampur oleh BAB dan frekuensi sering, turgor kulit jelek dan mukosa bibir kering, bayi masih mengalami kesulitan menelan, makanan masuk menggunakan OGT sebanyak 60 ml/KgBB per 2 jam, BB 1.200 gram, bising usus (+). Diagnosa ketiga HR:

154x/menit, RR: 72 x/menit, Suhu : 36.7°C, tali pusat kering, orang tua selalu cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, infus terpasang di kaki sebelah kanan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

##### 1. Pengkajian

Pada pengkajian bayi dengan lahir prematur tidak ada perbedaan atau kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan. Hal ini karena data yang terdapat pada lapangan juga ditemukan didalam teori.

##### 2. Diagnosa

Dari ketiga diagnosa yang ada diteori, ketiga diagnosa yang didapatkan penulisan pada pasien dengan kasus bayi prematur yaitu gangguan pola nafas, ketidakseimbangan nutrisi dan resiko infeksi. Berdasarkan diagnosa yang ada pada teori, dimana diagnosa tersebut hanya beberapa yang sama dan lebih banyak yang ada pada teori dibandingkan yang ditemukan pada pasien. Maka dapat ditarik kesimpulan tidak selamanya kasus yang sama mempunyai masalah keperawatan yang sama dari setiap pasien.

##### 3. Intervensi

Intervensi keperawatan kasus pada bayi dengan lahir prematur dibuat berdasarkan teori yang ada. Namun penulis hanya menyesuaikan intervensi yang ada dikasus berdasarkan masalah keperawatan yang didapatkan dari hasil pengkajian.

##### 4. Implementasi

Pada tahap pelaksanaan, penulis dapat melaksanakan rencana yang telah disusun dengan adanya dukungan dan kerjasama pasien serta keluarga. Dalam penatalaksanaan tindakan keperawatan penulis melakukan tindakan satu-persatu sesuai dengan masalah keperawatan yang dirasakan pasien.

##### 5. Evaluasi

Tahap evaluasi berdasarkan tujuan yang ditetapkan maka penulis menganalisa bahwa tidak semua masalah dapat segera diatasi karena memerlukan waktu untuk perawatan dan pengobatan secara teratur. Dari

hasil evaluasi yang didapatkan ada satu diagnosa yang memerlukan waktu yang lebih cepat teratasi yaitu untuk diagnosa resiko infeksi membutuhkan waktu 2 hari untuk diagnosa yang lainnya rata-rata membutuhkan waktu 4 hari tindakan keperawatan.

## **B. Saran**

### 1. Bagi Mahasiswa

Sebagai sumber bacaan bagi mahasiswa untuk mengetahui lebih dalam tentang asuhan keperawatan pada bayi dengan prematur.

### 2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Institusi pelayanan kesehatan harus dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai Standart Operasional Prosedur (SOP) diberbagai rumah sakit.

### 3. Bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan harus menyadari pentingnya penerapan asuhan keperawatan yang konsisten dan sesuai dengan teori dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, sehingga pasien akan mendapatkan perawatan yang holistik dan komprehensif.

### 4. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi Pendidikan harus dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang lebih berkualitas dan profesional, guna terciptanya perawat-perawat yang profesional, terampil, cekatan dan handal dalam memberikan asuhan keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, A. (2008). *Pengantar konsep dasar keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika
- Andarmoyo, S. (2012). *Kebutuhan dasar manusia (oksigenasi)*. Tangerang: Graha Ilmu
- Berman, Snyder, Kozier, Erb. (2009). *Buku ajar keperawatan klinis*. Edisi 5. Jakarta: EGC
- Gupte, (2004). *Periodontal disease and upper genital tract inflammation in early spontaneous preterm birth*. *Obstet Gynecol* 104:777
- Hidayat, A. (2008). *Pengantar Keperawatan Anak*. Jakarta: Salemba Medika
- Martin, (2011). *Ilmu Kebidanan : Patologi dan Fisiologi Persalinan Human Labor and Birth*. Terjemahan M. Hakimi. Jakarta : Andi publishers
- RSUD Hasanuddin Damrah, *Medical Record* RSUD Damrah, 2018
- Meleis, (2007). *Gray's Anatomy Fortieth Edition: The Anatomical Basis of Clinical Practice*. hal. 1286 -1312. London: Elsevier Saunders.
- NANDA (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC
- Potter, Patricia A. & Anne, G. Perry. (2009). *Fundamental Keperawatan Buku 1* Ed. 7. Jakarta: Salemba Medika
- Proverawati, A dan Isamawati, C. (2010). *Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Riskesdas, (2013). Laporan Nasional Riskesadas 2013. <https://www.k4health.org/sites/default/files/laporanNasional%20Riskesdas%202007.pdf> diunduh pada tanggal 8 April 2019 pukul 13.00 WIB
- Rohsiswatmo, (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Rukiyah & Yulianti (2012). *Asuhan Kebidanan IV Patologi Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI

- Sulistiari & Berliana, (2016). *Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kelahiran Prematur di Indonesia : Analisis Data Riskesdas 2013*. E-Journal WIDYA Kesehatan dan Lingkungan, 1(2), 109-112
- Suradi, R.(2008). *Perawatan bayi berat lahir rendah dengan metode kanguru*. Health Technology Assessment Indonesia.
- Surasmi, dkk, (2003). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Wilkinson, Judith M., dan Nancy, Ahern R., (2011). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Jakarta : EGC
- WHO (2012). *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*






# LAMPIRAN

**LEMBAR KONSUL KTI PRODI DIII KEPERAWATAN BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES BENGKULU  
TA.2019/2020**

**NAMA** : YETI NOPITASARI  
**NIM** : P0 5120218 162 RPL  
**JUDUL KTI** : Asuhan Keperawatan Pada Bayi Ny.N dengan  
 Premature di RSUD Hasanuddin Damrah Manna  
 Bengkulu Selatan Tahun 2019  
**PEMBIMBING** : Ns. Rahma Annisa, S.Kep, M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI KONSULTASI	MASUKAN PEMBIMBING	PARAF
1	26 Maret 2019	Judul	Buat judul pada asuhan keperawatan bayi prematur	
2	06 April 2019	Bab I	Lengkapi latar belakang dengan data - data lanjutan	
3	12 April 2019	Bab II	Lanjutkan bab 2 sesuai saran	
4	15 April 2019	Bab III	Lanjutkan bab 3 metodologi	
5	20 April 2019	Bab I - III	Lengkapi proposal sesuai petunjuk	
6	26 April 2019	Cara penulisan	Acc ujian proposal	
7	10 Mei 2019	Bab IV	Perbaiki Bab IV Tinjauan kasus	
8	20 Juni 2019	Bab IV	Pebaiki Intervensi,Implementasi,Eval	

			uasi	
9	26 Juli 2019	Bab IV	Lanjutkan Bab V – VI	
10	30 Juli 2019	Bab IV - VI	Perbaiki implementasi	
11	09 Agustus 2019	Bab IV - VI	Lengkapi 1 bundel KTI lengkap	
12	15 Agustus 2019	Bab 1 - 6	Acc ujian kti	