

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH
(BBLR) PADA BY.NY.M DENGAN IMPLEMENTASI
SWADDLING PADA PASIEN NYERI DI RUANG
MAWAR RSUD REJANG LEBONG
TAHUN 2023**



DISUSUN OLEH:

AMBAR KIRANI
NIM P0 0320120037

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2022 - 2023**

LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH
(BBLR) PADA BY.NY.M DENGAN IMPLEMENTASI
SWADDLING PADA PASIEN NYERI DI RUANG
MAWAR RSUD REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

**Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh Gelar Ahli Madya
Keperawatan**



DISUSUN OLEH :

AMBAR KIRANI
NIM P0 0320120037

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2022 - 2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah atas:

Nama : Ambar Kirani

Tempat, Tanggal Lahir : Kepahiang, 26 April 2002

NIM : P0 0320120037

Judul KTI :Asuhan Keperawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Pada By.Ny.M Dengan Implementasi *Swaddling* Pada Pasien Nyeri Di Ruang Mawar RSUD Rejang Lebong Tahun 2023

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 22 Juni 2023.

Curup, 21 Juni 2023
Pembimbing



Ns. Yossy Utario, M.Kep., Sp.Kep.An
NIP.198202142002122001

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) PADA
BY.NY.M DENGAN IMPLEMENTASI *SWADDLING* PADA PASIEN
NYERI DI RUANG MAWAR RSUD REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

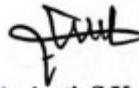
Disusun Oleh:

AMBAR KIRANI
NIM P0 0320120037

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan Curup
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 22 Juni 2023, dan dinyatakan

LULUS

Ketua Penguji



Ns. Misniarti, S.Kep., M.Kep
NIP. 197703112001122001

Anggota Penguji I



Ns. Lora Oktavivianti, S.Kep
NIP .198410212008042005

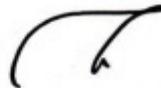
Anggota Penguji II



Ns. Yossy Utario, M.Kep, Sp.Kep.An
NIP.198202142002122001

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan untuk mencapai
derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI BERAT LAHIR RENDAH
(BBLR) DENGAN IMPLEMENTASI *SWADDLING* PADA
PASIEN NYERI DI RUANG MAWAR RSUD
REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

ABSTRAK

Latar belakang : Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Bayi Berat Badan Lahir Rendah adalah berat badan bayi lahir 1.500-2.500 gram. BBLR juga masih menjadi salah satu masalah Kesehatan yang perlu ditangani, dikarenakan tingginya urgensi terhadap pertumbuhan dan perkembangan aspek sensorik dan motorik. Bayi akan mengalami banyak tindakan keperawatan seperti Tindakan invasive. **Tujuan:** Pada penelitian ini adalah gambaran asuhan keperawatan pada bayi berat badan lahir rendah (BBLR) tentang pemberian terapi *swaddling* pada pasien nyeri di ruang mawar RSUD Rejang Lebong. **Metode :** Metode penelitian ini adalah studi kasus pada Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), dengan berat badan > 2.500 gram tanpa indikasi dan dilakukan metode *swaddling* atau pembedongan untuk mengurangi rasa nyeri yang berlebih pada saat tindakan invasif. Nyeri yang diukur dengan menggunakan skala NIPS **Hasil :** Hasil yang di dapatkan pada saat perawatan yaitu pada tindakan pertama dengan kategori skala nyeri (7) nyeri berat, dan pada saat tindakan ke kedua kategori skala nyeri (2) nyeri ringan. **Kesimpulan :** Penerapan metode *swaddling* bisa menjadi salah satu terapi non farmakologis untuk meminimalkan rasa nyeri pada saat tindakan invasif. *Swaddling* diharapkan bisa diterapkan dalam asuhan keperawatan dalam melakukan tindakan invasif pada BBLR selama di rumah sakit.

Kata Kunci : BBLR, *Swaddling*, Nyeri, Tindakan Invasif

**NURSING CARE OF LOW BIRTH WEIGHT (LBW) INFANTS WITH
SWADDLING IMPLEMENTATION IN PAIN PATIENTS IN THE
MAWAR ROOM REJANG LEBONG HOSPITAL
YEAR 2023**

ABSTRACT

Background: *Low Birth Weight Babies (LBW) Low Birth Weight Babies are babies born with a weight of 1,500-2,500 grams. LBW is also still a health problem that needs to be addressed, due to the high urgency for the growth and development of sensory and motor aspects. Babies will experience many nursing actions such as invasive actions.* **Objective:** *In this study, this study is an overview of nursing care for low birth weight (LBW) infants regarding the administration of swaddling therapy to pain patients in the rose room at Rejang Lebong Hospital.* **Methods:** *The research method is a case study on Low Birth Weight Babies (LBW), weighing > 2,500 grams without indications and swaddling or swaddling methods are used to reduce excessive pain during invasive procedures. Pain was measured using the NIPS scale.* **Results:** *The results obtained during treatment were in the first action with the pain scale category (7) severe pain, and during the second action the pain scale category (2) mild pain.* **Conclusion:** *The application of the swaddling method can be a non-pharmacological therapy to minimize pain during invasive procedures. Swaddling is expected to be applied in nursing care in carrying out invasive actions for LBW babies while in hospital.*

Keywords: *LBW, Swaddling, Pain, Invasive Measures*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Pada By.Ny.M Dengan Implementasi *Swaddling* Pada Pasien Nyeri Di Ruang Mawar RSUD Rejang Lebong Tahun 2023”

Penulisan Karya Tulis Ilmiah laporan tugas akhir ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan. Dalam penyelesaian Proposal Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bantuan baik materil maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Eliana,SKM., MPH selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Rheyco Viktoria, Sp.,An selaku direktur RSUD Curup yang telah menyediakan tempat untuk penulis dalam melakukan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Staff Ruangan Rawat Inap Mawar yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu atas pengalaman, pembelajaran selama penulis berada dilapangan.
6. Ns. Yossy Utario, M.Kep, Sp.Kep.An. Selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ns. Misniarti, M.kep selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.

8. Ns. Lora Oktavivianti, S.Kep selaku penguji 1 yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukkan yang bersifat membangun.
9. Fatimah Khoirini, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberi saran positif dan telah mengarahkan penulis untuk segera menyelesaikan semua kewajiban sebagai mahasiswa, salah satunya menyelesaikan laporan tugas akhir.
10. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
11. Kedua Orang Tua saya yang selalu memberikan dukungan, dan doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan Proposal Laporan tugas akhir ini.
12. MR. Y dan NPT. 20 01 029 yang selalu membantu, mendampingi dan memberikan dukungan serta doa yang tiada henti, sehingga dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini.
13. Dan semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu menyelesaikan penulisan tugas akhir ini.

Mudah-mudahan Proposal Karya Tulis Ilmiah laporan tugas akhir ini dapat dilaksanakan sebaik mungkin.

Curup, 22 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit.....	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	9
2.1.3 Manifestasi Klinis	10
2.1.4 Anatomi Fisiologi	12
2.1.5 Patofisiologi	15
2.1.6 WOC (<i>Web Of Caution</i>)	17
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	18
2.1.8 Penatalaksanaan Medis.....	20
2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan.....	21
2.2 Konsep Nyeri.....	23
2.2.1 Definisi	23
2.2.2 Etiologi	25
2.3 Konsep Implementasi <i>swaddling</i> pada BBLR	26
2.3.1 Pengertian <i>swaddling</i>	26
2.3.2 Tujuan <i>swaddling</i>	27
2.3.3 Manfaat <i>swaddling</i>	27
2.3.4 Evidence Based Terapi <i>swaddling</i>	27
2.3.5 Prosedur tindakan keperawatan <i>swaddling</i>	28
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan.....	30
2.4.1 Pengkajian.....	31
2.4.2 Diagnosa Keperawatan.....	43
2.4.3 Rencana Keperawatan.....	44
2.4.4 Implementasi Keperawatan.....	49
2.4.5 Evaluasi Keperawatan.....	49

BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Rencana Studi Kasus	51
3.2 Subjek Studi Kasus	51
3.3 Fokus Studi Kasus	52
3.4 Definisi Operasional	52
3.5 Tempat dan waktu	53
3.6 Pengumpulan Data.....	53
3.7 Penyajian Data.....	53
3.8 Etika Penelitian.....	53
BAB IV TINJAUAN KASUS	
4.1 Pengkajian	54
4.1.1 Identitas.....	54
4.1.2 Riwayat Keperawatan	55
4.1.3 Pemeriksaan Fisik	60
4.1.4 Pemeriksaan Penunjang	67
4.1.5 Analisa Data	69
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	71
4.3 Intervensi Keperawatan	72
4.4 Implementasi Keperawatan	76
4.5 Evaluasi Keperawatan	84
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1 Pengkajian.....	92
5.2 Diagnosa Keperawatan	94
5.3 Intervensi Keperawatan	96
5.4 Implementasi Keperawastan	98
5.5 Evaluasi Keperawatan	101
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	103
6.2 Saran.....	105
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
2.1	Volume Susu	23
2.2	Skala Nyeri NIPS	40
2.3	Skala Nyeri Perilaku FLACC	41
2.4	Skala Nyeri Perilaku RIPS	42
2.5	Rencana Keperawatan	44
4.1	Identitas Keluarga Kandung	55
4.2	Riwayat Imunisasi	58
4.3	Aktivitas Sehari-hari	60
4.4	Pemeriksaan Laboratorium	67
4.5	Terapi Obat	68
4.6	Analisa Data	69
4.7	Diagnosa Keperawatan	71
4.8	Intervensi Keperawatan	72
4.9	Implementasi Keperawatn	76
4.10	Evaluasi Keperawatan	84

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
1	Anatomi Fisiologi BBLR	12

DAFTAR SKEMA

No	Judul	Halaman
1	Skema WOC (Web of Causation)	16

DAFTAR LAMPIRAN

No	Lampiran
1.	SOP
2.	Gambar <i>Swedding</i>
3.	Penilaian Nips
4.	Lembar Observasi Penelitian Nips
5.	Biodata
6.	Dokumentasi
7.	Lembar Konsul
8.	Surat Izin Dinas
9.	Jurnal
10.	Hasil Plagiarisme

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tingkat kemajuan dan keberhasilan di suatu negara dilihat dari status kesehatan yang mana salah satunya itu di lihat dari Angka Kematian Ibu (AKI) dan juga Angka Kematian bayi (AKB) yang mana banyak sekali permasalahan pada sistem tubuh. Bayi berat lahir rendah (BBLR) merupakan kondisi dimana bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa kehamilan. BBLR dengan berat bdn 2500 gram disebut low birth weight infant (Bayi Berat Badan Rendah), karna morbiditas dan mortalitas neonatus tidak hanya bergantung pada berat badan tetapi pada tingkat kematanga (Maturutas) bayi tersebut (Pantiawati, 2021).

Berdasarkan *World Health Organization* (WHO) tahun 2020 secara global terdapat sekitar 5 juta kematian neonatus pertahun sebanyak 98%, terdapat 4,5 juta kematian bayi dibawah lima tahun, 7,5% diantaranya terjadi pada tahun pertama kehidupan. Insiden global BBLR 15,5%, berkisaran 1-8 kasus/1.000 kelahiran hidup dengan *case fatality rate* (CFR) yang berkisaran 10-50%. Berdasarkan data yang di ambil dari Profil Kesehatan Indonesia pada tahun 2020, dari 28,158 kematian balita, 72,0% (20.266 kematian) diantaranya terjadi pada nasa neonates. Dari seluruh kematian neonatus yang di laporkan, 72,0% (20.266 kematian) terjadi pada usia 0 – 28 hari dan 19,1% (5.386 kematian) terjadi pada usia 29 – 11 bulan. Pada tahun 2020, penyebab kematian neonatal terbanyak adalah kondisi bayi berat lahir rendah (BBLR).

Berdasarkan data di provinsi Bengkulu pada tahun pada tahun 2017 tercatat sebanyak 34.979 bayi lahir yang hidup, dengan BBLR sebanyak 737 kasus (4,2%) sedangkan pada tahun 2018 di Bengkulu itu sendiri kasus BBLR berjumlah 32 orang (0,85%) (Dinkes Provinsi Bengkulu 2018).

Bayi dengan BBLR merupakan salah satu faktor risiko yang mempunyai berbagai macam komplikasi. Komplikasi yang sering muncul pada kasus bayi dengan BBLR antara lain suhu tubuh yang tidak stabil, gangguan penafasan, gangguan pencernaan dan nutrisi, imaturitas, hipotermia, anemia, kejang, infeksi, hipoglikemi, hiperglikemi serta hipokalsemi. Dari beberapa hal diatas menunjukkan bahwa BBLR dapat menjadi penyebab kesulitan dan kematian pada masa bayi baru lahir (Maryunani, 2013).

Berdasarkan kondisi BBLR yang berisiko tersebut maka BBLR dirawat di Rumah Sakit. Yang mana dibutuhkan perawatan intensif untuk BBLR, yaitu seperti di NICU. Bayi akan mengalami banyak tindakan keperawatan seperti tindakan invasif, yaitu infus, pengambilan sampel darah dan lain sebagainya (Okta dan Fatsman, 2014). Masalah keperawatan pada BBLR yang sering muncul saat dirawat berupa ke tidak efektifan pola nafas dan fungsi paru pada klien belum baik. Sedangkan untuk masalah keperawatan lain yang dapat timbul ialah seperti, hipotermi, defisit nutrisi dan juga resiko infeksi, hal ini dapat menurunkan daya tahan tubuh bayi. Selain masalah tersebut, klien sering kali mendapatkan berbagai macam prosedur invasif yang menimbulkan masalah keperawatan nyeri akut (Nelson, 2015).

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan fungsional, dengan permulaan yang mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Yang mana nyeri akut ini dapat menyebabkan perubahan aktivitas otak secara spontan pada usia sekolah, penurunan kemampuan kognitif, serta fungsi motorik. Masalah nyeri akut itu sendiri dapat disebabkan oleh tindakan invasif (Oktaviani dkk, 2022).

Nyeri pada tiap usia akan memberikan reaksi yang berbeda, bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) masih belum mampu mengucapkan kalimat verbal namun akan memberikan respon melalui ekspresi wajah yang mengerutkan dagu dan alis, mata tertutup, mulut membuka serta tangisan yang keras dan melengking. Apabila nyeri pada bayi tidak segera ditangani, maka akan menimbulkan efek peningkatan irama jantung, pernafasan lebih cepat, penurunan saturasi (SPO₂), kemerahan, meningkatkan tekanan intracranial, dan berdampak pada psikologis anak. (Dewi, 2020). Efek jangka panjang yang ditimbulkan akibat pengalaman nyeri yang tidak terkontrol dan berulang adalah akan mempengaruhi perkembangan sistem saraf pusat, gangguan perkembangan dan perilaku, sensitivitas nyeri yang meningkat, perubahan regulasi hormon stres, dan perubahan hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) aksis sampai bayi tumbuh dewasa. Maka dari ini masalah nyeri akut itu sendiri harus di tangani dengan baik (Oktaviani dkk, 2022).

Manajemen nyeri pada bayi sangat penting dilakukan karena pengendalian nyeri pada neonatus merupakan salah satu indikator mutu pelayanan asuhan perkembangan yang berkualitas. Oleh sebab itu, intervensi keperawatan non farmakologis dapat meminimalkan nyeri pada bayi terutama saat dilakukan tindakan perawatan di rumah sakit. Salah satu tindakan non farmakologis yang dapat mengurangi nyeri pada bayi adalah metode *swaddling* karena memiliki efek menenangkan dan membantu regulasi bayi (Oktaviani, Soewito, dkk, 2022).

Swaddling atau yang sering dikenal dengan istilah bedong adalah pembungkusan kain yang diberikan pada bayi baru lahir. Tujuan dari Intervensi *swaddling* adalah agar bayi terhindar dari rasa nyeri yang berlebihan serta membantu bayi untuk meminimalkan terjadinya laju kehilangan kalori yang mengakibatkan peningkatan eksresi katekolamin dan kortisol dan mengurangi faktor yang memicu komplikasi berlanjut pada bayi. Metode *swaddling* merupakan metode non farmakologis yang efektif untuk mengurangi nyeri, mengurangi lama menangis bayi, menstabilkan respon fisiologis selama prosedur heel prick (Erkut & Yildiz, 2017). Walaupun farmakologis merupakan gold standar dalam manajemen nyeri, namun metode *swaddling* di rekomendasikan sebagai terapi pelengkap selama prosedur menyakitkan pada bayi. Penelitian studi observasional pada 142 perawat tentang tatalaksan non farmakologis nyeri yang paling banyak digunakan pada neonatus selama prosedur invasif intravena canula adalah *swaddling*, non nutritive sucking, dan sukrosa (Collados-Gómez, dkk, 2018).

Menurut data dari RSUD Rejang Lebong didapatkan bahwa kasus dengan Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) peringkat ke dua terbanyak di RSUD Rejang Lebong setelah kasus Neunatu. Kasus BBLR pada tahun 2020 berjumlah 92 kasus, pada tahun 2022 jumlah kasus bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) menurun, yaitu sebanyak 38 kasus (Laporan Tahunan RSUD Rejang Lebong, 2022).

Berdasarkan uraian tersebut maka penulis tertarik melakukan “Asuhan keperawatan Dengan Bayi Berat Lahit Rendah (BBLR) di Ruang Mawar RSUD Rejang Lebong tahun 2022”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas, dapat dirumuskan masalah yaitu. “Bagaimana Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Dengan Implementasi *Swaddling* Pada Pasien Nyeri Di Ruang Mawar RRSUD Rejang Lebong Tahun 2023”.

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penulisan proposal karya tulis ilmiah ini yang mana dibedakan menjadi dua tujuan yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Bagaimana Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Dengan Implementasi *Swaddling* Pada Pasien Nyeri Di Ruang Mawar RRSUD Rejang Lebong Tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

- 1) Dapat melakukan pengkajian pada pasien dengan Bayi Berat Badan Lahir Rendah di Ruang Mawar RSUD Rejang Lebong.
- 2) Dapat membuat rencana Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Bayi Berat Badan Lahir Rendah di Ruang Mawar RSUD Rejang Lebong.
- 3) Dapat melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Bayi Berat Badan Lahir Rendah di Ruang Mawar RSUD Rejang Lebong.
- 4) Dapat mengevaluasi hasil Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Bayi Berat Badan Lahir Rendah di Ruang Mawar RSUD Rejang Lebong.
- 5) Dapat melakukan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Pasien Melalui

kegiatan menyusun karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menambah wawasan dan informasi pada pasien dan keluarga tentang cara perawatan pada pasien Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

2. Bagi Perawat

Sebagai informasi bagi tenaga kesehatan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

3. Bagi Lembaga

1. Rumah Sakit

Dapat berfungsi sebagai pusat informasi bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan pelayanan dan perawatan pada pasien dengan Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

2. Pendidikan

Dapat berfungsi sebagai informasi serta menambah wawasan untuk kemajuan perkembangan ilmu keperawatan mengenai Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) .

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram yang mana penyebab terbanyak terjadinya BBLR karena premature (Pantiawati, 2021). BBLR yaitu keadaan yang disebabkan oleh masa kehamilan kurang dari 37 minggu dengan berat badan yang tidak sesuai atau bayi yang beratnya kurang dari berat semestinya menurut masa kehamilannya (Saputri, 2017).

Bayi BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram tanpa memandang masa kehamilan. Bayi yang berada di bawah persentil 10 dinamakan ringan untuk umur kehamilan. Dahulu neonates dengan berat badan lahir kurang dari 2.500 gram atau sama dengan 2.500 gram disebut premature. Pembagian menurut berat badan ini sangat mudah tetapi tidak memuaskan. Sehingga lambat laun diketahui bahwa tingkat morbiditas dan mortalitas pada neonates tidak hanya bergantung pada berat badan saja, tetapi juga pada tingkat maturitas bayi itu sendiri (Proverawati ; sulistyorini, 2021).

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram tanpa melihat apakah premature atau dismatur serta tanpa memandang masa kehamilan.

2.1.2 Etiologi dan Faktor Predisposisi

Menurut Pantiawati dan Ismawati, 2016 BBLR dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu:

A. Faktor ibu

1. Penyakit

- 1) Toksemia gravidarum
- 2) Perdarahan antepartum
- 3) Trauma fisik dan psikologis
- 4) Nefritis akut
- 5) Diabetes melitus, hipertensi kronik, Preeklampsia dan jantung.
- 6) Menderita penyakit seperti malaria, infeksi menular seksual, hipertensi atau tinggi, HIV/AIDS, TORCH, penyakit jantung
- 7) Salah guna obat, merokok, konsumsi alkohol.

2. Usia Ibu (geografis)

- 1) Usia ibu saat kehamilan tertinggi adalah kehamilan pada usia < 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
- 2) Jarak kelahiran yang terlalu dekat atau pendek dari anak satu ke anak yang akan dilahirkan (kurang dari 1 tahun).
- 3) Prioritas yang dapat menyebabkan BBLR pada ibu yang paling sering terjadi yaitu paritas pertama dan paritas lebih dari 4.
- 4) Mempunyai riwayat BBLR yang pernah diderita sebelumnya

3. Keadaan sosial ekonomi

- 1) Golongan social ekonomi rendah

2) Perkawinan yang tidak sah juga dapat mempengaruhi fisik serta mental.

B. Faktor janin

- 1) Kelainan kromosom
- 2) Hidramion
- 3) Infeksi janin kronik (inklusi sitomegali, rubella bawaan, gawat janin, dan kehamilan kembar).

C. Faktor plasenta

Faktor plasenta yang dapat menyebabkan bayi BBLR juga dapat menjadi salah satu faktor. Kelainan plasenta dapat disebabkan oleh : hidramnion, plasenta previa, solutio plasenta, sindrom tranfusi bayi kembar (sindrom parabiostatik), ketuban pecah dini.

D. Faktor lingkungan

Banyak masyarakat yang menganggap remeh adanya faktor lingkungan ini. Faktor lingkungan yang dapat menyebabkan BBLR, yaitu : tempat tinggal di dataran tinggi, terkena radiasi, serta terpapar zat beracun (England, 2018).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Menurut (Atikah dan Cahyo, 2021) secara umum, gambaran klinis dari bayi BBLR adalah sebagai berikut :

- 1) Berat kurang dari 2500 gram.
- 2) Panjang kurang dari 45 cm.
- 3) Lingkar dada kurang dari 30 cm.

- 4) Lingkar kepala kurang dari 33 cm.
- 5) Umur kehamilan kurang dari 37 minggu.
- 6) Kepala lebih besar.
- 7) Kulit tipis, transparan, rambut lanugo banyak, lemak kurang.
- 8) Otot hipotonik lemah
- 9) Pernapasan tak teratur dapat terjadi apnoe.
- 10) Ekstermitas : paha abduksi, sendi lutut / kaki rileksi – lurus.
- 11) Kepala tidak mampu tegak.
- 12) Pernapasan 40 – 50 kali / menit.
- 13) Nadi 100 – 140 kali / menit.

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

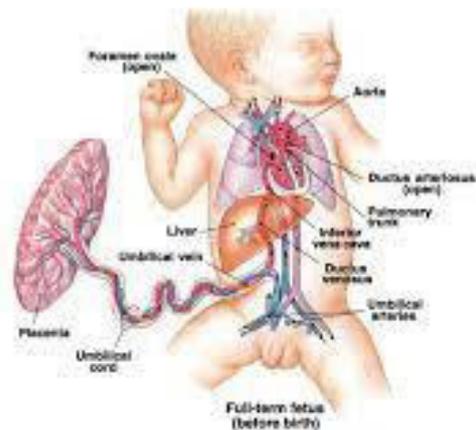
- 1) Tanda – tanda bayi Kurang Bulan (KB) :
 - a. Kulit tipis dan mengkilap.
 - b. Tulang rawan telinga sangat lunak, karena belum terbentuk dengan sempurna.
 - c. Lanugo (rambut halus/lembut) masih banyak ditemukan terutama pada punggung.
 - d. Jaringan payudara belum terlihat, puting masih berupa titik.
 - e. Pada bayi perempuan, labia mayora belum menutupi labia minora.
 - f. Pada bayi laki – laki, skrotum belum banyak lipatan, testis kadang belum turun.
 - g. Rajah telapak tangan kurang dari 1/3 bagian atau belum terbentuk.

- h. Kadang disertai dengan pernafasan yang tidak teratur.
- i. Aktivitas dan tangisnya lemah.
- j. Refleks menghisap dan menelan tidak efektif atau teratur.

2) Tanda – tanda bayi Kecil Untuk Masa Kehamilan (KMK) :

- a. Umur bayi dapat cukup, kurang atau lebih bulan, tetapi bertanya kurang dari 2500 gram.
- b. Gerakannya cukup aktif, tangisan bayi cukup kuat.
- c. Kulit keriput, lemak bawah kulit tipis
- d. Bila kurang bulan, jaringan payudara kecil, puting kecil. Bila cukup bulan, payudara dan puting sesuai masa kehamilan.
- e. Bayi perempuan bila cukup bulan labia mayora menutupi labia minora.
- f. Bayi laki – laki testis mungkin telah turun.
- g. Rajah telapak kaki lebih dari 1/3 bagian.
- h. Menghisap cukup kuat.

2.1.4 Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi BBLR

1. System Pernafasan.

Alveoli cenderung kecil dengan adanya sedikit pembuluh darah yang mengelilingin stoma seluler. Semakin matur dan bayi lebih besar berat badannya, maka akan semakin besar alveolin, Otot pernafasan bayi ini lemah dan pusat pernafasan kurang berkembang. Terdapat juga kekurangan lipoprotein paru – paru. Surfaktan di duga bertindak dengan cara menstabilkan alveolin yang kecil, sehingga mencegah terjadinya kolaps pada saat terjadi ekspirasi. Pada bayi prematur yang terkecil relaks batuk tidak ada. Hal ini dapat mengarah pada timbulnya inhalasi cairan yang di muntahkan dengan timbulnya inhalasi cairan yang dimuntahkan dengan timbulnya konsekuensi yang serius. Saluran hidung sangat sempit dan cedera terhadap mukosa nasal mudah terjadi. Hali ini penting untuk di ingat ketika memasukkan tabung nasogastric atau tabungan endotrakeal melalui hidung. Kecepatan pernafasan bervariasi pada semua BBLR dan neonates dan bayi preterm. Pada bayi neonates dalam keadaan istirahat, maka kecepatan pernafasan dapat 60 sampai 80 permenit, berangsur-angsur menurun mencapai kecepatan yang mendekatik biasa yaitu 24 sampai 36 permenit semakin rendah umur gestasi, maka semakin lemah reflek menghisap dan menelan, bayi yang paling kecil tidak mampu untuk minum secara efektif. Regurgitas merupakan hal yang sering terjadi . hal ini disebabkan oleh karena mekanisme penutupan spingter pilorus yang secara relatif kuat. Pencernaan tergantung pada perkembangan

dari alat pencernaan. Lambung dari seorang bayi dengan berat 900 gram memperlihatkan adanya sedikit lipatan mukosa, glandula sekretoris, demikian juga otot, kurang berkembang.

2. Sistem Urinarius

Pada saat lahir fungsi ginjal perlu menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan. Fungsi ginjal kurang efisien dengan adanya angka filtrasi glomerulus yang menurun, dan bahan terlarut yang rendah. Hal ini menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan untuk mengkonsentrasikan urin dan urin menjadi sedikit. Gangguan keseimbangan air dan elektrolit mudah terjadi.

3. Sistem Persyarafan

Pada saat lahir fungsi ginjal perlu menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan. Fungsi ginjal kurang efisien dengan adanya angka filtrasi glomerulus yang menurun, dan bahan terlarut yang rendah. Hal ini menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan untuk mengkonsentrasikan urin dan urin menjadi sedikit. Gangguan keseimbangan air dan elektrolit mudah terjadi.

4. Sistem Pencernaan

Pencernaan makanan merupakan proses mengubah makanan dari ukuran besar menjadi ukuran kecil dan halus, serta memecahkan molekul makanan yang kompleks menjadi molekul yang sederhana dengan menggunakan enzim dan organ – organ pencernaan. Enzim ini dihasilkan oleh organ – organ pencernaan dan jenisnya tergantung dari

bahan makanan yang akan dicerna oleh tubuh. Zat makanan yang dicerna akan diserap oleh tubuh dalam bentuk yang lebih sederhana (Sasrawan, Hedi. 2016).

2.1.5 Patofisiologi

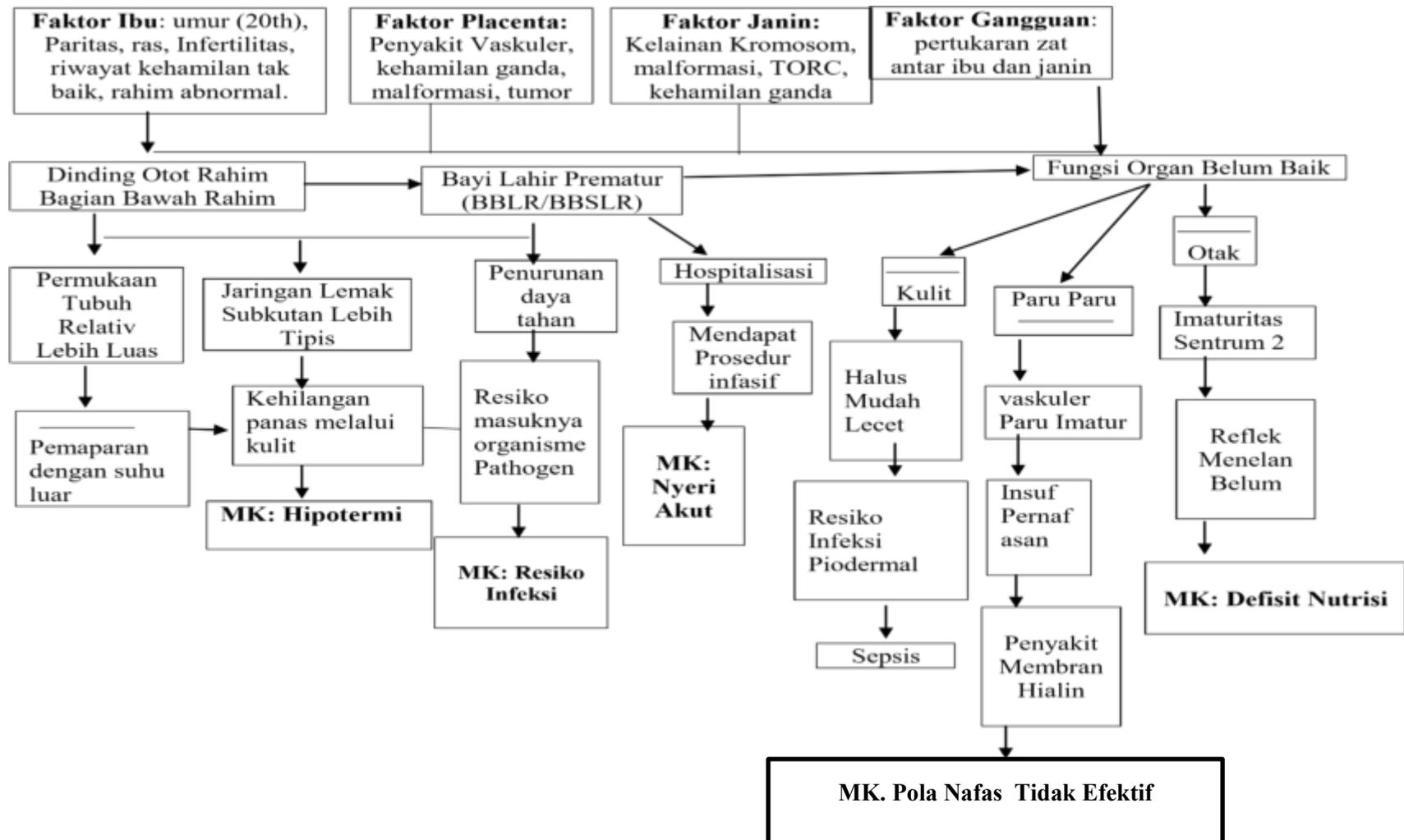
Berat badan lahir rendah dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu, faktor ibu, faktor plasenta, faktor janin. Faktor ibu meliputi tingkat pendidikan, umur saat melahirkan, toksemia gravidarum, kelainan bentuk uterus, tumor. Faktor placenta meliputi penyakit vaskuler, kehamilan ganda, malformasi, tumor dan pada faktor janin meliputi kehamilan ganda, hidramnion, ketuban pecah dini, cacat bawaan. Hal tersebut dapat mengakibatkan bayi lahir prematur atau dismatur dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram. Jika hal tersebut terjadi, maka bayi dituntut untuk beradaptasi pada kehidupan ektrauterin sebelum organ dalam tubuhnya berkembang secara optimal.

Bayi dengan kondisi berat lahir rendah, umumnya akan mengalami hospitalisasi. Yang mana dari hospitalisasi BBLR akan banyak mendapatkan tindakan invasif merupakan tindakan medis yang dapat mempengaruhi keutuhan jaringan tubuh. Tindakan yang diberikan antara lain imunisasi, pemasangan infus, pengambilan darah secara intravena, pemasangan selang oksigen, pengambilan darah kapiler, dan pemasangan alat medis lainnya pada bayi yang dirawat di ruang Neoanatal Intensive Care Unit (NICU). Hal ini akan menimbulkan nyeri pada bayi. Pada ruang NICU disediakan ruangan untuk bayi yang mengalami prematuritas, BBLR,

sepsis, dan gagal nafas sehingga bayi yang dirawat diruangan ini membutuhkan banyak prosedur perawatan yang dapat memberikan dampak negatif pada bayi. Dampak dari ketidaknyamanan selama *hospitalisasi* antara lain: Terganggunya proses pembentukan rasa percaya, penurunan *sense of control* dan nyeri, stres akibat stimulus yang berlebihan pada cahaya, lingkungan dan suara, suhu tubuh tidak stabil dan penambahan berat badan lambat serta mempengaruhi perkembangan saraf bayi.

Semakin kecil dan semakin prematur bayi itu maka akan semakin tinggi resiko gizinya. Menurunnya simpanan zat gizi padahal cadangan makanan di dalam tubuh sedikit, hampir semua lemak, glikogen dan mineral seperti zat besi, kalsium, fosfor dan seng di deposit selama 8 minggu terakhir kehamilan. Dengan demikian bayi prematur mempunyai potensi terhadap peningkatan, anemia dan lain – lain. Kurang untuk mencerna makanan. Bayi preterm mempunyai lebih sedikit simpanan garam empedu, yang di perlukan untuk mencerna dan mengabsorbsi lemak di bandingkan dengan bayi preterm di karenakan belum matangnya fungsi mekanis dari saluran pencernaan, koordinasi antara refleks hisap dan menelan belum berkembang dengan baik sampai kehamilan 32 – 34 minggu, padahal bayi BBLR kebutuhan nutrisinya lebih tinggi karena target pencapaian BB lebih besar (Maryunani, 2014). Oleh karena itu BBLR sering mengalami defisit nutrisi.

2.1.6 WOC



2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Lestari (2016) beberapa yang dapat dilakukan dalam pemeriksaan penunjang pada BBLR, antara lain:

1) Radiologi

- a. Foto thoraks atau baby gram pada bayi baru lahir dengan usia kehamilan kurang bulan, dapat dimulai pada umur 8 jam. Gambaran foto thoraks pada bayi dengan penyakit membrane *hyaline* karena kekurangan surfaktan berupa terdapatnya retikulogranular pada parenkim dan bronkogram udara. Pada kondisi berat hanya tampak gambaran.
- b. USG kepala terutama pada bayi dengan umur kehamilan 35 minggu di mulai pada umur 2 hari untuk mengetahui adanya memvisualisasi ventrikel dan struktur otak garis tengah dengan fontanel anterior yang terbuka.

2) Laboratorium

a. Darah rutin.

1. Hematokrit (HCT).

Bayi usia 1 hari 48 – 69 %, bayi usia 2 hari 48 – 75 %, dan bayi usia 3 hari 44 – 74 %.

2. *Hemaglobin* (Hb) untuk bayi usia 1 – 3 hari 14,5 – 22,5 g/Dl.

3. Hb A lebih dari total atau 0,95 fraksi Hb. 49.

4. Hb F

Bayi usia 1 hari 63 -92 %, bayi usia 5 hari 65 – 88 %, bayi usia 3 minggu 55 – 85 %, dan usia 6 – 9 minggu 31 – 75 %.

5. Jumlah *leukosit*

1. Bayi baru lahir 9,0 – 30, 0 x 10 sel/mm (μ L).
2. Bayu usia 1 hari/24 JAM, 9,4 – 43 x 10 sel/mm (μ L).
3. Usia 1 bulan 5,0 – 19,5 X 10 sel/mm (μ L)

b. *Bilirubin.*

1. Total (*serum*).

Tali pusat kurang dari 2,0 mg/Dl, 0 -1 hari 8,0 mg/dL.

2. *Glukosa.*

Glukosa (8 – 12 jam post natal) disebut hipoglikemi plasma kurang dari 50 mg/dL.

c. *Serum.*

Tali pusat 45 – 96 mg/dl, bayi baru lahir (usia 1 hari) 40 – 60 mg/dL, dan bayi usia lebih dari 1 hari 50 -90 mg/dL.

d. Analisa gas darah.

1. Tekanan *parsial* CO₂ (PO₂) bayi baru lahir 27 – 40 mmHg.
2. Tekanan *parsial* O₂ (PO).
 - a) Lahir 8 24 mmHg.
 - b) 5 – 10 menit 33 – 75 mmHg.
 - c) 30 menit 31 – 85 mmHg.
 - d) Lebih dari 1 jam 55 – 80 mmHg.
 - e) 1 hari 54 – 95 mmHg.

- f) Kemudian (menurun sesuai usia) 83 – 108 mmHg.
- 3. Saturasi oksigen (SaPO₂).
 - a) Bayi baru lahir 85 – 90 %
 - b) Kemudian 95 – 99%.
- 4. Ph bayi prematur (48 jam) 7,35 – 7,50.
- 5. *Elektrolit* darah (k/p).
 - a) *Natrium*.
 - Serum dan plasma*
 - 1) Bayi baru lahir 136 – 146 mEq/L.
 - 2) Bayi 24 jam 40 – 220 mEq/L.
 - 3) Urine 24 jam 40 -220 mEq/L.
 - b) *Kalium*.
 - 1) *Serum* bayi baru lahir 3,0 – 6,0 mEq/L.
 - 2) Plasma (heparin) 3,4 – 4,5 mEq/L.
 - 3) Urine 24 jam 2,5 – 125 mEq/l.
 - c) *Klorida*.
 - 1) Tali pusat 96 – 104 mEq/L.
 - 2) Bayi baru lahir 97 – 110 mEq/L.

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

Menurut (pantiawati, 2021), tindakan medis keperawatan dari BBLR adalah :

- 1) Pemberian Vitamin K1
 - a. Injek 1 mg IM sekali pemberian

- b. Pre oral 2 mg sekali pemberian atau 1 mg 3 kali pemberian (saat lahir, umur 3 – 10 hari, dan umur 4 – 6 minggu).

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

Menuru (Manggiasih & jaya, 2016), penatalaksanaan dari BBLR yaitu :

1) Penanganan bayi

Semakin kecil bayi dan semakin premature bayi, maka semakin besar perawatan yang diperlukan, karena kemungkinan terjadi serangan sianosis lebih besar. Semua perawatan bayi harus dilakukan di dalam incubator.

2) Manajemen suhu tubuh

Bayi dengan berat lahir rendah, mempunyai kesulitan dalam mempertahankan suhu tubuh. Bayi akan berkembang secara memuaskan, asal suhu rectal dipertkwwk

ahankan antara 35,5 °C s/d 37 °C

Bayi berat lahir rendah harus diasuh dalam suatu suhu lingkungan dimana suhu normal tubuhnya dipertaruhkan dengan usaha metabolic yang minimal. Bayi berat rendah yang di rawat dalam suatu tempat tidur terbuka, juga memerlukan pengendalian lingkungan secara seksama. Suhu perawatan harus di atas 25°C, bagi bayi dengan berat sekitar 2000 gram, dan sampai 30°C untuk bayi dengan berat kurang dari 2000 gram.

3) Incubator

Bayi dengan berat badan lahir rendah, dirawat di dalam incubator. Prosedur perawatan dapat dilakukan malalui “ jendela” atau lengan baju”

sebelum memasukkan bayi ke dalam inkubator, incubator terlebih dahulu dihangatkan, sampai sekitar 29,4°C, untuk bayi dengan berat 1,7 kg dan 32,2°C. Bayi dirawat dalam keadaan telanjang, hal ini memungkinkan pernafasan yang adekuat, bayi dapat bergerak tanpa dibatasi pakaian, observasi terhadap pernafasan lebih mudah.

4) Pemberian oksigen

Ekspansi paru yang buruk merupakan masalah serius bagi bayi preterm BBLR, akibat tidak adanya alveolo dan surfaktan. Konsentrasi O₂ yang diberikan sekitar 30 -35 % dengan menggunakan *head box*, konsentrasi O₂ yang tinggi dalam masa yang Panjang akan menyebabkan kerusakan pada jaringan retina bayi yang dapat menimbulkan kebutaan.

5) Pencegahan infeksi

Bayi preterm dengan berat rendah, mempunyai system imunologi yang kurang berkembang, ia mempunyai sedikit atau tidak memiliki ketahanan terhadap infeksi. Untuk mencegah infeksi, perawatan harus menggunakan gaun khusus, cuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi.

6) Pemberian makanan

Pemberian makanan secara dini dianjurkan untuk membantu mencegah terjadinya hipoglikemia dan hiperbillirubin. ASI merupakan pilihan pertama, dapat di berikan melalui kateter (*sonde*), terutama pada bayi yang reflek hisap dan menelannya lemah. Bayi berat lahir rendah secara relative memerlukan lebih banyak kalori, dibandingkan dengan bayi premature.

Petunjuk untuk volume susu yang diperlukan

Tabel 2.1 volume susu

Umur / Hari	Jumlah ml / kg BB
1	50 – 65
2	100
3	125
4	150
5	160

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Pengertian

Nyeri merupakan suatu subjek pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang timbul ketika jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri (Sulistyo, 2013).

Nyeri merupakan mekanisme protektif yang dimaksudkan untuk menimbulkan kesadaran telah atau akan terjadi kerusakan jaringan (Pinandita, 2012).

1. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan kedalam beberapa golongan berdasarkan pada durasi, asal nyeri, dan lokasi nyeri.

2. Klasifikasi nyeri berdasarkan durasi

Nyeri akut, adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Andarmoyo, 2013).

3. Nyeri kronik, adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu, nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari enam bulan (Andarmoyo, 2013).

4. Klasifikasi nyeri berdasarkan asal

1) Nyeri Nosiseptif, (*nociceptive pain*) merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensitisasi nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain-lain (Andarmoyo, 2013).

2) Nyeri Neuropatik, merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral. Nyeri ini lebih sulit diobati. Pasien akan mengalami nyeri seperti rasa terbakar, tingling, shooting, shock like, hypergesia, atau allodynia (Andarmoyo, 2013).

5. Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasi

Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasinya (Andarmoyo, 2013) dibedakan sebagai berikut.

- 1) *Superficial* atau *Kutaneus*, adalah nyeri yang disebabkan stimulasi kulit. Karakteristik dari nyeri berlangsung sebentar dan terlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam. Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi.
- 2) *Viseral Dalam*, adalah nyeri yang terjadi akibat stimulasi organ-organ internal. Karakteristik nyeri bersifat difus dan dapat menyebar ke beberapa arah. Contohnya sensasi pukul (*crushing*) seperti angina pectoris dan sensasi terbakar seperti pada ulkus lambung.
- 3) Nyeri Alih (*Referred Pain*), merupakan fenomena umum dalam nyeri viseral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Contoh nyeri terjadi pada infark miokard, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri; batu empedu, yang dapat mengalihkan nyeri ke selangkangan.

2.2.2 Etiologi

Penyebab nyeri akut agen pencendra fisiologi (misalnya : inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencendra kimiawi (Misalnya : terbakar, bahan kimia iritasi), agen pencendra fisik (Misalnya : abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasional, trauma, Latihan fisik berlebih) (SDKI, 2018). Nyeri akut pada BBLR disebabkan oleh tindakan invasif.

Nyeri adalah ketidak nyamanan yang diterima bayi karena adanya pengalaman sensori dan emosional yang kurang menyenangkan terkait kerusakan jaringan setelah dilakukan tindakan invasif (Vu-Ngoc, 2020).

Nyeri pada tiap usia akan memberikan reaksi yang berbeda, bayi yang masih berusia 0-3 bulan masih belum mampu mengucapkan kalimat verbal namun akan memberikan respon melalui ekspresi wajah yang mengkerutkan dagu dan alis, mata tertutup, mulut membuka serta tangisan yang keras dan melengking (Dewi, 2020). Apabila nyeri pada bayi tidak segera ditangani, maka akan menimbulkan efek peningkatan irama jantung, pernafasan lebih cepat, penurunan saturasi (SPO2), kemerahan, meningkatkan tekanan intracranial, dan berdampak pada psikologis anak. Oleh sebab itu, intervensi keperawatan non farmakologis dapat meminimalkan nyeri pada bayi terutama saat dilakukan tindakan perawatan di rumah sakit.

Asuhan keperawatan yang dapat diberikan kepada BBLR yaitu sesuai dengan masalah yang dialami oleh klien, masalah yang sering muncul pada BBLR yaitu nyeri akut pada saat tindakan invasif dilakukan.

2.3 Konsep Implementasi *swaddling* pada BBLR

2.3.1 Pengertian *Swaddling*

Swaddling adalah *Swaddling* adalah teknik membedong bayi sehingga bayi merasa hangat dan tenang saat dibedong. *Swaddling* membungkus bayi dengan selimut atau kain serupa sehingga gerakan anggota tubuh dibatasi dengan ketat. Pembedong sering digunakan untuk lebih membatasi bayi. *Swaddling* bisa menjaga bayi supaya terhindar dari rasa nyeri yang berlebihan serta membantu bayi untuk meminimalkan terjadinya laju kehilangan kalori yang mengakibatkan peningkatan eksresi katekolamin

dan kortisol dan mengurangi faktor yang memicu komplikasi berlanjut pada bayi. Metode *swaddling* merupakan metode non farmakologis yang efektif untuk mengurangi nyeri, mengurangi lama menangis bayi, menstabilkan respon fisiologis selama prosedur heel prick (Erkut & Yildiz, 2017).

2.3.2 Tujuan *Swaddling*

Tindakan ini bertujuan agar bayi terhindar dari rasa nyeri yang berlebihan serta membantu bayi untuk meminimalkan terjadinya kehilangan kalori yang mengakibatkan peningkatan ekskresi katekolamin dan kortisol dan mengurangi faktor yang memicu komplikasi berlanjut pada bayi. Metode *swaddling* merupakan metode nonfarmakologis yang efektif untuk mengurangi nyeri, mengurangi lama menangis bayi, menstabilkan respon fisiologis selama prosedur heel prick (Erkut & Yildiz, 2017).

2.3.3 Manfaat *Swaddling*

Teknik *swaddling* dapat bermanfaat untuk mengurangi nyeri akibat dari tindakan invasif yang diberikan pada bayi BBLR sehingga nyeri yang dirasakan pada bayi dapat berkurang. Supaya bayi tidur dengan nyenyak, bayi menjadi lebih tenang, mengurangi tangisan karena stres dan memudahkan pada saat tindakan invasive (Sarzani, 2020).

2.3.4 Evidence Based Terapi *swaddling*

Hasil penelitian sarzani (2020) yang dilakukan di ruang perinatologi level 2 RSUP RSUP FATMAWATI, Jakarta Selatan *swaddling* merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologis yang efektif untuk meminimalkan skala nyeri pada bayi

BBLR atau Neonatus pada saat tindakan invasif. *Swaddling* pada saat tindakan invasif seperti pengambilan darah pemasangan IV *line* dan *stopper*. Pembedongan sangat penting setelah penusukan pertama, yang mana tangisan bayi lebih pendek, waktu terbangun lebih singkat serta perubahan tidur bayi lebih sedikit setelah dilakukan penusukan.

Hasil penelitian dari Eva Oktaviani, Bambang Soewito dan Tri Ulfa Amelda (2022) yang di lakukan di ruang Melati RSUD Dr Sobirin Kabupaten Musi Rawas dapat didemonstrasikan menggunakan metode membedong bayi setelah mengatur infus agar segera kembali ke titik awal dan meningkatkan saturasi oksigen bayi. Hasil dari subjek pertama dengan skor kategori “skala nyeri ringan” sebanyak dua dan subjek kedua dengan skor kategori “skala nyeri ringan” sebanyak dua. Salah satu reaksi stres akibat prosedur invasif pada bayi adalah peningkatan frekuensi denyut nadi dan penurunan saturasi oksigen (Bellieni, 2012). Nyeri akan mengaktifkan belahan otak kanan untuk memicu pelepasan hormon (corticosteroids, vasopressin, dan oxytocin), meningkatkan detak jantung, dan mengaktifkan mekanisme energetik (Ozawa, dkk 2011). Perubahan fisiologis ini berfungsi sebagai respons tubuh terhadap bahaya.

2.3.5 Prosedur Tindakan Keperawatan *Swaddling*

1. Persiapan Alat

- 1) Popok Bersih
- 2) Kapas bersih yang basah / tissue basah
- 3) Tempat sampah medis

- 4) Kain bedong
- 5) Peniti jika perlu

2. Tahap Prainteraksi

- 1) Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada
- 2) mencuci tangan
- 3) menempatkan alat didekat pasien dengan benar

3. Tahap Orientasi

- 1) Menjelaskan tujuan tindakan
- 2) Menjelaskan prosedur tindakan
- 3) Menjelaskan keuntungan tindakan
- 4) Menjelaskan risiko yang mungkin terjadi
- 5) Pastikan keluarga telah mengerti
- 6) Persetujuan tindakan (lisan)

4. Tahap Kerja

- 1) Atur posisi pasien yang aman dan nyaman
- 2) Cuci tangan dan memakai handscoon
- 3) Memeriksa suhu tubuh bayi
- 4) Memeriksa bayi terlebih dahulu apakah bayi BAB atau BAK, Bila ya ganti popok dengan yang bersih
- 5) Siapkan bedong yang bersih lalu membedong bayi atau *down up down*
- 6) Membuat segitiga kecil pada salah satu ujung bedong
- 7) Menempatkan bayi pada salah satu ujung bedong

- 8) Meluruskan tangan bayi dengan lembut (kanan) sejajar dengan tubuh
 - 9) Menarik ujung bedong sebelah kanan dan masukkan kebagian bawah bokong bayi
 - 10) Bila bedong panjang, lipatan bagian kaki kearah dada
 - 11) Meluruskan tangan kiri sejajar dengan tubuh dan selanjutnya menarik ujung kiri bedong
 - 12) Masukkan kebagian bawah bokong bayi
 - 13) Membaringkan bayi ke box
 - 14) Mencuci tangan
5. Tahap Terminasi
- 1) Melakukan evaluasi tindakan
 - 2) Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
 - 3) Berpamitan dengan klien
 - 4) Membersikan alat
 - 5) Mencuci tangan
 - 6) Mencatat kegiatan dalam lembar

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut Hidayat, dkk (2016). Konsep asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada klien di bagian tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti dari keperawatan. Proses keperawatan merupakan suatu tahapan tindakan yang ditunjukkan untuk memenuhi tujuan

keperawatan, yang meliputi mempertahankan keadaan kesehatan yang optimal, apabila keadaan tidak optimal membuat suatu jumlah dan kualitas. Tindakan keperawatan terhadap kondisi klien kembali keadaan normal. Proses keperawatan di kelompokkan menjadi lima tahapan yaitu :

1. Pengkajian keperawatan
2. Diagnosa keperawatan
3. Intervensi keperawatan
4. Implementasi keperawatan
5. Evaluasi keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Menurut Hidayat (2016) pengkajian adalah langkah awal dari tahapan proses keperawatan, yang harus memperhatikan data dasar dari pasien untuk mendapatkan informasi yang diharapkan. Pengkajian dilakukan pada (individu, keluarga, komunitas) terdiri dari data objektif dan pemeriksaan diagnostik serta sumber lain. Pengkajian individu terdiri dari riwayat kesehatan (data subjektif) dan pemeriksaan fisik (data objektif).

Pengkajian keperawatan merupakan unsur dasar pemikiran dalam memberika Asuhan Keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu.

Isi format Pengkajian pada pasien BBLR yaitu :

1) Biodata klien

a. Identitas

Nama : Berupa nama lengkap sebagai identitas diri agar tidak terjadi kekeliruan dalam memberi asuhan.

Umur : Digunakan untuk penilaian klinis yang disesuaikan dengan umur.

Tanggal lahir : Digunakan untuk data penunjang klinis

Jenis kelamin : Diperlukan sebagai penilaian data pemeriksaan klinis.

2) Biodata orang tua

a. Identitas

Nama : Sebagai penanggung jawab klien atau orang tua klien.

Umur : Sebagai identitas tambahan yang menggambarkan.

Pendidikan : Sebagai data tambahan untuk melengkapi data.

Pekerjaan ortu : Sebagai data tambahan.

Agama dan suku : Untuk memberi dorongan spiritual yang sesuai dengan kepercayaan yang dianut.

Alamat : Beri alamat lengkap agar mudah untuk di hubungi apabila ada kepentingan.

3) Keluhan Utama

Menangis lemah, reflek menghisap lemah, bayi kedinginan atau suhu tubuh rendah, berat badan kurang dari 2500gr.

4) Keluhan Saat Ini

Lahir spontan, SC, umur kehamilan antara 24 sampai 37 minggu, berat badan kurang atau sama dengan 2.500 gram, apgar pada 1 sampai 5 menit, 0 sampai 3 menunjukkan kegawatan yang parah, 4 sampai 6 kegawatan sedang, dan 7-10 normal.

5) Riwayat Penyakit Dahulu

Ibu memiliki riwayat kelahiran prematur, kehamilan ganda, Hidramnion.

a. Prenatal

Keluhan saat hamil, tempat ANC, kebutuhan nutrisi saat hamil, usia kehamilan (preterm, aterm, post term), kesehatan saat hamil dan obat yang diminum.

b. Natal

Tindakan persalinan (normal atau caesar), tempat bersalin, obat-obatan yang digunakan.

c. Post natal

Kondisi kesehatan, apgar score, Berat badan lahir, panjang badan lahir, anomaly kongenital.

d. Penyakit waktu kecil

e. Pernah dirawat di rumah sakit

Penyakit yang diderita, respon emosional.

f. Obat-obatan yang digunakan (pernah/sedang digunakan)

Nama obat dan dosis, schedule, durasi, alasan penggunaan obat.

g. Alergi

Reaksi yang tidak biasa terhadap makanan, binatang, obat, tanaman, produk rumah tangga.

6) Riwayat Maternal

Umur ibu dalam resiko kehamilan (< 16 thn atau > 35 thn), Kehamilan ganda (gameli) status ekonomi rendah, malnutrisi dan ANC kurang. Adanya riwayat kelahiran prematur sebelumnya, Infeksi: TORCH (Toxoplasma gondii, Rubella, cytomegalo virus herpes simplex virus) penyakit kelamin dll, kondisi kehamilan: toksemia gravidarum, KPD (Ketuban peca dini) plasenta previa dll, penggunaan narkoba, alkohol, rokok.

7) Pemeriksaan fisik

1. Kepala : kemungkinan ditemukan caput succedaneum atau cephal haematom, ubun-ubun besar cekung atau cembung kemungkinan adanya peningkatan tekanan intrakranial.
2. Telinga : perhatikan kebersihannya dan adanya kelainan.
3. Mata : sulit membuka, ikterik, warna conjungtiva anemis atau tidak anemis, warna sklera tidak kuning, pupil menunjukkan refleksi terhadap cahaya.
4. Hidung : terdapat pernafasan cuping hidung dan terdapat penumpukan lender.
5. Mulut : bibir berwarna pucat ataupun merah, ada lendir atau tidak.
6. Leher : gerak leher lemah,

7. Dada :
- a. Sistem kardiovaskuler Nadi: 120-160 x/menit, Saat lahir mungkin terdapat murmur, indikasi adanya shunt ke kiri dan tekanan paru yang masih tinggi atau adanya *Atelektasis*.
 - b. Pernafasan *Takipnea* sementara dapat dilihat, khususnya setelah kelahiran *Sectio caesaria* atau persentasi bokong. Pola nafas diafragmatik dan abdominal dengan gerakan sinkron dari dada dan abdomen, perhatikan adanya sekret yang mengganggu pernafasan, mengorok, pernafasan cuping hidung
8. Integumen : Kemerahan, Kulit tipis, transparan, halus dan licin, *Vernix caseosa* sedikit dengan lanugo banyak, Terdapat edema umum atau lokal, Kuku pendek, Rambut sedikit dan halus, Garis tangan sedikit dan halus.
9. Aktivitas : lemah, gerak kurang aktif, lemas.
10. Abdomen : Abdomen menonjol, pengeluaran mekonium: 12-24 jam refleks hisap lemah, koordinasi mengisap dan menelan lemah, anus: paten, jika tidak pertanda kelainan kongenital, berat badan kurang 2500gr.
11. Ektremitas : warna biru, gerakan lemah, akral dingin, perhatikan adanya patah tulang atau adanya kelumpuhan syaraf atau keadaan jari-jari tangan serta jumlahnya, kuku belum mencapai ujung jari, tulang rawan telinga belum berkembang, telinga

halus dan lunak, tulang kepala dan tulang rusuk lunak

12. Anus : perhatikan adanya darah dalam tinja, frekuensi buang air besar serta warna dari feses.

13. Genetalia : labia mayora belum menutupi labia minora untuk wanita , laki – laki testis terdapat dalam abdomen, konalis langunilis atau skrotum.

14. Refleks

- a) *Reflek Morrow* adalah timbul oleh rangsangan mendadak/mengejutkan. Bayi akan mengembangkan tangannya ke samping dan melebarkan jari-jari kemudian tangannya ditarik kembali dengan cepat. Reflek ini akan mereda 1 atau 2 minggu dan hilang setelah 6 bulan.
- b) *Reflek Rooting* (reflek mencari) Kepala bayi akan berpaling memutar ke arah asupan dan mencari puting susu dengan bibirnya. Reflek ini berlanjut sementara bayi masih menyusu dan menghilang setelah 3- 4 bulan.
- c) Reflek Menghisap (Sucking) Ditimbulkan oleh rangsangan pada daerah mulut atau pipi bayi dengan puting/jari tangan. Bibir bayi akan maju ke depan dan lidah melingkar kedalam untuk menyedot. Menghilang saat bayi berusia 2-3 bulan.
- d) Reflek Menggenggam Timbul bila kita menggoreskan jari melalui bagian dalam atau meletakkan jari kita pada telapak tangan bayi. Jari-jari bayi akan melingkar ke dalam seolah

memegangi suatu benda dengan kuat. Reflek ini menghilang umur 3-4 bulan.

- e) *Tonic Neck Reflek* merupakan reflek mempertahankan posisi leher/kepala. Timbul bila kita membaringkan bayi secara terlentang. Kepala bayi akan berpaling ke salah satu sisi sementara ia berbaring terlentang. Lengan pada sisi kemana kepalanya berpaling akan terlentang lurus keluar, sedangkan tangan lainnya dilipat. Reflek ini sangat nyata pada 2-3 bulan dan hilang sekitar 4 bulan.
- f) *Reflek Gallant* ditimbulkan dengan menggosok satu sisi punggung sepanjang garis paravertebratal 2-3 cm dari garis tengah mulai dari bahu hingga bokong. Reflek ini secara normal akan hilang setelah 2-3 bulan.
- g) *Stepping Reflek* akan timbul ketika kita memegangi bayi pada posisi berdiri dan sedikit menekan. Bayi akan mengangkat kakinya secara bergantian seakan-akan berjalan. Reflek ini terlihat setelah 1 minggu dan akan menghilang setelah 2 bulan.
- h) *Swallowing Reflek* adalah reflek gerakan menelan bendabenda yang didekatkan ke mulut, memungkinkan bayi memasukkan makanan ada secara permainan tapi berubah sesuai pengalaman. Terjadi mulai : usia 0-3 bulan, penyebab : ada benda yang masuk ke mulutnya, maka akan segera dia

hisap, lalu dia telan. Reflek ini tidak akan hilang, namun leat usia 3 bulan bayi sudah menghisap secara sadar. Waspada jika tidak ada reflek, kemungkinan ada kelainan pada susunan ketika kita memasukkan puting susu atau dot dan bayi mulai menghisap kemudian menelan.

15. Pemeriksaan khusus

APGAR SKORE

Nilai APGAR menurut Maryunani (2014) dapat membantu untuk menilai keseriusan dari depresi bayi baru lahir yang terjadi serta langkah segera diambil Jumlah nilai seluruhnya didapat dengan cara mengevaluasi kelima tanda. Yaitu :

A : *Appearance* (penampakan/kelainan warna)

P : *Pulse* (nadi atas detak jantung)

G : *Grimance* (ringisan atau respon wajah bayi ketika kakinya disentuh)

A : *Activity* (aktivitas tonus otot lengan dan kaki)

R : *Respiration* (pernapasan)

15) Pemeriksaan Penunjang

- a) Pemeriksaan skor ballard.
- b) Tes kocok (*shake test*), dianjurkan untuk bayi kurang bulan.
- c) Darah rutin, glukosa, kalua perlu dan tersedia fasilitas di periksa kadar elektrolit dan Analisa gas darah.

- d) Foto dada atau pun baby gram di perbolehkan pada bayi baru lahir dengan umur kehamilan kurang bulan dimulai pada umur 8 jam atau di dapat untuk diperkirakan akan terjadi sindrom gawat nafas.
- e) USG kepala terutama pada bayi dengan umur kehamilan.

16) Pengkajian Nyeri Neonatus

Pada pengkajian nyeri untuk neonates diperlukan tindakan yang tepat dan dilakukan secara sistematis. Penilaian pada nyeri neonates sulit dan berbeda dengan pengkajian pada anak dan remaja karena membutuhkan pengukuran yang objektif.

Skala nyeri bayi neonatus sejak lahir sudah bisa mempersepsikan dan bereaksi terhadap nyeri. Persepsi nyeri neonates sudah bisa diterima sejak lahir dan sudah bisa mengenali dan merepson rangsangan nyeri.

a. NIPS

NIPS merupakan skala pengukuran nyeri pada bayi mencakup 7 skor kategori nyeri yaitu skor 0 (bebas nyeri), 1 - 2 (nyeri ringan), 3 - 4 (nyeri sedang), 5 - 7 (nyeri berat). Skala NIPS dapat digambarkan sebagai berikut : Tabel 2.2 Skala Nyeri NIPS.

Tabel 2.2 Skala Nyeri NIPS

No	Parameter	Kondisi	Skor
1	Ekspresi wajah	Rileks	0
		Meringis	1
2	Tangisan	Tidak menangis	0
		Menangis	1
		Menangis keras	2
3	Pola Nafas	Rileks	0
		Perubahan pola nafas	1
4	Tungkai	Rileks	0
		Fleksi/ ekstensi	1
5	Keadaan terangsang	Tidur/ bangun	0
		Gelisah	1

Sumber : Budiman (2016)

Dari ketiga alat ukur nyeri diatas dalam studi kasus ini akan digunakan alat ukur nyeri NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) dimana studi kasus akan mengkaji terkait nyeri bayi 0-6 bulan pada saat dilakukan imunisasi.

b. Alat pengkajian nyeri FLACC

Merupakan skala interval yang mencakup lima kategori perilaku: ekspresi muka (*Face*), gerakan kaki (*Leg*), aktivitas (*Activity*), menangis (*Cry*), dan kemampuan dihibur (*Consolability*). Alat ini mengukur nyeri dengan mengobservasi perilaku nyeri yaitu pada rentang skor dari 0-2, dan setelah dijumlahkan maka total skor antara 0 (tidak ada perilaku nyeri) sampai 10 (perilaku paling nyeri)(Hockenberry & Wilson, 2007).

Tabel 2.3 Skala Nyeri Perilaku FLACC

Face	0 Tidak ada ekspresi yang khusus atau senyum	1 Kadang-kadang meringis atau mengerutkan dahi, menarik diri	2 Sering mengerutkan dahi secara terus menerus, mengatupkan rahang, dagu bergetar
Legs	0 Posisi normal atau rileks	1 Tidak tenang, gelisah, tegang	2 Menendang, atau menarik kaki
Activity	0 Berbaring tenang, posisi normal, bergerak dengan mudah	1 Menggeliat-geliat, bolak-balik berpindah, tegang	2 Melengkung, kaku, atau menyentak
Cry	0 Tidak menangis (terjaga atau tidur)	1 Merintih atau merengek, kadangkala mengeluh	2 Menangis terus-menerus, berteriak atau terisak-isak, sering mengeluh
Consolability	0 Senang, rileks	1 Ditenangkan dengan sentuhan sesekali, pelukan atau berbicara, dapat dialihkan	2 Sulit untuk dihibur atau sulit untuk nyaman

Sumber : (Karundeng, 2023).

c. *Riley Infant Pain Scale (RIPS)*

Alat pengkajian ini digunakan untuk mengkaji nyeri pada bayi, dan

diadaptasi dari *Pain Rating Scale*. Terdapat enam parameter yang digunakan untuk mengevaluasi nyeri pada bayi yaitu ekspresi wajah (*facial*), gerakan tubuh (*body movement*), tidur (*sleep*), verbal/sentuhan (*verbal/touch*), kemampuan untuk dihibur (*consolability*), dan respon terhadap gerakan/sentuhan (*response to movements/touch*). Rentang skor dari 0-3 dan setelah dijumlahkan, maka skor minimum adalah 0 dan skor maksimum adalah 18. Semakin tinggi skor menunjukkan semakin nyeri.

Tabel 2.4 Skala Nyeri Perilaku RIPS

Parameter		Skor		
Ekspresi Wajah	Netral atau senyum	Mengerutkan atau meringis	Mengatupkan gigi	Menangis
	Rileks dan Tenang	Gelisah	Agitasi sedang atau mobilitas sedang	Agitasi dengan memukul yang tak henti-hentinya atau immobilitas yang disadari
Tidur	Tidur Dengan Tenang Dan bernafas mudah	Gelisah ketika Tidur	Tidur sebentar dan mudah terjaga saat tidur	Tetap tidur untuk memperpanjang waktu yang diganggu oleh gerakan yang tiba-tiba atau tak mampu untuk tidur

Verbal/vokal	Tidak menangis	Merengek atau mengeluh	Tangisan nyeri	Berteriak keras dan menangis
Kemampuan untuk dihibur	Netral	Mudah untuk dihibur	Tidak mudah untuk dihibur	Tidak dapat dihibur
Respons terhadap gerakan/sentuhan	Bergerak mudah	Menggerenyit(menarik tubuh) saat disentuh atau digerakkan	Menangis ketika disentuh atau digerakkan	Menangis keras atau berteriak ketika disentuh atau digerakkan

Sumber: (Karundeng, 2023).

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien BBLR menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017).

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan dispnea.
2. Hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah ditandai dengan suhu tubuh di bawah nilai normal.
3. Risiko infeksi ditandai dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer, kerusakan integritas kulit, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya.
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan.
5. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendra fisik.

2.4.3 Rencana Keperawatan

Tabel 2.5 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan (SDKI,2017)	Rencana Keperawatan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SKLI, 2019)	Intervensi Keperawatan (SIKI, 2018)
1.	<p>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan dispnea</p> <p>Tanda Mayor S: 1. Dispnea O: 1. Penggunaan otot bantu pernapasan 2. Fase ekspirasi memanjang 3. Pola napas amdomen</p> <p>Tanda Minor S: 1. Ortopnea O: 1. Pernapasan <i>cuping</i> hidung</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan</p> <p>SLKI : POLA NAPAS (L01004)</p> <p>a.Pertahankan pada level... b.Ditingkatkan pada level...</p> <p>Deskripsi level :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ventilasi semenit 1/2/3/4/5 2. Dispnea 1/2/3/4/5 3. Penggunaan oto bantu napas 1/2/3/4/5 4. Frekuensi napas 1/2/3/4/5 	<p>INTERVENSI UTAMA SIKI:MANAJEMEN JALAN NAPAS (I.01012)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> 2. Posisikan <i>semi fowler</i> 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada 5. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik 6. Berikan oksigen <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2. Anjurkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>

2.	<p>Hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah ditandai dengan suhu tubuh di bawah nilai normal</p> <p>Tanda Mayor S: - O: 1. Kulit teraba dingin 2. Menggigil 3. Suhu tubuh di bawah nilai normal</p> <p>Tanda Minor S:- O: 1. Akrosianosis 2. Bradikardi 3. Hipoglikemia 4. Hipoksia 5. Konsumsi oksigen meningkat 6. Takikardi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan</p> <p>SLKI: TERMOREGULASI (L.14134) a. Pertahankan pada level... b. Ditingkatkan pada level... Deskripsi level : 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan Dengan kriteria hasil: 1. Menggigil 1/2/3/4/5 2. Pucat 1/2/3/4/5 3. Suhu tubuh 1/2/3/4/5 4. Suhu kulit 1/2/3/4/5</p>	<p>INTERVENSI UTAMA SIKI:MANAJEMEN HIPOTERMIA (I.14507)</p> <p>Observasi 1. Monitor suhu tubuh 2. Identifikasi penyebab hipotermia 3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia</p> <p>Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang hangat 2. Ganti pakaian dan line yang basah 3. Lakukan penghangatan pasif 4. Lakukan penghangatan aktif eksternal 5. Lakukan penghangatan aktif internal</p> <p>Edukasi 1. Anjurkan makan atau minum yang hangat</p>
3.	<p>Risiko infeksi Ditandai dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer, kerusakan integritas kulit, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan</p> <p>SLKI : TINGKAT INFEKSI (L.14137) a.Pertahankan pada level... b.Ditingkatkan pada level... Deskripsi level : 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang</p>	<p>INTERVENSI UTAMA SIKI:MANAJEMEN IMUNISASI/VAKSINASI (I.14508)</p> <p>Observasi 1. Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi 2. Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi 3. Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan</p>

		<p>4. Cukup meningkat</p> <p>5. Meningkat</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan badan 1/2/3/4/5 2. Kemerahan 1/2/3/4/5 3. Nyeri 1/2/3/4/5 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan suntukan pada bayi di bagian paha anterolateral 2. Dokumentasikan informasi vaksinasi 3. Jelaskan imunisasi pada interval waktu yang tepat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal, dan efek samping 2. Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah 3. Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah 4. Informasikan vaksin untuk kejadian khusus 5. Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan penyedia layanan pecan imunisasi nasional yang menyediakan vaksin gratis
4.	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan</p> <p>Tanda mayor O: - S:</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan</p> <p>SLKI : STATUS NUTRISI (L.03030) a.Pertahankan pada level...</p>	<p>INTERVENSI UTAMA SIKI: MANAJEMEN NUTRISI (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

	<p>1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal</p> <p>Tanda minor</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram atau nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot mengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membrane mukosa pucat 5. Sariaan 6. Serum albumin turun <p>diare</p>	<p>b.Ditingkatkan pada level...</p> <p>Deskripsi level</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot menelan 1/2/3/4/5 2. Berat badan Membaik (5) 3. Indeks massa tubuh (IMT) 1/2/3/4/5 3. Nafsu makan 1/2/3/4/5 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 4. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein 6. Hentikan pemberian makanan malalui nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Anjurkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jmlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan
--	--	---	---

5.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisik</p> <p>Tanda Mayor</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri. <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. berikan protektif 3. gelisah 4. frekuesnsi nadi meningkat 5. sulit tidur <p>Tanda Minor</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan</p> <p>SLKI : TINGKAT NYERI (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pertahankan pada level... b. Ditingkatkan pada level... <p>Deskripsi level :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Freukuensi nadi 1/2/3/4/5 2. Keluhan nyeri 1/2/3/4/5. 3. Meringis 1/2/3/4/5 4. Gelisah 1/2/3/4/5 	<p>INTERVENSI UTAMA SIKI:MENEJEMEN NYERI (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karateristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi skala nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor efek samping pemberian anlgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis seperti <i>swaddling</i> (Sarzani, 2020) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemulihan strategi meredakan nyeri
----	---	--	---

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. jelaskan teknik non farmakologis meredakan nyeri <p>1. Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik
--	--	--	--

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2016).

2.4.5 Evaluasi keperawatan

Menurut nursalam (2016), evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu :

1. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (subjektif, objektif, assessment, perencanaan)

2. Evaluasi formatif

Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi aktif dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (Subjektif, objektif, assement, Perencanaan).

Teknik pelaksanaan SOAP :

- a. *S (Subjektif)* adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
- b. *O (Objektif)* adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilain, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- c. *A (Assement)* adalah membandingkan antar informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi, teratasi sebagian dan masalah teratasi.
- d. *P (Planning)* adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Rencana Studi Kasus

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus (*case study*). Penelitian ini dilakukan dengan tujuan menerapkan teknik *swaddling* (Pembedongan) pada bayi dengan berat lahir rendah serta untuk melihat adanya penurunan skala nyeri saat tindakan invasif sebelum dan sesudah dilakukan teknik *swaddling* pada bayi dengan berat lahir rendah di Wilayah Kerja RSUD Rejang Lebong.

Gambaran penelitian ini meliputi data pengkajian, diagnose, perencanaan (Nursing Plain), Implementasi, evaluasi tersajikan dalam bentuk naratif, Tindakan ini menggambarkan pelayanan asuhan keperawatan Yang diberikan pada klien dengan menerapkan evidence based practice salah satu hasil penelitian yaitu pengaruh pemberian teknik *swaddling* terhadap penurunan tingkat nyeri terhadap tindakan invasif pada pasien BBLR dan evaluasi disajikan dalam catatan perkembangan (Nursing Progress) menggambarkan perkembangan klien sejak dilakukan asuhan keperawatan oleh penulis hingga terakhir melakukan asuhan keperawatan.

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek pada penelitian ini adalah pasien Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Mawar RSUD Rejang Lebong.

3.3 Fokus Studi Kasus

Penerapan metode *swaddling* untuk menghilangkan nyeri saat tindakan invasif pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Rawat Inap Mawar di Wilayah Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Rejang Lebong

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional digunakan pada tugas akhir ini adalah :

1. Pasien Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di RSUD Rejang Lebong yang di diagnosis BBLR oleh dokter penanggung jawab.
2. *Swaddling* adalah teknik pembedongan pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) untuk mengurangi nyeri pada pasien saat dilakukan tindakan invasif.
3. Nyeri merupakan suatu subjek pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang timbul Ketika jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri. Nyeri pada bayi sangat penting dilakukan karena pengendalian nyeri pada neonates merupakan salah satu indikator mutu pelayanan perkembangan yang berkualitas.
4. Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada klien di bagian tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti dari keperawatan. Proses keperawatan ini di kelompokkan menjadi lima tahapan yaitu Pengkajian keperawatan, Diagnosa

keperawatan, Intervensi keperawatan, Implementasi keperawatan,
Evaluasi keperawatan

3.5 Tempat dan Waktu

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Wilayah Kerja Ruang Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Rejang Lebong

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada tanggal 05 bulan Juni tahun 2023.

3.6 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara penyajian Observasi dan Wawancara.

3.7 Penyajian Data

Data akan disampaikan secara tekstual/narasi dan table.

3.8 Etika Penelitian

Pada studi kasus ini tetap dilakukan sesuai etika penelitian mulai dari pengumpulan data awal sampai evaluasi perkembangan pasien peserta. Etika yang dilakukan antara lain selalu melaksanakan *informed consent* setiap akan dilakukan tindakan pada pasien, serta tetap menjaga kerahasiaan dan martabat pasien.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA BY. Ny. M DENGAN BERAT BADAN

LAHIR RENDAH (BBLR) DI RUANG MAWAR

RSUD REJANG LEBONG

TAHUN 2023

4.1 Pengkajian

4.1.1 Identitas

A. Identitas Klien

1. Nama>Nama panggilan : By. Ny. M
2. Tempat tgl lahir/usia gestasi : Curup 05.06.2023/34 Minggu
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Pendidikan : -
6. Alamat : Kayu Manis
7. Tgl masuk : 05.06.2023
8. Tgl pengkajian : 05.06.2023
9. Diagnosa medik : BBLR (2000 gram)
10. Rencana Terapi : - Iufd D 10 150cc/24 jam
 - Inj vit k 1 amp
 - Oksigen nasal kanul 1 l/m
 - Gentamicin salep mata

Identitas Orang tua

1. Ayah

- a. Nama : Tn. S
- b. Usia : 40 Tahun
- c. Pendidikan : SMP
- d. Pekerjaan : Petani
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Kayu Manis

2. Ibu

- a. Nama : Ny. M
- b. Usia : 40 Tahun
- c. Pendidikan : SMP
- d. Pekerjaan : Petani
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Kayu Manis

3. Identitas keluarga kandung

Table 4.1 Identitas Keluarga Kandung

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Hubungan dengan Klien	Komplikasi Persalinan	Kondisi saat ini
1	An.R	Laki-laki	12 Th	Saudara kandung	Tidak ada	Baik

4.1.2 Riwayat kesehatan

A. Riwayat Kesehatan Sekarang

- 1) Keluhan Utama Saat Pengkajian :

Bayi di ruang mawar dalam inkubator dengan suhu inkubator 33°C, suhu bayi dalam incubator 36,7 °C, suhu bayi di luar incubator 36,6°C, dilakukan fusi tali pusat, tali pusat masih basah dan terbungkus kasa steril, refleks isap kuat, bayi terasa hangat, kulit bayi tampak kemerahan, BB 2000 gram, RR 37 x/m, SPO2 96% menggunakan oksigen, LK 27 cm, LD 28 cm, PB 43 cm, refleks isap bayi masih lemah, cuping hidung (+), dada retraksi (-), oksigen diberikan 1 l/menit melalui kanula hidung dan bayi terpasang infus di umbilicus dengan cairan D10% 150 ml/24 Jam.

2) Riwayat penyakit sekarang :

Bayi tersebut lahir secara spontan pada Jumat, 5 Juni 2023 pukul 11.40 WIB. di IGD RSUD Curup. Bayi lahir di IGD RSUD Curup, tidak langsung menangis (+), A/S 5/8, jenis kelamin perempuan, berat bayi 2000 gram, PB 43 cm, riwayat kehamilan G²P²A⁰, hamil 34 minggu dengan presentasi kepala .

B. Riwayat Kesehatan Lalu.

a. Prenatal Care

- 1) Ibu memeriksakan kehamilannya 6 kali selama kehamilan di posyandu, Keluhan pada kehamilan yang dirasakan ibu tidak ada hanya merasakan mual pada awal kehamilan .
- 2) Riwayat terkena radiasi : Tidak ada
- 3) Riwayat berat badan selama hamil : Meningkat
- 4) Riwayat imunisasi TT : Ny. M mengatakan dirinya disuntik TT pada usia kehamilan 21 minggu
- 5) Golongan darah : Tn. S : O dan Ny. M : O

b. Natal

- 1) Tempat melahirkan : Di UGD RSUD Curup
- 2) Jenis persalinan : Normal
- 3) Penolong persalinan : Bidan dan Perawat
- 4) Komplikasi yang dialami oleh ibu pada saat melahirkan dan setelah melahirkan: Tidak ada

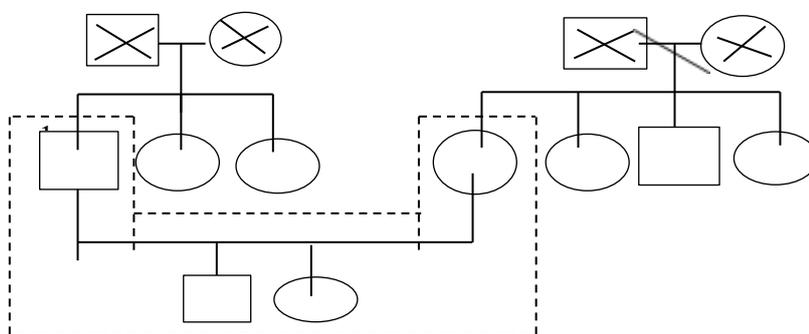
(Untuk semua usia)

- 1) Riwayat Kecelakaan : Tidak ada
- 2) Riwayat mengkonsumsi obat-obatan berbahaya tanpa anjuran dokter dan menggunakan zat atau substansi yang berbahaya: Tidak ada

c. Post Natal

1. Keadaan umum : Tampak Lemah
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Usia gestasi : 34 minggu

C. Genogram (Riwayat Keluarga)



Ket:

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

X : Meninggal

-----: Satu rumah

↖ : Pasien

4. Riwayat Immunisasi (imunisasi lengkap)

Table 4.2 Riwayat Imunisasi

NO	Jenis imunisasi	Waktu pemberian	Frekuensi	Reaksi setelah pemberian	Frekuensi
1.	BCG	Usia 1 bulan	-	-	-
2.	DPT (I,II,III)	Usia 6 bulan	-	-	-
3.	Polio (I,II,III,IV)	Baru lahir,2,3,4 bulan	-	-	-
4.	Campak	Usia 9 bulan	-	-	-
5.	Hepatitis	Usia 1 hari	-	-	-

D. Riwayat Tumbuh Kembang

1. Pertumbuhan Fisik

- a. Berat badan : 2000 gram
- b. Tinggi badan : 43 cm
- c. Lingkar dada : 28 cm
- d. Lingkar kepala : 27 cm
- e. Riwayat Nutrisi

E. Pemberian ASI : Pada hari pertama diberikan ASI 10 cc

F. Riwayat Psikososial Orang Tua

a. Perkembangan Interpersonal

- 1. Pengasuh : Kedua orang tuanya dan nenek
- 2. Dukungan sibling : keluarga selalu mendukung
- 3. Dukungan orang lain : Datang dari kerabat atau tetangga terdekat

4. Keterlibatan orang tua

- Berkunjung : ya

- Kontak mata : ya
- Menyentuh : ya
- PMK : -
- Berbicara : ya
- Mengggendong : ya
- Ekspresi wajah : Bahagia

b. Budaya Yang Dianut : Budaya indonesia

13. Riwayat Spiritual

1. Support sistem dalam keluarga : Keluarga selalu saling mendukung
2. Kegiatan keagamaan : Ayahnya dan ibunya sering mengikuti kegiatan pengajian di sekitar daerah tempat tinggal
3. Reaksi *Hospitalisasi*
 - a. Pengalaman keluarga tentang sakit dan rawat inap
 - 1) Ibu membawa anak yang di dalam kandungannya ke RS karena : Merasa perut nyeri seperti sudah ingin melahirkan
 - 2) Apakah dokter menceritakan tentang kondisi anak : Iya
 - 3) Perasaan orang tua saat ini : Cemas
 - 4) Orang tua selalu berkunjung ke RS : Iya, ayah klien berkunjung setiap hari dan ibu klien berkujung di hari ke 2 saat dirawat karena kondisi ibu klien yang sudah membaik.
 - 5) Yang akan tinggal dengan anak : Ibu, ayah, dan saudaranya
Pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap By.Ny.M belum paham tentang penyakitnya dan rawat inap di RS karena baru lahir

Tabel 4.3 Aktivitas Sehari-hari

No.	Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
1.	Nutrisi a. Selera makan	–	–
2.	Cairan a. Jenis minuman b. Frekuensi minum c. Kebutuhan cairan		Susu Formula 20-30cc/3 jam ASI 10-20cc/3jam
3.	Eliminasi (BAB & BAK) a. Tempat pembuangan b. Frekuensi c. Konsistensi d. Kesulitan e. Obat pencahar		Pempes BAK 6x/hari BAB 2x/ hari Lembek kehitaman Tidak ada Tidak ada
4.	Istirahat tidur a. Jam tidur Siang Malam b. Pola tidur c. Kebiasaan sebelum tidur		1-6 jam 4-8 jam Tidak teratur Tida ada
5.	Personal Hygine a. Mandi b. Cuci rambut c. Gunting kuku d. Gosok gigi		Hanya dilap Belum pernah Belum pernah Belum pernah

4.1.3 Pemeriksaan Fisik Neonatus

1. Keadaan umum : Cukup baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Usia gestasi/usia kronologis : 34 minggu/1 hari
5. Tanda – tanda vital

- a. Tekanan darah : -
 - b. Denyut nadi : 135 x/menit
 - c. Suhu : 36,7°C
 - d. Pernapasan : 37 x/menit
 - e. SpO2 : 96% terpasang oksigen
6. Berat Badan : 2000 gram
7. Panjang badan : 43 cm

Kepala/Leher

- 1. Tanda lahir : Tidak ada
- 2. Turgo Kulit : Elastis
- 3. Suhu Kulit : Hangat
- 4. Lingkar kepala : 27 cm
- 5. Fontanel anterior : Belum tertutup
- 6. Sutura sagitalis : Tepat
- 7. Gambaran wajah : simetris
- 8. Caput succedaneum : tidak ada
- 9. Cephalhematom : tidak ada

Kulit

- 1. Warna kulit : Kemerahan dan kulit terlihat tipis sehingga pembuluh darah terlihat jelas
- 2. Sianosis : Tidak ada

3. Kemerahan : Tidak ada kemerahan dan tidak ada edema
4. Tanda lahir : Tidak ada
5. Turgor kulit : Elastis
6. Suhu kulit : Pada saat diluar inkubator 36,6°C, dimasukkan kedalam inkubator yaitu 36,7°C
7. Lanugo : Sedikit

Mata

Inspeksi

1. Pelpebra : Tidak ada radang dan edema
2. Sclera : Anikterik
3. Conjungtiva : Ananemis
4. Pupil : Isokor
5. Posisi mata : Simetris
6. Gerakan bola mata : simetris tidak ada strabismus
7. Penutupan kelopak mata : simetris
8. Keadaan bulu mata : Merata
9. Penglihatan : Normal

Hidung

1. Inspeksi
Posisi hidung : Normal

- Bentuk hidung : simetris
- Keadaan septum : terletak di tengah, membatasi bagian kanan dan kiri
- Secret/cairan : Tidak ada
2. Data lain : Terpasang nasal canul 1 l/m

Telinga

Inspeksi

1. Posisi telinga : Normal
2. Ukuran/bentuk telinga : Simetris
3. Lubang telinga : Bersih
4. Pemakaian alat bantu : Tidak ada

Palpasi

1. Daun telinga : Tulang rawan daun telinga lembut
2. Nyeri tekan : Tidak ada

Mulut

Inspeksi

1. Gigi : Belum tumbuh gigi
2. Gusi : Merah, tidak meradang
3. Lidah : Bersih
4. Bibir
 - a. Bentuk : Simetris, tidak ada labiopalatoschizis

b. Warna : Bibir merah muda

c. Mukosa : Mukosa lembab

Thorax dan pernapasan

Inspeksi

1. Bentuk dada : Simetris
2. Irama pernapasan : Cepat
3. Retraksi dinding dada : Tidak ada
4. Pengembangan dada : Pengembangan dada baik

Palpasi

1. Vocal fremitus : Tidak terkaji
2. Massa/nyeri : Tidak terkaji

Auskultasi

1. Suara napas : Vesikuler
2. Suara tambahan : Tidak ada suara nafas tambahan

Jantung

1. Waktu pengisian kapiler (CRT) :3 detik
2. Denyut jantung : teratur
- Frekuensi : 135 x/m

Abdomen

Inspeksi

1. Membuncit : Tidak ada
2. Ada luka/tidak : Tidak ada

Palpasi

1. Hepar : Tidak ada pembesaran
2. Lien : Tidak ada pembesaran
3. Nyeri tekan : Tidak ada

Auskultasi

1. Bising usus : 25 x/m

Umbilikus/tali Pusat

Tali pusat bayi masih basah dan berwarna kuning, terpasang infus pada umbilicus D 10 150cc/ 24jam

Genitalia dan Anus

1. Bentuk : Labia mayora sudah menutupi labia minora
2. Anus : Ada, berwarna sedikit gelap dari kulit yang lain, mekonium telah keluar, berwarna hitam

Ekstremitas

1. Gerakan : Tidak terlalu aktif
2. Ekstremitas atas : Telapak tangan masih sedikit lipatnya
3. Ekstremitas bawah : Telapak kaki masih sedikit lipatnya

Refleks

1. *Berkedip* : Bayi berkedip saat diberi rangsangan cahaya
2. *Babinski* : Reflek positif

3. *Galant's* : Bergerak
4. *Moro's* : Bayi mengangkat tangan dan kaki
Ketika diberi ransangan kejutan
5. *Necs righting* : Bayi mengarah kesumber bunyi
6. *Neck tonic* : Tahanan otot leher lemah
7. *Palmar graps* : Genggaman lemah
8. *Rooting* : Respon sudah baik saat diberi
rangsangan pada pipi
9. Menghisap : Reflek hisap masih lemah

4.1.4 Pemeriksaan Penunjang

Hasil laboratorium pada tanggal 06 Juni 2023

Table 4.4 Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Satuan	Nilai Rujukan
Hemoglobin	18,0*	g/dL	W: 11,7-15,5 L: 13,2-17,3
Jumlah Leukosit	15.300*	uL	W: 3.600-11.000 L: 3.800-10.600
Jumlah Eritrosit	4.88	Juta/uL	W: 3,8-5,2 L: 4,4-5,9
Jumlah Trombosit	245.000	uL	150.000-440.000
Diff Count			
Basofil	0	%	0-1
Eosinophil	2	%	1-4
Neutrofil batang	0	%	2-6
Neutrofil segmen	58	%	50-70
Limfosit	29	%	20-40
Monosit	11*	%	2-8
Hematokrit	49	%	W: 35-47 L: 40-52
MCV	100	fL	80-100
MCH	37*	Pg	26-34
MCHC	37*	g/dL	32-36

II. Terapi saat ini

Nama : By. Ny. M

Umur : 0 Hari

Tanggal : 05 juni 2023 s/d 07 juni 2023

Ruangan : Mawar

Tabel 4.5 Terapi Obat

NO	Hari/Tanggal	Terapi	Dosis
1	Senin 05 Juni 2023	1. IVFD DS 10% 2. Inj. Ampicilin 3. Inj. Gentacilin 4. ASI	150cc/24jam 75mg 8mg 10-15cc/3jam
2	Selasa 06 Juni 2023	1. D10 % 2. Inj. Ampicilin 3. Inj. Gentacilin 4. ASI 5. Susu formula	150cc/24jam 75mg 8mg 10-15cc 20-30cc/3 jam
3	Rabu 07 Juni 2023	1. D10 % 2. Inj. Ampicilin 3. Inj. Gentacilin 4. Susu formula	150/24jam 75mg 8mg 20-30cc/3jam

	<ul style="list-style-type: none"> - Bayi ditempatkan didalam incubator - Suhu bayi didalam inkubator 36,7°C - Tali pusat berwarna hijau dan masih basah - Bayi terpasang infus di umbilicus - Leukosit : 15.300 uL 	terpasang infus di umbilicus	
5	<p>DS : -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis saat pengambilan darah - Pengambilan darah di IV - Skala nyeri : 7 - Nyeri saat di tusuk - Bayi terlihat gelisah RR : 37 x/mnt HR : 135x/mnt Spo2 : 96% 	<p>Agen pecedera fisik adanya</p> <p>Tindakan invasif seperti pengambilan darah</p>	Nyeri akut

		<ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh membaik (5) - Suhu kulit membaik (5) 	<p>rr, spo2 dan suhu tubuh bayi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Melakukan perawatan tali pusat pada bayi 3. Pakaikan popok bayi di bawah umbilikus jika tali pusat bayi belum kering 4. Ganti popok bayi jika popok bayi bab atau bak 5. Pakaikan pakaian bayi dari bahan katun <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan ibu untuk menyusui sesuai kebutuhan
3	Risiko Defisit nutrisi ditandai dengan Refleks hisap masih lemah	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan meningkat (5) - Panjang meningkat (5) - Pucat menurun (5) - Lapisan lemak membaik (5) 	<p>INTERVENSI UTAMA: MANAJEMEN NUTRISI (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi susu formula 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sajikan makanan dengan suhu yang sesuai dengan bayi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan diit yang di programkan
4	Risiko infeksi Ditandai dengan Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan dan terpasang infus di umbilicus	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan Risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan tangan meningkat (5) - Kemerahan menurun - Nyeri menurun (5) 	<p>INTERVENSI UTAMA: MANAJEMEN IMUNISASI/VAKSINASI (I.14508)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi <p>Terapeutik</p>

			<p>2. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>3. Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>4. Cuci tangan sesudah dan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>6. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>
5	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisik adanya</p> <p>Tindakan invasive seperti pengambilan darah</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meringis menurun (5) - Gelisa menurun (5). - Frekuensi nadi membaik (5) 	<p>INTERVENSI UTAMA:MENEJEMEN NYERI (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Identifikasi lokasi, karateristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri pada bayi</p> <p>5.2 Identifikasi skala nyeri pada bayi</p> <p>5.3 Identifikasi skala nyeri non verbal</p> <p>5.4 Monitor efek samping pemberian anlgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Berikan teknik non farmakologis seperti <i>swaddling</i> (Sarzani, 2020) untuk mengurangi nyeri pada bayi</p> <p>6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>7. fasilitasi istirahat tidur pada bayi</p>

			<p><i>Edukasi</i></p> <p>8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>9. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>10 jelaskan teknik non farmakologis meredakan nyeri</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>11. Kolaborasi pemberian analgetik</p>
--	--	--	--

4.4 Implementasi Keperawatan

Nama : By. Ny. M
Umur : 0 hari

Dx : BBLR
Ruangan : Mawar
No.RM : 247016

Tabel 4.9 Implementasi Keperawatn

NO	Hari/Tanggal	No. Dx	Jam	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
1	Senin 05 Juni 2023	1,2	16.00 WIB	1. Monitor pola napas saturasi oksigen nadi suhu tubuh bayi dan mengecek oksigen bayi	1. Setelah di lakukan pemeriksaan HR :135 x/m RR : 37 x/m T : 36,7°C SPO2 : 96 % Oksigen : 1l/m	
		2,3	16.03 WIB	2. Memonitor warna kulit bayi dan berat badan bayi	2. Kulit bayi kemerahan dan berat badan bayi 2000 gram	
		4	16.04 WIB	3. Melakukan pemberian terapi antibiotik - <i>Ampicilin</i> 75 mg melalui <i>intravena (lv)</i>	3. Telah dilakukan pemberian obat inj ampicilin melalui umbilicus	
		1,2,3	18.00 WIB	4. Memonitor bunyi suara nafas tambahan lalu mengecek frekuensi pernafasan, SPO2 , RR dan nadi	4. Tidak terdapat suara nafas tambahan, suara napas vesikuler, SPO2: 98%, HR : 135 x/m, RR : 34 x/m	

		4	18.03 WIB	5. Mengauskultasi adanya bising usus	5. Bising usus bayi: 25 x/mnt	
		2	18.05 WIB	6. Memonitor suhu tubuh anak tiap dua jam,jika perlu	6. Telah dilakukan pengukuran suhu tubuh 36,7°C	
		2	18.08 WIB	7. Melakukan Nesting pada bayi	7. Bayi nyaman saat di lakukan nesting	
		2	18.10 WIB	8. Mengkaji suhu bayi didalam inkubator	8. Suhu bayi didalam inkubator 36,7°C	
		2	18.11 WIB	9. Memantau sistem pengaturan suhu inkubator	9. Suhu di inkubator 33,0°C	
		3	18.12 WIB	10. Mengkaji refleks menghisap bayi dengan cara memasukan jari kelingking ke dalam mulut bayi menggunakan <i>headscoon</i>	10. Respon bayi baik saat jari kelingking dimasukan bayi bisa menghisap	
		4	18.15 WIB	11. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan dan meyentuh bayi	11. Perawat sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentu pasien	
		1	18.17 WIB	12. Melepaskan oksigen pada bayi	12. Oksigen sudah tidak terpasang	

		4	18.20 WIB	13. Mengobservasi bayi terhadap adanya tanda tanda infeksi	13. Tali pusat masih basah dan berwarna hijau masih terbungkus kasa steril	
		4	19.10 WIB	14. Memberitahukan kepada orang tua dan keluarga untuk mencuci tangan saat menyentuh bayu, berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien	14. Ayah dan ibu bayi mengerti pada saat ingin berkunjung dan setelah berkunjung untuk mencuci tangan	
		3	19.12 WIB	15. Mengantarkan bayi untuk menyusui pada ibunya	15. Bayi sedang menyusui pada ibunya	
2	Selasa 06 Juni 2023	2,3	08.05 WIB	1. Membantu ibu bayi memberikan diit ASI dan susu formula 20-30cc /3jam	1. ASI dan Susu formula dihabiskan sebanyak kurang lebih 30cc/3jam	
		4	08.08 WIB	2. Mengingatkan Kembali kepada orang tua bayi untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung	2. Ibu bayi mencuci tangan saat menyentuh bayinya	
		2	08.35 WIB	3. Mengkaji suhu bayi sebelum masuk didalam inkubator	3. Telah dilakukan pengukuran suhu tubuh 36,6°C	
		2	08.40 WIB	4. Menempatkan bayi didalam penghangat inkubator	4. Bayi sudah diletakan di dalam inkubator setelah menyusui	

		2	08.42 WIB	5. Mengkaji suhu bayi didalam inkubator	5. Suhu bayi didalam inkubator 36,7°C	
		2	08.44 WIB	6. Memantau sistem pengaturan suhu inkubator	6. Suhu inkubator 33,0°C	
		2,4	11.00 WIB	7. Mengganti popok bayi yang basah karna BAB dan BAK	7. Popok bayi sudah diganti dengan popok yang baru dan bayi sudah tidak menangis lagi	
		2,3	11.05 WIB	8. Memberikan diit susu formula 20-30cc/3jam dengan menggunakan dot	8. Susu formula dihabiskan sebanyak 30/3jam	
		3	11.25 WIB	9. Mengobservasi adanya muntah setelah diberikan diit susu formula 30 cc/3jam	9. Bayi tidak menunjukkan respon muntah setelah diberikan diit susu formula 30 cc/3jam	
		4	11.30 WIB	10. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan	10. Perawat sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentu pasien	
		2	11.26 WIB	11. Melakukan perawatan kulit dengan cara memberi baby oil pada kulit bayi	11. Pasien terhindar dari kulit kering, kasar, dan bersisik	
		2,3,5	16.00 WIB	12. Mengukur suhu tubuh, nadi dan juga SPO2 pada bayi sebelum pengambilan sampel darah	12. Suhu : 36.6 °C SPO2 : 94 % HR : 130 x/m	

		4	16.05 WIB	13. Mengambil sampel darah pada By.Ny.M	RR : 37 x/m	
		2,3,4,5	16.07 WIB	14. Mengukur suhu tubuh, nadi, skala dan juga SPO2 pada bayi sesudah pengambilan sampel darah	13. Bayi menangis saat di ambil darah 14. Suhu : 36.7°C SPO2 : 94 % HR : 135 x/m RR : 37 x/m S : 7	
		5	16.07 WIB	15. Melakukan terapi <i>swaddling</i> untuk mengurangi nyeri pada bayi saat pengambilan darah	15. Bayi terlihat lebih tenang dan tidak menangis lagi setelah dilakukan pembedongan	
		2,3,4,5	16.15 WIB	16. Mengukur suhu tubuh, nadi, SPO2 pada bayi sesudah pengambilan sampel darah dan menghitung skala nyeri	16. Suhu : 36.6°C SPO2 : 97 % HR : 128 x/m RR : 35 x/m S : 0	
		4,5	16.16 WIB	17. Melakukan pemberian terapi antibiotik ampicilin 75 mg melalui intravena	17. Telah dilakukan pemberian obat inj ampicilin 75 mg pada bayi melalui infus umbilicus	

		2,4,5	18.00 WIB	18. Memberikan terapi <i>swaddling</i> untuk mengurangi nyeri pada bayi	18. Bayi merasa nyaman dan tenang	
		4,5	18.03 WIB	19. Mengambil sampel darah untuk di periksa ke laboratorium	19. Darah bayi sudah diambil dan bayi sedikit menangis	
		2,4,5	18.06 WIB	20. Mengukur suhu tubuh, skala nyeri nadi dan juga SPO2 pada bayi sesudah pengambilan sampel darah	20. Suhu : 36.6°C SPO2 : 99 % HR : 129 x/m RR : 30 x/m S : 2	
		2,5	18.40 WIB	21. Megecek gula darah pada By.Ny.M	21. GDS : 96 mg/dL	
		3,2	18.45 WIB	22. Memberikan diit susu formula 30cc/3jam dengan menggunakan dot	22. Diit susu dihabiskan sebanyak 30cc/3jam	
		2,4	18.48 WIB	23. Mengganti popok bayi yang basah karna BAB dan BAK	23. Popok bayi sudah diganti dengan popok yang baru dan bayi sudah tidak menangis lagi	 
		4	19.49 WIB	24. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan	24. Perawat mencuci tangan setelah dan sebelum menyentuh bayi	

3.	Rabu 07 Juni 2023	2	08:10 WIB	1. Mengkaji suhu bayi didalam <i>inkubator</i>	1. Telah dilakukan pengukuran suhu tubuh 36,9°C.	
		3,4	08.12 WIB	2. Mengukur penambahan berat badan	2. Berat badan bayi 2000 gram	
		2,4	08.15 WIB	3. Menempatkan bayi didalam penghangat incubator	3. Bayi telah diletakan di dalam inkubator	
		2	08.15 WIB	4. Melakukan nesting pada bayi	4. Agar bayi tetap nyaman dengan posisi fleksi	
		2,4	08.16 WIB	5. Mengkaji suhu bayi didalam inkubator	5. Suhu bayi didalam inkubator 36,9°C	
		2,4	08.16 WIB	6. Memantau sistem pengaturan suhu incubator	6. Suhu inkubator 33,0°C	
		2,3	08.17 WIB	7. Memberikan diit susu formula 30cc/3jam dengan menggunakan dot	7. Diit susu formula dihabiskan sebanyak 30cc/3jam	
		4	10.00 WIB	8. Memberikan terapi obat antibiotik inj ampicilin 75 mg melalui intravena	8. Telah dilakukan pemberian inj ampicilin 75 mg melalui infus umbilicus	
		4	10.00 WIB	9. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan	9. Perawat sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentu pasien	

		2,4	10.02 WIB	10. Mengeluarkan bayi dalam inkubator untuk Tindakan up infus di umbillicu	10. Infus pasien sudah Tidak tidak terpasang lagi	
		4	10.02 WIB	11. Mengobservasi bayi terhadap adanya tanda-tanda infeksi	11. Tali pusat masih basah dan berwarna hijau masih terbungkus kasa steril	
		2,4	10.05 WIB	12. Memakaikan baju bayi dan merapikan pakaian bayi serta melakukan <i>swaddling</i> pada bayi	12. Bayi terlihat lebih tenang dan nyaman saat di bedong dan suhu tubuh bayi tetap terjaga saat di luar inkubator	
		2,3,4	10.06 WIB	13. Mengukur suhu tubuh, nadi dan juga SPO2	13. Suhu : 36.5°C SPO2 : 99 % HR : 126 x/m RR : 30 x/m	
		2,3	10.08 WIB	14. Memberikan susu formula 30cc dengan menggunakan dot	14. Bayi menghabiskan 30cc/3 jam	
		2,4	12.30 WIB	15. Melakukan penkes dan mengajarkan kepada cara bedong dan selalu mencuci tangan saat menyentuh bayi supaya bayi merasa nyaman	15. Ayah dan ibu bayi mengerti pada saat ingin berkunjung dan setelah berkunjung untuk mencuci tangan	

	<p>Suhu kulit membaik</p> <table border="1" data-bbox="943 304 1214 360"> <tr> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan pada nomor 1,3,4,5,6</p> <p>3. S : - O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refleks menghisap bayi baik - Respon bayi baik saat diberi rangsangan dipipi - BB 2000 gram - ASI 5-10 cc <p>A : Masalah risiko defisit nutrisi teratasi Sebagian</p> <table border="1" data-bbox="504 768 1217 1032"> <thead> <tr> <th>Tujuan dan Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Berat badan membaik</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frekuensi makan membaik</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan membaik</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan pada nomor 1,3,4,5,6</p> <p>4. S : - O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit bayi terlihat tipis - Tali pusat bayi masih basah dan tertutupi kasa steril - Suhu bayi di dalam inkubator 36,6°C - Bayi masih di dalam inkubator - Bayi masih terpasang infus D10 150cc/24 jam - BB 2000 gram <p>A : Masalah risiko infeksi teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="504 1597 1214 1854"> <thead> <tr> <th>Tujuan dan Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kebersihan tangan menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kemerahan menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kebersihan badan meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan pada nomor 1,3,4,5,6,7</p>			✓			Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Berat badan membaik	✓					Frekuensi makan membaik			✓			Nafsu makan membaik		✓				Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Kebersihan tangan menurun		✓				Kemerahan menurun			✓			Kebersihan badan meningkat			✓			 <p>Ambar kirani</p>  <p>Ambar kirani</p>
		✓																																																					
Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																		
Berat badan membaik	✓																																																						
Frekuensi makan membaik			✓																																																				
Nafsu makan membaik		✓																																																					
Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																		
Kebersihan tangan menurun		✓																																																					
Kemerahan menurun			✓																																																				
Kebersihan badan meningkat			✓																																																				

Selasa , 07 Juni 2023	2	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu bayi didalam inkubator 36,7°C - Suhu inkubator 33°C - BB : 2000 kg - Bayi teraba hangat - TTV <p>RR : 30x/m T : 36,6°C HR : 129x/m SPO2 : 99%</p> <p>A : Masalah risiko termoregulasi belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tujuan dan Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kulit merah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Suhu tubuh membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Suhu kulit membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,4,6</p>	Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Kulit merah menurun					✓	Suhu tubuh membaik					✓	Suhu kulit membaik				✓		 Ambar Kirani
	Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																					
Kulit merah menurun					✓																						
Suhu tubuh membaik					✓																						
Suhu kulit membaik				✓																							
	3	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respon bayi baik saat diberi rangsangan dipipi - BB 2000 gram - Susu formula dihabiskan 30cc dari pemberian 30cc/3jam dan 3cc - Klien sudah tidak lemas - Mukosa bibir lembab <p>A : Masalah risiko defisit nutrisi teratasi Sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tujuan dan Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Berat badan membaik</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frekuensi makan membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan pada nomor 1,4,5,6</p>	Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Berat badan membaik	✓					Frekuensi makan membaik				✓		Nafsu makan membaik				✓		 Ambar kirani
Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																						
Berat badan membaik	✓																										
Frekuensi makan membaik				✓																							
Nafsu makan membaik				✓																							

	<p>4 S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit bayi terlihat tipis - Tali pusat bayi masih basah dan tertutupi kasa steril - Suhu bayi di dalam inkubator 36,6°C - Bayi masih di dalam inkubator - Bayi masih terpasang infus D10 - BB 2000 gram - Leukosit ; 15.300 uL <p>A : masalah risiko infeksi teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="507 779 1220 1019"> <thead> <tr> <th>Tujuan dan Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kebersihan tangan menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kemerahan menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kebersihan badan meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan pada nomor 3,5,6,7</p> <p>5 S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis saat pengambilan darah - Pengambilan dara di IV - Skala nyeri : 7 - Nyeri sesaat saat di tusuk - Bayi terlihat gelisah RR : 30 x/mnt HR : 129x/mnt Spo2 : 99% <p>A : Masalah nyeri akut teratasi</p> <table border="1" data-bbox="507 1568 1220 1926"> <thead> <tr> <th>Tujuan dan Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nadi membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dihentikan</p>	Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Kebersihan tangan menurun				✓		Kemerahan menurun				✓		Kebersihan badan meningkat				✓		Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Meringis menurun					✓	Gelisah menurun					✓	Frekuensi nadi membaik					✓	 Ambar kirani
Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																													
Kebersihan tangan menurun				✓																																														
Kemerahan menurun				✓																																														
Kebersihan badan meningkat				✓																																														
Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																													
Meringis menurun					✓																																													
Gelisah menurun					✓																																													
Frekuensi nadi membaik					✓																																													
	<p>5 S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis saat pengambilan darah - Pengambilan dara di IV - Skala nyeri : 7 - Nyeri sesaat saat di tusuk - Bayi terlihat gelisah RR : 30 x/mnt HR : 129x/mnt Spo2 : 99% <p>A : Masalah nyeri akut teratasi</p> <table border="1" data-bbox="507 1568 1220 1926"> <thead> <tr> <th>Tujuan dan Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nadi membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dihentikan</p>	Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Meringis menurun					✓	Gelisah menurun					✓	Frekuensi nadi membaik					✓	 Ambar kirani																								
Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																													
Meringis menurun					✓																																													
Gelisah menurun					✓																																													
Frekuensi nadi membaik					✓																																													

Rabu, 07 juni 2023	2	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu bayi didalam inkubator 36,7°C - Suhu inkubator 33°C - BB : 2000 gram - Bayi teraba hangat - TTV <p>RR : 30x/m T : 36,5°C HR : 126x/m SPO2 : 99%</p> <p>A : Masalah risiko termoregulasi tidak efektif teratasi</p> <table border="1" data-bbox="512 757 1222 992"> <thead> <tr> <th>Tujuan dan Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kulit merah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Suhu tubuh membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Suhu kulit membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Kulit merah menurun					✓	Suhu tubuh membaik					✓	Suhu kulit membaik					✓	 Ambar Kirani
Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																						
Kulit merah menurun					✓																						
Suhu tubuh membaik					✓																						
Suhu kulit membaik					✓																						
	3	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respon bayi baik saat diberi rangsangan dipipi - BB 2000 gram - Susu formula dihabiskan 30cc dari pemberian 30cc/3jam dan 3cc <p>A : Masalah risiko defisit nutrisi teratasi</p> <table border="1" data-bbox="512 1541 1222 1776"> <thead> <tr> <th>Tujuan dan Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Berat badan membaik</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frekuensi makan membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Berat badan membaik	✓					Frekuensi makan membaik					✓	Nafsu makan membaik					✓	 Ambar kirani
Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																						
Berat badan membaik	✓																										
Frekuensi makan membaik					✓																						
Nafsu makan membaik					✓																						

	<p>4</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit bayi terlihat tipis - Tali pusat bayi masih basah dan tertutupi kasa steril - Suhu bayi di luar inkubator 36,5°C - Bayi sudah di up infus - BB 2000 gram <p>A : masalah risiko infeksi teratasi</p> <table border="1" data-bbox="507 712 1216 949"> <thead> <tr> <th>Tujuan dan Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kebersihan tangan menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Kebersihan badan meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dihentikan</p>	Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Kebersihan tangan menurun					✓	Kemerahan menurun					✓	Kebersihan badan meningkat					✓	 Ambar Kirani
Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																					
Kebersihan tangan menurun					✓																					
Kemerahan menurun					✓																					
Kebersihan badan meningkat					✓																					

Ringkasan Keluar (Klien Pulang)

Nama klien : By.Ny.M
 Umur/ BB : 3 hari/2000 gram
 Jenis kelamin : Perempuan
 Tempat praktek : Ruang Mawar RSUD Rejang Lebong
 No.RM : 247016
 Tanggal masuk : 05 Juni 2023 Pukul : 11.40 WIB
 Tanggal pulang : 07 Juni 2023 Pukul : 11.00 WIB
 Diagnosa medis : BBLR
 Keadaan pasien pulang : Keadaan sudah membaik
 Tanda-tanda vital : RR : 30 x/m HR : 126 x/m
 T : 36,5°C SPO2 : 99%

Anjurkan pada Ny. M

- a) Beri asupan ASI sesering mungkin untuk meningkatkan berat badan bayi (jika bayi tidur saat pemberian ASI, bayi tetap harus dibangunkan 2-3 jam sekali).
- b) Menjaga bayi tetap hangat dengan cara tubuhnya dibungkus kain bedong bersih atau *swaddling* Ny.M lakukan pada saat bayi tidur.
- c) Melakukan perawatan tali pusat setiap hari dengan cara memegang ujung tali pusat, lalu basahi dengan air hangat menggunakan washlap dari ujung sampai ke batang tali pusat, kemudian keringkan tali pusat menggunakan kassa steril sampai benar-benar kering, setelah kering tutup kembali dengan kassa steril.

- d) Memandikan bayi dengan BB belum mencapai 2500 gram sebaiknya 2 hari sekali dan untuk menjaga personal hygiene bayi dilap dengan kain lembut menggunakan air hangat setiap harinya.
- e) Cuci tangan sebelum dan setelah interaksi dengan bayi.
- f) Timbang berat badan bayi di Puskesmas setiap minggu hingga berat badan bayi mencapai 2500 gram.
- g) Imunisasi bayi sesuai jadwal yang ditentukan untuk mencegah bayi terkena penyakit di kemudian hari terutama pada bayi BBLR.
- h) Mengetahui tanda bahaya untuk segera dibawa ke rumah sakit/dokter
 - 1) Bayi tidak mau minum.
 - 2) Bayi kelihatan lemas.
 - 3) Bayi menangis tidak kuat.
 - 4) Bayi diare
 - 5) Suhu tubuh bayi tinggi atau terlalu rendah

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

Implementasi asuhan keperawatan telah dilakukan dengan komprehensif melewati tahapan pendekatan keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif ini dilakukan pada perawatan By. Ny. M atas diagnosa medisnya yang terlahir Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Proses ini meliputi pengkajian keperawatan, analisis data, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, penerapan keperawatan terapi *swaddling* ke pasien terdiagnosa BBLR dengan efek nyeri, kemudian evaluasi keperawatan By. Ny. M yang telah dilakukan pada tanggal 5 Juni 2023 hingga 7 Juni 2023 lalu. Dari evaluasi kemarin, dapat ditarik kesimpulan dan pemecahan masalah. Dengan ini, penulis dapat dengan mudah membandingkan antara teori yang ada dengan praktik pelaksanaan asuhan keperawatan pada By. Ny. M yang terdiagnosa medis BBLR dengan penerapan terapi *swaddling* terhadap pasien nyeri di Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Rejang Lebong, Bengkulu sebagai berikut:

5.1 Pengkajian

Klien datang dari Unit Gawat Darurat (UGD) RSUD Rejang Lebong pada 5 Juni 2022 pukul 11.40 WIB. Lahir seorang bayi yang tidak langsung menangis dengan jenis kelamin perempuan, (+) A/S 5/8, berat bayi 2000 gram, RR 37 x/m, SPO2 96%, LK 27 cm, LD 28 cm, PB 43 cm, refleks isap bayi masih lemah, dada retraksi (-), oksigen diberikan 1 l/menit melalui kanul, dengan riwayat kehamilan ibu G²P²A⁰, usia kehamilan 34 minggu terpresentasi

kepala. Pengkajian pada pasien dengan terdiagnosa BBLR, menurut Padila (2013) dapat diterapkan mulai dari observasi atau pengumpulan data, menerima informasi dari status, serta melakukan wawancara dengan keluarga pasien dan perawat terkait. Ada pula studi dokumentasi yang artinya mengumpulkan data dengan mempelajari data-data penunjang atau riwayat kesehatan terdahulu klien.

Perolehan data dalam proses kajian dilapangan dengan data yang sudah ada ditemukan teori BBLR berjumlah senilai <2.500 gr, dengan panjang <45cm, ligkar dada <30cm, lingkak kepala <33cm, gestasi <37 minggu, kulit tipis dan berkilap, lemak subkutan kurang, tulang rawan lunak, terdapat lanugo yang berlebihan dipunggung, pembuluh darah terlihat jelas, labia minora belum tertutup bagi bayi perempuan, testis belum turun pada bayi laki-laki, kurangnya pergerakan, lemahnya otot tonus, menangis lemah, pernapasan tidak teratur, apnea, dan tonik leher lemah.

Penulis mendapati sedikit kesulitan sebelum melakukan pemeriksaan fisik pada klien yang disebabkan karena kondisi klien yang melemah. Hasil pemeriksaan menunjukkan, tingkat kesadaran klien composmentis dengankondisi umum yang cukup baik. Namun klien tampak sesak dengan RR:37x/menit dan tidak mendapati pernafasan dihidung saat auskultasi juga tidak ada suara nafas tambahan. Oksigen yang di pasang pada BBLR supaya bayi bisa beradaptasi dari dalam rahim keluar rahim dengan sirkulasi yang baik. Maka oksigen diberikan 1 l/menit karna untuk membantu bayi untuk beradaptasi pernapasan waktu lahir (Proverawati dan Sulistyorini, 2012). Suhu

klien 36,7° C pada saat bayi menggunakan bedong (*swaddling*), kemudian pengambilan tindakan dengan *nesting* atau memasukkan bayi ke inkubator agar bayi merasa nyaman dengan suhu yang hangat.

Dikuatkan dengan ciri-ciri vital lainnya yakni RR: 37x/mnt, Nadi : 135x/mnt, Spo2 : 96 %, serta diit yang diperlukan oleh klien sejumlah 30cc/3jam, dan klien mendapatkan antibiotik berupa inj ampicillin yang mana obat ampicillin adalah obat yang digunakan untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri secara rutin per harinya. Melalui data-data yang sudah dikaji, penulis bisa langsung menguatkan diagnosa keperawatan yang menyesuaikan situasi kondisi pada klien.

Pemeriksaan laboratorium merupakan metode penunjang yang dapat dilakukan perawat dalam merawat bayi BBLR. Setelah dilakukan pengkajian terhadap By. Ny. M dengan melakukan pemeriksaan di laboratorium, yakni pemeriksaan darah secara rutin seperti hemoglobin, leukosit, hematokrit, trombosit hingga eritrosit. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada Selasa tanggal 06 Juni 2023 mendapati hasil Hemoglobin 18,0 g/dL, Leukosit 15.300 uL. Pada bayi BBLR akan terjadi imaturitas sistem imun atau belum matangnya fungsi organ – organ tubuhnya. Sehingga bayi BBLR cenderung mengalami masalah seperti risiko terkontaminasi akibat imunitas humoral dan jaringan seluler yang masih kurang. Inilah yang menyebabkan bayi dengan mudahnya terinfeksi.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Dari teori saat menegakkan diagnosa keperawatan yang muncul pada bayi BBLR ditemukan 5 diagnosa yang sesuai (SDKI DPP PPNI , 2017) yaitu :

6. Ritme nafas tidak efektif yang berhubungan dengan terhambatnya nafas yang ditandai dengan dispnea.
7. Hipotermia, berkaitan dengan terpaparnya suhu lingkungan yang terlalu rendah atau dibawah normal
8. Risiko infeksi dengan ciri ketidaktahanan kondisi tubuh primer, kerusakan kulit, ketuban pecah terlalu lama, serta ketuban pecah sebelum jadwal yang ada
9. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan.
10. Nyeri yang berlebihan yang diakibatkan cedera fisik

Berdasarkan data-data yang di dapatkan dari By.Ny.M dengan 5 diagnosa BBLR yang dapat diwujudkan dengan menyesuaikan kondiisi sesungguhnya klien di lapangan yaitu:

1. Ritme nafas tidak normal dikarenakan lemahnya otot pada saluran pernafasan
2. Risiko Termoregulasi Tidak Efektif berhubungan dengan Berat badan rendah atau eksrem
3. Risiko defisit soal nutrisi berkaitan dengan ketidakmampuan menelan
4. Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit

5. Nyeri yang berlebihan akibat pecedera fisik adanya Tindakan invasif seperti pengambilan darah

Berdasarkan teori dan kondisi klien ada 5 diagnosa yang di ambil tetapi dari 5 diagnosa itu 2 diagnosa tidak diangkat . Karna dari kondisi klien di lapangan tidak ada data – data pendukung untuk ditegakannya diagnosa tersebut.

5.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan dibuat atas dasar teori Nuarif (2015), rencana perawatan ini dibuat berdasarkan temuan dan diagnosis yang ada dan merupakan langkah penting untuk keberhasilan asuhan keperawatan yang akan di lakukan. Rencana perawatan yang terdapat dalam laporan atau teori pendahuluan tidak termasuk dalam semua intervensi penulis dalam kasus ini, sebab penulis melakukan penyesuaian antara intervensi bersamaan dengan diagnosa media yang ditemukan pada sosok klien.

Menurut (SIKI, 2018) intervensi untuk diagnosis pola nafas tidak efektif meliputi observasi pola nafas (laju nafas, kedalaman, kekuatan nafas), observasi suara nafas tambahan, pemberian oksigen, asupan cairan 200 ml/hari jika tidak kontraindikasi, kolaborasi dengan pemberian mukolitik. Dalam hal ini, penulis memasukkan intervensi (SDKI, 2018) agar tidak ada gap antara teori intervensi dengan definisi intervensi By.Ny.M. Menurut (SIKI, 2018), intervensi untuk mendiagnosis risiko inefisiensi termoregulasi terkait berat badan yang ekstrim antara lain pemantauan suhu bayi hingga stabil, pemantauan suhu tubuh, laju pernapasan dan denyut nadi, perawatan tali pusat

bayi, menempatkan bayi BBLR di inkubator segera setelah lahir, penggunaan topi bayi untuk mencegah panas, menjaga kelembaban inkubator sebanyak 50% atau lebih untuk mengurangi kehilangan panas karena proses peralihan atur suhu inkubator sesuai kebutuhan, atur posisi fleksi pada pasien. Melakukan perawatan tali pusat pada bayi, pakaikan popok bayi di bawah umbilicus jika tali pusat masih basah, ganti popok bayi jika popok bayi penuh, pakaikan pakaian dari bahan katun, anjurkan ibu untuk menyusui sesuai kebutuhan.

Dalam kesempatan ini, penulis mengutip intervensi yang sesuai dan relevan dengan (SIKI 2018). Dengan demikian, tidak ada kesenjangan antara teori intervensi tersebut dengan penerapan intervensi pada pasien di lapangan.

Menurut (SIKI, 2018), intervensi untuk diagnosa risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan refleks menghisap masih lemah adalah identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi susu formula, monitor asupan makanan, monitor berat badan, sajikan makanan dengan suhu yang sesuai dengan bayi, ajarkan diit yang di programkan

Menurut (SIKI, 2018), tindakan untuk mendiagnosis risiko infeksi akibat peningkatan paparan organisme patogen di lingkungan dan pemberian infus umbilikal meliputi pemantauan tanda dan gejala infeksi, pembatasan jumlah pengunjung, perawatan kulit terhadap pembengkakan, mencuci tangan setelah dan sebelum kontak dengan pasien dan pasien serta menjelaskan gejala lingkungan pasien, jika perlu menjelaskan gejala kolaborasi, menjelaskan gejala jika perlu. Dalam hal ini, penulis melakukan intervensi yang tepat (SIKI,

2018) agar tidak terjadi gap antara teori intervensi dengan pengertian intervensi di bidang By.Ny.M.

Menurut (SIKI, 2018), intervensi untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencendra fisik adanya Tindakan invasif seperti pengambilan sampel darah dari IV adalah identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri pada bayi, indentifikasi skala nyeri pada bayi, identifikasi skalanyeri non verbal, monitor efek samping pemberian analgetic, berikan teknik non farmakologi seperti *swaddling* (Sarzani, 2020) untuk mengurangi nyeri pada bayi, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat tidur pada bayi, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetic. Dengan ini, penulis membawa intervensi yang sesuai dengan (SIKI 2018), dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori intervensi dengan penetapan intervensi pada By.Ny.M dilapangan langsung.

5.4 Implementasi Keperawatan

Menurut Nuarif (2015), implementasi merupakan perwujudan dari intervensi keperawatan yang telah disusun, dilaksanakan baik secara mandiri maupun kolaborasi atau bekerjasama dengan kepala ruangan, perawat ruangan, dan dokter yang bertugas, serta klien dan keluarganya.

Dalam pelaksanaan tindakan yang diusulkan, penulis tidak dapat melakukannya sendiri sepenuhnya, solusinya penulis bekerjasama dengan perawat dan keluarga dalam pelaksanaan tindakan pengobatan yaitu. dalam

diagnosis pola nafas tidak efektif dengan pemasangan oksigen 1 l/menit, penulis melakukan beberapa kesempatan untuk melakukan observasi pada bayi. Saat mendiagnosis risiko termoregulasi, penulis mengontrol TTV, sehingga TTV tetap stabil dan pengobatannya sendiri bersarang. Setelah mendiagnosa resiko malnutrisi maka penulis melakukan tindakan terapi yaitu mengkonsumsi makanan yang mengandung susu 30 cc/jam. Ketika risiko infeksi didiagnosis, penulis memberikan antibiotik setiap hari.

Pada diagnosa medis nyeri yang berlebihan melakukan tindakan *swaddling* untuk mengurangi nyeri pada saat tindakan invasif. *Swaddling* adalah pembungkusan kain yang diberikan pada bayi baru lahir. Tujuan dari proses *swaddling* adalah untuk mencegah bayi mengalami rasa sakit yang berlebihan dan untuk membantu meminimalkan kehilangan kalori, yang menyebabkan peningkatan eksresi katekolamin dan kortisol serta mengurangi faktor yang memicu komplikasi jangka panjang pada bayi (Oktaviani, dkk, 2022). Terapi *swaddling* merupakan metode non farmakologi yang efektif untuk mengurangi nyeri pada bayi, mempersingkat waktu tangis bayi dan menstabilkan respon fisiologis selama prosedur penusukan pada bayi (Erkut & Yildiz, 2017). Meskipun tindakan non farmakologi adalah *gold standar* dalam penanganan nyeri, metode seperti yang digunakan yaitu *swaddling*, metode ini dapat digunakan sebagai pengobatan tambahan untuk prosedur nyeri pada bayi (Erkut & Yildiz, 2017)..

Seusai melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan, penulis mendokumentasikan tindakan yang dilakukan secara langsung. Dokumentasi

ini diperlukan untuk mencatat dan menganalisis perkembangan kondisi klien tahap demi tahap setiap harinya, meskipun dokumentasi ini tidak memuat keadaan pasien dengan lengkap.

Saat pelaksanaan perawatan pada By.Ny.M, penulis melakukan implementasi yang dilakukan selama 3 hari diruang mawar Rsud Kabupaten Rejang Lebong. Pada tanggal 6 juni 2023 penulis melakukan tindakan implementasi pada By.Ny.M dengan tindakan *swaddling* (pembedongan) yang dilakukan pada saat pengambilan darah melalui intravena. Sebelum pengambilan darah perawat dan dokter sudah memberi informasi kepada keluarga dan orang tua klien untuk menanda tangan surat persetujuan untuk pengambilan sampel darah. Pada saat pengambilan darah diambil sebanyak 2 kali karena sampel darah pertama mengalami pembekuan dan karna itu dilakukan pengambilan darah ulang pada hari yang sama pada klien. sebelum pengambilan darah bayi di keluarkan dari dalam inkubator dan di letakan di tempat yang nyaman. Lalu bayi di monitor TTV sebelum melakukan tindakan invasif untuk melihat perubahannya hasilnya Suhu : 36.7°C, SPO2 : 94 %, HR : 135 x/m, RR : 37 x/m dan waktu pengambilan darah bayi perawat mengukur nyeri pada bayi dengan menggunakan metode NIPS dan hasil dari pengambilan darah pada bayi yang tidak menggunakan *swaddling* itu skornya 7 yang mana kategori skor 7 (nyeri berat). Setelah itu perawat melakukan terapi *swaddling* untuk mengurangi nyeri pada bayi dan mengukur kembali TTV bayi pada saat bayi di *swaddling* yang mana hasilnya efektif untuk mengurangi nyeri pada bayi dan TTV bayi yang mana 5 menit setelah di bedong bayi sudah tidak menangis

dan skala nyeri klien menurun menjadi 0 (bebas nyeri), dan TTV pada bayi menurun dengan Suhu : 36.6°C, SPO2 : 97 %, HR : 128 x/m, RR : 35 x/m. setelah selesai bayi di pindahkan di dalam inkubator. Tetapi saat mengamtar darah ke laboratorium darah bayi beku dan bayi di lakukan pengambilan darah ulang pada hari selasa tanggal 06 juni 2023 dan waktu pengambilan darah perawat melakukan pengukuran TTV ulang dan setelah itu melakukan terapi *swaddling* (pembedongan) untuk membandingkan keefektifan terapi *swaddling*.

Pada saat pengambilan darah yang kedua bayi meringis dan menangis tapi tidak sekeras pengambilan darah yang pertama. Dan setelah di lakukan pengukuran menggunakan NIPS skor bayi 2 yang mana nilai 2 (nyeri sedang). Hasil TTV bayi pada saat di *swaddling* juga hasilnya baik Suhu : 36.6°C, SPO2 : 99 %, HR : 126 x/m, RR : 30 x/m. setelah selesai melakukan tindakan invasif tadi perawat juga memasukan obat inj ampicillin 75 mg pada bayi dan setelah selesai bayi di lakukan pengecekan gula darah dengan hasilnya 96 mg/dl. Saat dilakukan pengecekan GDS bayi tidak dilakukan pembedongan kaena bayi berada di dalam inkubator. Setelah selesai semua bayi di rapikan dan bayi kembali di letakan di dalam inkubator supaya bayi terhindar dari infeksi dan untuk perkembangan bayi.

5.5. Evaluasi Keperawatan

Memasuki tahap akhir yaitu evaluasi, proses ini digunakan sebagai tolak ukur keberhasilan perencanaan keperawatan untuk mewujudkan kebutuhan

klien dari hasil kriteria yang ditemukan. Tahap evaluasi yang diselesaikan oleh penulis yakni respon dan kilas balik setiap harinya setelah melaksanakan di jam akhir dinas. Dari evaluasi yang sudah dilewati, penulis sudah menggunakan klibat yang sesuai dengan teori yakni evaluasi formatif atau respon langsung dari klien, serta evaluasi sumatif. Kedua evaluasi ini penulis susun dalam bentuk pola Subjektif, Objektif, Analisa, dan Planning (SOAP).

Evaluasi formatif dan sumatif ini telah diterapkan pada keperawatan yang dilakukan selama tiga hari pada By. Ny. M dengan memperoleh lima diagnosa keperawatan. Pada hari pertama masalah teratasi 1 diagnosa pola nafas tidak efektif dan pada hari kedua timbul masalah baru yaitu masalah nyeri akut yang mana setelah dilakukan terapi *swaddling* untuk tindakan invasif masalah nyeri akut teratasi. Pada hari ke ketiga setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada By.Ny.M dengan BBLR terdapat 3 diagnosa teratasi pada tanggal 07 Juni 2023 diantaranya yaitu Risiko Termoregulasi Tidak Efektif berhubungan dengan Berat badan rendah atau eksrem intervensi teratasi dengan suhu bayi normal 36.5°C, Risiko Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan intervensi teratasi dengan BB bayi naik dari 2000kg menjadi 2100kg, Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit intervensi teratasi dengan tidak ada tanda tanda infeksi pada umbilicus bayi.

BAB VI

PENUTUP

Berdasarkan apa yang telah penulis dapatkan pada studi kasus dan pembahasan Asuhan Keperawatan pada By.Ny.M dengan BBLR di RSUD Rejang Lebong, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang mungkin dapat berguna untuk peningkatan pelayanan asuhan keperawatan khususnya pada anak dengan BBLR.

6.1 Kesimpulan

6.1.1 Pengkajian

Dalam melakukan pengkajian terhadap By.Ny.M dengan diagnosa BBLR dilaksanakan dengan pengumpulan data subjektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik bahwa pernafasan klien yaitu 36x/mnt, terdengar suara vesikuler dan terpasang oksigen 1 L/mnt di hari pertama, dengan suhu klien 36,6°C kulit teraba hangat, bayi diberikan antibiotik setiap harinya dan nyeri pada saat tindakan invasif pengambilan darah dari IV teratasi dengan terapi *swaddling* pada saat tindakan itu dilakukan di hari ke 2.

6.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada By.Ny.M setelah dilakukan pengkajian dengan metode wawancara dengan keluarga klien, perawat ruangan maupun data yang tertulis dan mendukung termasuk juga hasil dari pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium yaitu pola nafas

tidak efektif berhubungan dengan kelemahan otot pernafasan, risiko termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan berat badan ekstrem, risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan atau refleks menghisap masih lemah, risiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan dan terpasang infus di umbilicus dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencendra fisik karna adanya tindakan invasive seperti pengambilan darah di IV.

6.1.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul, intervensi pada kasus By.Ny.M bertujuan agar bayi terhindar dari rasa nyeri yang berlebihan serta membantu bayi untuk meminimalkan terjadinya laju kehilangan kalori yang mengakibatkan peningkatan eksresi katekolamin dan kortisol dan mengurangi faktor yang memicu komplikasi berlanjut pada bayi dan mempertahankan kestabilan pernafasan, memperhatikan kestabilan suhu tubuh pada bayi, memberikan diit nutrisi pada bayi dan memberikan antibiotik pada bayi agar terhindar dari bakteri.

6.1.4 Implementasi Keperawatan

Pada saat pelaksanaan tindakan keperawatan yang diharapkan adalah tercapainya tujuan. Namun tidak semua rencana keperawatan dapat dilaksanakan pada klien, hal ini disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas ruangan. Tindakan yang dapat dilakukan adalah pemasangan oksigen nasal kanul pada diagnosa pola nafas tidak efektif, dan pada diagnosa risiko termoregulasi adalah dengan nesting, pada diagnosa risiko

defisit nutrisi adalah pemberian diit susu formula 30cc/3 jam, pada diagnosa risiko infeksi adalah pemberian antibiotik serta mencuci tangan, cara pencegahan dan penanganan dan pada diagnose nyeri aku di lakukan tindakan nonfarmakologi seperti *swaddling* pada saat pengambilan sampel darah.

6.1.5 Evaluasi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada By.Ny.M sudah mengalami perbaikan dan menunjukkan perubahan yang progresif bagi klien. Pada diagnosa pola nafas tidak efektif sudah teratasi, nafas stabil, sesak sudah hilang. Pada diagnosa risiko termoregulasi suhu tubuh klien normal, ttv klien stabil. Pada diagnosa risiko defisit nutrisi masalah status nutrisi teratasi karena terjadi penambahan diit setiap harinya, pada diagnosa risiko infeksi itu teratasi karena klien selalu mendapatkan antibiotik dan pada diagnosa nyeri akut teratasi dengan terapi *swaddling* yaitu pembedongan pada bayi.

6.2 Saran

Berdasarkan alternatif pemecahan masalah pada asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada By.Ny.M dengan BBLR, terdapat beberapa saran yaitu:

1. Untuk klien dan keluarga

Diharapkan pada orangtua dan keluarga apabila klien sudah diperbolehkan pulang kepada keluarga diharapkan untuk selalu memperhatikan suhu tubuh pada klien, nutrisi pada klien dan selalu menjaga kebersihan pada klien serta

mencuci tangan terlebih dahulu apabila ada yang berkunjung untuk melihat klien .

2. Untuk Tenaga Kesehatan dan Rumah Sakit

Rumah sakit hendaknya lebih meningkatkan sarana kesehatan dan alat pemeriksaan kesehatan guna menunjang kinerja perawat dalam menangani pasien, dan perawat hendaknya tetap berpegang teguh pada prinsip teori asuhan keperawatan, dan juga meningkatkan kerjasama sesama perawat dan tim medis lainnya, guna melakukan asuhan keperawatan secara berkesinambungan dan komprehensif terhadap pasien dengan BBLR. Dan perawat hendaknya tanggap terhadap kebutuhan atau perawatan pasien serta dapat memberikan informasi kesehatan dan menunjang kemajuan kesehatan yang diinginkan.

3. Untuk Institusi Pendidikan

Diharapkan agar pendidikan dapat menyediakan, melengkapi dan memperbanyak referensi buku-buku kesehatan anak khususnya penyakit BBLR, buku pengkajian dan pemeriksaan fisik pada anak dengan penyakit BBLR, dan buku intervensi untuk kesehatan pada anak dipergustakaan sebagai landasan teori bagi mahasiswa untuk memperoleh pengetahuan yang luas tentang keperawatan anak dengan BBLR.

DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, Sulistyono. (2013). *Konsep & Proses Keperawatan Nyeri*. Jogjakarta : Ar-Ruzz Media.
- Amalia, Restu Ayu, Erika, Ari Pristiana Dewi. (2020). Efektivitas Kompres Hangat terhadap Intensitas Nyeri Punggung pada Ibu Hamil Trimester III. *Journal of Holistic Nursing and Health Science*, Vol. 3, No. 1, Pg 24-31.
- Bellieni, C. V. (2012). Pain assessment in human fetus and infants. *The AAPS Journal*, 14(3), 456–461.
- Collados-Gómez, L., Camacho-Vicente, V., González-Villalba, M., Sanz-Prades, G., & Bellón- Villalba, M., Sanz-Prades, G., & Bellón- Intensiva (English Ed.), 29(1), 41–47.
- Dinkes Indonesia. (2018). *Profil Indonesia*.
- Dinkes Indonesia. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia*.
- EGC. Wong , 2017. *Berat Badan Lahir Rendah*. Jakarta: EGC.
- Erkut, Z., & Yildiz, S. (2017). The effect of swaddling on pain, vital signs, and crying duration during heel lance in newborns. *Pain Management Nursing*, 18(5), 328–336.
- De Onis, M., Borghi, E., Arimond, M., Webb, P., Croft, T., Saha, K., Flores-Ayala, R. (2019). Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years. *Public Health Nutrition*, 22(1), 175–179. <https://doi.org/10.1017/S1368980018002434>
- Ferdiyus. (2019). PROFIL KESEHATAN ACEH 2018. In M. M. Yusuf, ST, M. Henny Maulida, ST, S. Henny Maryanti, S. Ori Vertika, S. Suhaimi, & A. Safrizal (Eds.), *DINAS KESEHATAN*. Aceh: Pemerintah Aceh. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.00>
- F, L., E, R., & D, M.-T. (n.d.). Determination of selenium in serum by FI-HG-AAS and calculation of dietary intake. *Biol Trace Elem Res*, 3, 201–210.
- Lestari, Titik. 2016. *Asuhan Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Luyckx, V., Perico, N., Somaschini, M., Manfellotto, D., Valensise, H., Cetin, I., Santoro, A. (2017, July). A developmental approach to the prevention of hypertension and kidney disease: a report from the Low Birth Weight and Nephron Number Working Group. *The Lancet*, Vol. 390, pp. 424–428. Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30576-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30576-7)
- Nasution, D. (2014). Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dengan Kejadian Stunting pada Anak.
- Manggiasih & Jaya. (2016). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi, Balita, Dan Anak Pra Sekolah*. Jakarta : Trans Info Media.

- Maryanti D, Sujianti, Budiarti T. 2016. Buku Ajar Asuhan Neonatus bayi dan Balita. Jogjakarta: Nuha Medika.
- Mika Oktarina (2016) “ Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir”, Edisi pertama , Yogyakarta : Deepublish,2016
- Nussbaumer-Streit, B., Mayr, V., Dobrescu, A. I., Chapman, A., Persad, E., Klerings, I., ... Gartlehner, G. (2020). Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD013574. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013574>
- Oktaviani, E., Rustina, Y., & Efendi, D. (2018). Facilitated tucking effective to pain relief on the preterm infants in perinatal unit in Jakarta. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 21(1), 9–16.
- Ozawa, M., Kanda, K., Hirata, M., Kusakawa, I., & Suzuki, C. (2011). Influence of repeated painful procedures on prefrontal cortical pain responses in newborns. *Acta Paediatrica*, 100(2), 198–203.
- Pinandita. (2012). Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi. *Jurnal Keperawatan*. Gombong: Prodi Keperawatan Stikes Muhammadiyah Gombong.
- Proverawati, A & Sulistyorini, (2021). BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) Dilengkapi dengan asuhan pada BBLR dan pijat bayi, Yogyakarta: Nuha Medika
- Hartiningrum, I., & Fitriyah, N. (2019). Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2012-2016. *Jurnal Biometrika Dan Kependudukan*, 7(2), 97–104. <https://doi.org/10.20473/jbk.v7i2.2018.97-104>
- Hidayat, A. A (2016) & Pertami, Sumirah Budi. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika.
- Hidayat,2016. *Asuhan Keperawatan Neonatus Dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika. <http://hedisasrawan.blogspot.co.id>.
- Sasrawan, Hedi. 2016. *Sistem pencernaan pada manusia materi*.
- Saputri, E. M. (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau Tahun 2014. *Menara Ilmu*, 11(76).
- Sisriani c.2018 .faktor materal dan kualitas pelayanan antenatal yang beresiko terhadap kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) studi pada ibu yang periksa haml ke tenaga kesehatan dan melahirkan di rsud banyumas teisi fkm semarang universitas.
- Supianti .,2016 karakteristik ibu kaitanya dengan kejadian bayi berat lahir rendah .jurnal kebidanan dan kesehatan tradisional .1(1):1-99

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Edisi II, Penerbit Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI). Jakarta Selatan.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Edisi III, Penerbit Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI). Jakarta Selatan.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Edisi III, Penerbit Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI). Jakarta Selatan.
- Utama s.y.,2008 .faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian preeklamasia berat pada ibu hamil di RSD raden matta her jambi tahun 2007 . jurnal ilmiah universitas batanghari jambi ,8(2);71-79.
- Vaquerizo, B. (2018). Neonatal nurses' perceptions of pain management. *EnfermeríaIntensiva (English Ed.)*, 29(1), 41–47.
- Vidia Atika Manggiasih dan Pongki Jaya (2016) "Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi, Balita Dan Anak Pra Sekolah".
- WHO.2017.Global Nutrition Targets 2025 Low Birth Weight Policy Brief.Geneva: WHO.
- Walker, S.M (2014). Neonatal Pain. *Pediatric Anesthesia*, 24 (1)
- WHO. (2020). Constitution of WHO: principles.
- Yuliasuti, Wijaya ,A.S. & Putri , 2016. Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta: Nuha Medika

I. Lampiran

Menurut Tukan, Parman, Dkk (2021) prosedur dalam melakukan teknik swadelling ini yaitu :

No	Kegiatan	Ya	Tidak
1.	INFORMED CONCENT 1. Menyapa klien dan keluarga 2. Menjelaskan tujuan tindakan 3. Menjelaskan prosedur tindakan 4. Menjelaskan keuntungan tindakan 5. Menjelaskan risiko yang mungkin terjadi 6. Pastikan keluarga telah mengerti 7. Persetujuan tindakan (lisan)		
2.	PERSIAPAN ALAT a. Popok Bersih b. Kapas bersih yang basah / tissue basah c. Tempat sampah medis d. Kain bedong e. Peniti jika perlu		
3.	PERSIAPAN LINGKUNGAN 1. Pasang sampiran/ tutup pintu 2. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman		
4.	PERSIAPAN PASIEN Siapka bayi di angkat dan dibaringkan diatas Kasur kecil yang telah tersedia atau dalam box bayi / tempat tidur ibu		
5.	PERSIAPAN PENOLONG 1. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir 2. Pakai handscoon		
6.	PELAKSANAAN TINDAKAN 1. Memeriksa suhu tubuh bayi 2. Memeriksa bayi terlebih dahulu apakah bayi BAB atau BAK, Bila ya ganti popok dengan yang bersih		

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Siapkan bedong yang bersih lalu membedong bayi atau <i>down up down</i> 4. Membuat segitiga kecil pada salah satu ujung bedong 5. Menempatkan bayi pada salah satu ujung bedong 6. Meluruskan tangan bayi dengan lembut (kanan) sejajar dengan tubuh 7. Menarik ujung bedong sebelah kanan dan masukkan kebagian bawah bokong bayi 8. Bila bedong panjang, lipatan bagian kaki kearah dada 9. Meluruskan tangan kiri sejajar dengan tubuh dan selanjutnya menarik ujung kiri bedong 10. Masukkan kebagian bawah bokong bayi 11. Membaringkan bayi ke box 12. Mencuci tangan 		
7	<p>DEKONTAMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat membereskan alat 2. Perawat melepas handscoon/ sarung tangan 3. Perawat mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun 		
8.	<p>EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji respon bayi 2. Periksa kerapian bedong bayi 		
9	<p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat hari, tanggal, jam pelaksanaan tindakan yang dilakukan pada lembar tindakan Paraf / tanda tangan perawat pelaksana 2. Catat respon bayi 3. Catat alasan bayi dibedong 		



Anatomi BBLR



Anatomi BBLR

PENILAIAN NIPS

Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (Bblr) Di Ruang Mawar Rsud Rejang Lebong Tahun 2023

Tabel Skala Nyeri NIPS

No	Parameter	Kondisi	Skor
1	Ekspresi wajah	Rileks Meringis	0 1
2	Tangisan	Tidak menangis Menangis Menangis keras	0 1 2
3	Pola Nafas	Rileks Perubahan pola nafas	0 1
4	Tungkai	Rileks Fleksi/ ekstensi	0 1
5	Keadaan terangsang	Tidur/ bangun Gelisah	0 1

NIPS merupakan skala pengukuran nyeri pada bayi mencakup 7 skor kategori nyeri yaitu :

1. skor 0 (bebas nyeri)
2. 1 - 2 (nyeri ringan)
3. 3 - 4 (nyeri sedang)
4. 5 - 7 (nyeri berat)

LEMBAR OBSERVASI PENELITIAN NIPS

Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Di Ruang Mawar Rsud Rejang Lebong Tahun 2023

Nama Pasien : By, Ny M No.RM : 247016
Umur : 2 hari Dx.Medis : BBLR
Ruang : Mawar Tindakan : Skala nyeri NIPS
tampa *swaddling*

Hari tanggal dan waktu	Pemeriksaan	Nilai		
		0	1	2
Selasa 05 Juni 2023	Ekpresi wajah		✓	
	Tangisan			✓
	Pola Nafas		✓	
	Tungkai		✓	
	Keadaan terangsang		✓	
TOTAL SCORE		6		

Kategori nyeri yaitu :

1. skor 0 (bebas nyeri)
2. 1 - 2 (nyeri ringan)
3. 3 - 4 (nyeri sedang)
4. 5 - 7 (nyeri berat)

LEMBAR OBSERVASI PENELITIAN NIPS

Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Di Ruang Mawar Rsud Rejang Lebong Tahun 2023

Nama Pasien : By, Ny M No.RM : 247016
Umur : 2 hari Dx.Medis : BBLR
Ruang : Mawar Tindakan : Skala nyeri NIPS
swaddling

Hari tanggal dan waktu	Pemeriksaan	Nilai		
		0	1	2
Selasa 05 Juni 2023	Ekpresi wajah		✓	
	Tangisan		✓	
	Pola Nafas	✓		
	Tungkai	✓		
	Keadaan terangsang	✓		
TOTAL SCORE		2		

Kategori nyeri yaitu :

1. skor 0 (bebas nyeri)
2. 1 - 2 (nyeri ringan)
3. 3 - 4 (nyeri sedang)
4. 5 - 7 (nyeri berat)

LEMBAR OBSERVASI

Nama : By.Ny.M

Umur : 2 Hari

No.RM : 247016

Jenis Tindakan : *Swaddling* untuk tindakan invasif

Hari/Tanggal dan waktu pelaksanaan	RR		HR		T		SP02	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Selasa, 05 Juni 2023 Jam : 15.50 Wib	37 x/m	37 x/m	135x /m	128x/ m	36,5°C	36,7°C	96%	98%
Selasa, 05 Juni 2023 Jam : 18.00 Wib	32x /m	30x/ m	130x /m	129x/ m	36,5°C	36,8°C	95%	99%

Penulis

(Ambar kirani)

BIODATA

Nama : Ambar Kirani

Tempat dan tanggal lahir : Kepahiang, 26 April 2002

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Megang, Jl.Jend Sudirman

Riwayat pendidikan :

1. SDN 252 Kota Palembang
2. SMP 56 Kota Palembang
3. SMAN 8 Kota Palembang

DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal : 06 Juni 2023

Pada pukul : 16.00 WIB



Tanggal : 06 Juni 2023

Pada pukul : 18.00 WIB





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Ambar Kirani
NIM : P0 0320120037
NAMA PEMBIMBING : Ns. Yossy, M.Kep,Sp.Kep.An
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)
Dengan Implementasi *Swaddling* Pada Pasien Nyeri Di
Ruang Mawar RSUD Rejang Lebong Tahun 2023

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin 22 Nov 2022	Konsul judul KTI dan jurnal yang akan di terapkan di proposal	
2.	Selasa 27 Des 2022	Revisi BAB I 1. Fokus membahas AKB dan BBLR terlebih dahulu 2. Urutkan angka kejadian dari dunia, nasional, provinsi dan kabupaten dalam bab I 3. Jelaskan terlebih dahulu dampak dari bblr itu apa dimasa depan dan sekarang 4. Resiko tingginya BBLR dan jelaskan satu persatu 5. Implementasi dan intervensi yang akan di ambil jabakan dan harus ada diagnose nyeri dan jelaskn menurut buku dan pendapatnya	

3.	Rabu 04 Jan 2023	<p>6. Paragraph terakhir ditutup dengan data dari RSUD kabupaten rejang lebong</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lebih fokus mengangkat angka kejadian yang mana dulu apa angka kematian atau pengurangannya, jelaskan 1 persatu terlebih dahulu 2. Daftar isi dirapikan 3. Jelaskan lebih rinci kondisi BBLR yang bisa terjadi di masa yang akan datang 4. Tambahkan BBLR kenapa bisa sampai ke NICU 5. Baru bisa buat paragraf baru mengambil tentang nyeri pada saat Tindakan invasif 6. Jelaskan nyeri itu apa menurut SDKI 7. Baru paragraf baru menjelaskan tentang <i>swaddling</i> tujuan manfaat menurut jurnal yang ada 8. Lanjud bab 2 	
4.	Rabu 11 jan 2023	<p>BAB I</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Di baca lagi mana yang typo 2. Tambahkan data yang memperkuat BBLR 3. Refrensi di perbaiki cara penulisannya <p>BAB II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definisi ditambah dan di perjelas 2. Etiologi di perjelas lagi cari sumber lain 3. Bagan woc di tambahkan dx nyeri akut 4. Pengkajian di perbaiki dan cari sumber lain di buku buku anak 	

5.	Jumat 13 jan 2023	<p>BAB I</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rapikan lagi dan lihat typonya 2. Manajemen nyeri di pindahkan 3. Tambah lagi manfaat swaddling 4. Data WHO, Bengkulu dan profil Indonesia di jadikan 1 paragraf <p>BAB II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lihat lagi typo – tiponya 2. Perhatikan sumber 3. Lihatagi tahunya 4. Etiologi ti tambah lagi yang rinci 5. Daftar Pustaka di perbaikan 	
6.	Rabu 05 Apr 2023	<p>BAB II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan pengkajian neonates 2. Lihat lagi typo <p>BAB III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lihat buku panduan 2. Perbaikan typonya 	
7.	Senin 10 Apr 2023	ACC maju seminar proposal	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

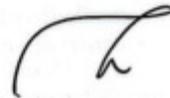
NAMA MAHASISWA : Ambar Kirani
NIM : P0 032012 0037
NAMA PEMBIMBING : Ns. Yossy, M.Kep,Sp.Kep.An
JUDUL : Asuhan Keperawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Pada By.Ny.M Dengan Implementasi *Swaddling* Pada Pasien Nyeri Di Ruang Mawar RSUD Rejang Lebong Tahun 2023

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Kamis 15 Juni 2023	BAB 4 1. Perbaikan askep 2. Riwayat Kesehatan sekarang dan lalu di ubah dan lebih sinkron sejak kapan 3. Tambahkan usia gestasi bayi 4. Genogram di perjelas 5. Intervensi ubah menjadi hurup 6. Tambahkan pemeriksaat fisik yang lebih menonjol pada BBLR 7. Tambahkan diagnose pola nafas tidak efektif	
2	Jum'at 16 Juni 2023	BAB 4 1. Perbaikan askep 2. Lihat lagi etiologi di buku sdki 3. Rubah diagnosa keperawatan hipopolemia menjadi risiko termoregulasi dan deficit nutrisi menjadi risiko deficit nutrisi 4. Perbaikin di spasi dan typo	

3	<p>Senin 19 Juni 2023</p>	<p>5. Tambah kan pemeriksaat fisik yang lebih menonjol pada BBLR 6. Lanjut implementasi evaluasi 7. Lanjut BAB selanjutnya</p> <p>BAB 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lihat lagi typo 2. Analisa data tambah kan bb dan hasil leb di dx risiko infeksi 3. Implementasi rasionalnya di perbaiki dan sinkron kan lagi dengan tindakannya 4. Lihat lagi paragrafnya 5. No diagnose di ganti 6. Evaluasi di sesuaikan dengan data 7. Lihat lagi cara penulisanya <p>BAB 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan lagi teori BBLR 2. Refrensinya jangan lupa di tambah 3. Tambah mengapa BBLR membutuhkan oksigen saat lahir dan kenapa leukosit yang tinggi pada bayi bisa mebuat infeksi 4. Tambah kan lagi narasi implentasi yang di terapkan 5. Berbaikan typo 6. Baca lagi evaluasi dan perbaikan penulisannya <p>BAB 6</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baca lagi panduan 	
4	<p>Selasa 20 Juni 2023</p>	<p>BAB 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lihat lagi yang salah 2. Skala nyeri tanbah di implentasi dan evaluasi 3. AAC <p>BAB 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan lagi teori BBLR 2. Refrensinya dan lihat lagi buku bukan anak 3. Tambah mengapa BBLR membutuhkan oksigen saat lahir 	

5	Rabu 21 Juni 2023	dan kenapa leukosit yang tinggi pada bayi bisa membuat infeksi 4. Lihat lagi tponya Perbikan typo	
6	Rabu 21 Juni 2023	ACC Ujian	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Ambar Kirani
NIM : P0 0320120037
NAMA KETUA PENGUJI : Ns. Misniarti S.Kep,M.Kep
JUDUL : Asuhan Keperawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Pada
By.Ny.M Dengan Implementasi *Swaddling* Pada Pasien
Nyeri Di Ruang Mawar RSUD Rejang Lebong Tahun 2023

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin 17 Apr 2023	BAB I 1. Latar belakang ditambah lagi nyeri bblr itu terjadi apa di masayang akan datang buat paragraf baru BAB II 1. Tanda – tanda reflek pada BBLR yang ciri khasnya	St
2.	Selasa 18 Apr 2023	1. Sudah perbaikan sesuai anjuran 2. ACC Proposal	St
3.	Senin 17 Juli 2023	1. Sudah perbaikan sesuai anjuran 2. ACC Karya Tulis Ilmiah	St

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Ambar Kirani
NIM : P0 0320120037
NAMA PENGUJI 1 : Ns. Lora Oktavivianti S.Kep
JUDUL : Asuhan Keperawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Pada
By.Ny.M Dengan Implementasi *Swaddling* Pada Pasien
Nyeri Di Ruang Mawar RSUD Rejang Lebong Tahun 2023

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Selasa 18 Apr 2023	1. Sudah perbaikan sesuai anjuran 2. ACC Proposal	
2.	Jumat 14 Juli 2023	1. Sudah perbaikan sesuai anjuran 2. ACC Karya Tulis Ilmiah	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG

Jalan Jalur Dua Kelurahan Durian depun Kecamatan Merigi Kab. Kepahiang
Kode Pos 39371
e-mail : rsudecurup@yahoo.co.id

Nomor : 28 /RSUD – DIKLAT/2023 Merigi, 06 Juni 2023
Sifat : Biasa Kepada Yth :
Lampiran : - **Karu Mawar**
Perihal : Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir Di

RSUD Kabupaten Rejang Lebong

Sehubungan dengan Surat Dari Ketua Program Studi Keperawatan Program
Diploma Tiga Nomor: KH.03.01/166/6.2/2023 Tanggal 23 Mei 2023 , Perihal Izin
Pengambilan Kasus Tugas Akhir Mahasiswa :

Nama : **AMBAR KIRANI**
Jurusan : P00320120037
Waktu : 06 Juni s.d 12 Juni 2023
Judul : *Asuhan Keperawatan Pada Bayi Berat Lahir Rendah
(BBLR) Dengan Implementasi Swaddling Pada Pasien
Nyeri di ruangan Mawar RSUD Kabupaten Rejang
Lebong Tahun 2023.*

Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang
bersangkutan selama melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan
memberikan informasi, Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

A.n Direktur
Kabag Administrasi





PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG

Jalan Jalur Dua Kelurahan Durlan Depun Kec Merigi Kabupaten Kepahiyang
Kode Pos 39371
Email rsudcurup@yahoo.co.id

Nomor : 46 /RSUD – DIKLAT/2023
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Izin penelitian di RSUD Kabupaten Rejang lebong

Merigi, 14 Juni 2023
Kepada Yth,
Kaprodi Keperawatan Curup
Di -
Curup

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: KH.03.01/166/6.2/2023 tanggal 23 Mei 2023, Perihal Surat Pengantar Permohonan izin penelitian atas nama Mahasiswa :

Nama : **AMBAR KIRANI**
NPM : P00320120037
Jurusan : D III Keperawatan
Waktu Penelitian : 06 s.d 12 Juni 2023
Judul : ***Asuhan Keperawatan Pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Dengan Implementasi Swaddling Pada Pasien Nyeri di ruangan Mawar RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.***

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

Direktur
RSUD Kabupaten Rejang Lebong



dr. RHEYCO VICTORIA, Sp.An
NIP.19800911 200804 1 001

**Implementasi Manajemen Nyeri Non Farmakologis dengan
Non Nutritive Sucking (NNS) dan Pembedongan (*Swaddling*)
Saat Prosedur Invasif Dalam Mengurangi Nyeri Pada Neonatus
di Ruang Perinatologi Level 2ARSUP Fatmawati, Jakarta Selatan.**

E. D Sarzani¹, Abdul Aziz², Deny Rakhmawati³

Perinatologi 2A, RSUP Fatmawati

edsarzani87@gmail.com

1. Peneliti Utama, Ners, Perawat Perinatologi 2A, RSUP Fatmawati, Jakarta
2. Pembimbing penelitian, Kepala Bagian Penelitian dan Pengembangan Diklit RSUP Fatmawati, Jakarta
3. Ners, Kepala Ruangan Perinatologi 2A, RSUP Fatmawati

ABSTRAK

Latar Belakang. Nyeri adalah fenomena kompleks yang paling sulit dipahami neonates sehingga mengakibatkan ketidaknyamanan selama dalam perawatan di RS. Rata-rata 6-7 dari 20 neonatus yang dirawat setiap harinya dilakukan prosedur invasif. Dan diperoleh 2 dari 7 neonatus yang dilakukan manajemen nyeri non farmakologis dengan NNS dan pembedongan, selebihnya tidak. Sehingga sebagian besar neonatus memberikan respon nyeri ditandai dengan menangis kuat bahkan melakukan pergerakan melawan. **Tujuan.** Mengetahui implementasi manajemen nyeri non farmakologis dengan *Non Nutritive Sucking* (NNS) dan pembedongan (*swaddling*) saat prosedur invasif dalam mengurangi nyeri pada neonatus di ruang Perinatologi level 2A RSUP Fatmawati, Jakarta Selatan. **Metode.** Penelitian ini menggunakan pendekatan analisis korelatif dengan pendekatan *Cross Sectional* untuk analisis variabel independen (manajemen nyeri NNS dan pembedongan) dan variabel dependen (respon/skala nyeri). Hubungan antar variabel tersebut diuji dengan uji *Chi Square*. **Hasil.** Penelitian dilakukan pada 156 neonatus perinatologi 2A dengan rentang usia gestasi 24-42 minggu, dan perempuan adalah responden yang paling banyak 79 (50,7%) neonatus, lama hari rawat 3-28 hari, sebagian besar adalah neonatus dengan berat badan lahir normal sebesar 90 (57,7%), serta jenis tindakan invasif yang paling banyak dilakukan 65 (41,7%) adalah tindakan pengambilan darah arteri. Hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai *p value* = 0,000 maka dapat disimpulkan ada hubungan manajemen nyeri non farmakologis (NNS dan pembedongan) dalam mengurangi skala nyeri pada neonatus saat tindakan invasif. **Simpulan.** Ada hubungan yang bermakna antara manajemen nyeri non farmakologis (NNS dan pembedongan) dalam mengurangi skala nyeri pada neonatus saat tindakan invasif.

Kata kunci: *Non Nutritive Sucking* (NNS), Pembedongan (*Swaddling*), Nyeri, Neonatus

Latar Belakang

Nyeri diungkapkan secara subjektif oleh neonatus dengan tangisan. Tangisan yang muncul tiba-tiba dan panjang merupakan tangisan sebagai akibat dari nyeri yang dirasakan bayi (Santrock, 2001). Oleh sebab itu perawat anak memiliki peran untuk memberikan asuhan dengan memperhatikan kenyamanan neonatus dan mengurangi trauma (Hockenberry dan Wilson, 2007). Manajemen nyeri pada anak adalah pendekatan multi-praktisi. Hal ini berarti tanggung jawab terletak tidak hanya pada dokter tetapi perawat memegang peranan yang sangat penting dalam manajemen nyeri tersebut, sehingga anak merasa nyaman. Hal ini tentunya menjadi salah satu cara yang dapat diaplikasikan oleh perawat secara mandiri dalam manajemen nyeri pada neonatus. *Non Nutritive Sucking* (NNS) dan pembedongan (*swaddling*) merupakan terapi non farmakologis yang dapat digunakan.

Non Nutritive Sucking (NNS) merupakan terapi non farmakologis yang dapat digunakan dengan memberikan dot dari silikon ke mulut neonatus dengan merangsang mekanisme pengisapan tanpa pemberian ASI atau formula gizi (Kenner & McGrath, 2004). NNS menstimulasi orotactile dan mekanoreseptor sehingga menghasilkan efek analgesik pada neonatus (Gibbins & Stevens, 2001).

Kenyamanan adalah salah satu indikator klinik RSUP Fatmawati termasuk ruang perinatologi. Dalam pencapaian indikator klinik tersebut diperlukan prinsip pelayanan publik seperti responsif, efektif dan efisien. Berdasarkan hasil pengamatan bahwa rata-rata 6-7 dari 20 bayi setiap harinya dilakukan prosedur invasif. Dan diperoleh bahwa 2 dari 7 bayi yang dilakukan manajemen nyeri non farmakologis dengan NNS dan pembedongan, selebihnya tidak. Sehingga sebagian besar bayi yang dilakukan prosedur invasif memberikan respon nyeri ditandai dengan menangis kuat bahkan melakukan pergerakan melawan.

Belum optimalnya manajemen nyeri non farmakologi dengan *non nutritive sucking* (NNS) saat dilakukan prosedur invasif di perinatologi level 2A RSUP Fatmawati merupakan masalah yang *urgency* dimana masalah tersebut sangat mendesak, perlu dianalisis dan dicarikan solusi pemecahannya. Disamping itu belum ada protokol tetap penatalaksanaan nyeri non farmakologis pada neonatus yang dilakukan pemasangan infus dibuktikan dengan belum adanya standar operasional dari tindakan tersebut di ruangan perinatologi.

Tujuan Penelitian

Mengetahui implementasi manajemen nyeri non farmakologis dengan *Non Nutritive Sucking* (NNS) dan pembedongan (*swaddling*) saat prosedur invasif dalam mengurangi nyeri pada bayi di ruang Perinatologi level 2A RSUP Fatmawati, Jakarta Selatan.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan *quasy experimental design* dengan pendekatan rancangan *posttest only control group design*. Penelitian ini menggunakan *Case Control* untuk analisis kelompok kontrol (tanpa manajemen nyeri NNS dan pembedongan) dan kelompok intervensi (implementasi manajemen nyeri NNS dan pembedongan). Respon/skala nyeri yang dirasakan neonatus dianalisis dari kedua kelompok dengan uji *Chi Square*.

Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

Total subjek pada penelitian ini adalah 156 neonatus.

Tabel 1.1
Distribusi Karakteristik Responden Penelitian di Perinatologi 2A RSUP
Fatmawati 2020 (N=156)

Karakteristik Responden	Kelompok			
	Kelompok Kontrol		Kelompok Intervensi	
	N	(%)	N	(%)
Usia Gestasi				
Neonatus Cukup Bulan/NCB (Usia Gestasi 37-42 minggu)	58	37,2	47	30,1
Neonatus Kurang Bulan/NKB (Usia Gestasi <37 minggu)	20		31	
Jenis Kelamin				
Laki-laki	35		42	
Perempuan	43	27,6	36	23,1
Lama Hari Rawat				
1-3 hari	59	37,8	49	31,4
4-7 hari	15	9,6	14	9
>7 hari	4	2,6	15	9,6
Total	78	50	78	50
Berat Badan Lahir				
Berat Badan Normal (≥ 2500)	48	30,8	42	26,9
Berat Badan Lahir Rendah/ BBLR (<2500)	29	18,6	34	21,8
Berat Badan Lahir Sangat Rendah/ BBLSR (<1500)	1	0,6	2	1,3
Berat Badan Lahir Ekstrim Rendah/ BBLER (<1000)	0	0	0	0

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa usia gestasi sebagian besar pada penelitian ini adalah Neonatus Cukup Bulan/ NCB diperoleh sebesar 58 (37,2%) neonatus pada kelompok kontrol dan 47 (30,1%) neonatus pada kelompok intervensi, dengan jenis kelamin responden terbesar

adalah perempuan yaitu 79 (50,7%) neonatus. Lama hari rawat responden pada umumnya adalah 1-3 hari dengan total 108 (69,2%) neonatus. Distribusi frekuensi responden pada penelitian ini sebagian besar adalah neonatus dengan berat badan lahir normal sebesar 90 (57,7%) neonatus.

Tabel 1.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Tindakan Invasif di Ruang Perina Level 2A RSUP Fatmawati Jakarta Mei-Juli 2020 (N=156)

Jenis Tindakan Invasif	Kelompok			
	Kelompok Kontrol		Kelompok Intervensi	
	N	(%)	N	(%)
Pengambilan darah vena	28	17,9	22	14,1
Pengambilan darah arteri	29	18,6	36	23,1
Pemasangan Stoper	12	7,7	3	1,9
Pemasangan IV line	9	5,8	17	10,9
Total	78	50	78	50

Tabel 1.2 menunjukkan distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis tindakan invasif diperoleh 65 (41,7%) tindakan pengambilan darah arteri dan 15 (11,6%) tindakan pemasangan stopper. Semua jenis tindakan invasif ini dilakukan oleh perawat dan dibantu oleh petugas laboratorium secara khusus dalam pengambilan darah vena.

2. Analisis Bivariat

Tabel 2.1

Distribusi Responden Pada Analisis Chi Square Hubungan Manajemen Nyeri Non Farmakologis (*Non Nutritive Sucking* /NNS) dan Pembedongan *Swaddling*) dengan Skala Nyeri Saat Tindakan Invasif di Ruang Perina Level 2A RSUP Fatmawati Jakarta Mei-Juli 2020 (N=156)

Skala Nyeri (NIPS)	Kelompok				Total		P Value
	Kelompok Kontrol		Kelompok Intervensi		N	%	
	N	(%)	N	(%)			
Tidak Nyeri: 0	0	0	30	19,2	30	19,2	0,000
Nyeri Ringan: 1-2	8	5,1	37	23,7	45	28,8	
Nyeri Sedang: 3-4	56	35,9	11	7,1	67	43	
Nyeri Berat: > 4	14	9	0	0	14	9	
Total	78	50	78	50	156	100	

Pada tabel 2.1 didapatkan bahwa menunjukkan bahwa ada sebanyak 30 (19,2%) neonatus yang tidak mengalami nyeri dan 37 (23,7%) neonatus mengalami nyeri ringan pada kelompok intervensi saat dilakukan tindakan invasif. Sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 56 (35,9%) neonatus nyeri ringan dan 14 (9%) neonatus nyeri berat saat dilakukan tindakan invasif. Hasil uji statistik diperoleh nilai *p value* = 0,000 maka dapat disimpulkan ada hubungan manajemen nyeri non farmakologis (NNS dan pembedongan) dalam mengurangi skala nyeri pada neonatus saat tindakan invasif.

Tabel 2.2

Komparasi Skala Nyeri (NIPS) Pada Kelompok Kontrol dan Intervensi Saat Tindakan Invasif di Ruang Perina Level 2A RSUP Fatmawati Jakarta Mei-Juli 2020 (N=156)

Kelompok	Skala Nyeri (NIPS) Saat Tindakan Invasif			
	N	Mean Rank	Z	P Value
Kelompok Kontrol	78	110,53	-9,391	0,000
Kelompok Intervensi	78	46,47		

Pada tabel 2.2 dapat dilihat bahwa rata-rata skala nyeri neonatus kelompok kontrol lebih tinggi dibandingkan dengan nilai rata-rata skala nyeri neonatus kelompok intervensi (110,53 > 46,47). Hasil uji statistik Mann Whitney U didapatkan nilai Z= -9,391 dengan p

value = 0,000, yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan skala nyeri yang signifikan pada neonatus saat dilakukan tindakan invasif antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

3. Analisis Multivariat

Tabel 3

Pengaruh Karakteristik Responden dan Intervensi terhadap Skala Nyeri Neonatus Saat Tindakan Invasif di Ruang Perina Level 2A RSUP Fatmawati Jakarta Mei-Juli 2020 (N=156)

	R ²	B	Sig.
Manajemen nyeri non farmakologis (empeng dan pembedongan)	0,539	-4,323	0,000
Usia gestasi		-0,096	0,196
Jenis kelamin		-0,090	0,792
Lama hari rawat		0,920	0,021
Berat badan lahir		0,000	0,216
Jenis Tindakan invasif		0,020	0,922

Tabel 3 memperlihatkan adanya pengaruh manajemen nyeri non farmakologis dengan NNS dan pembedongan dan lama hari rawat yang signifikan terhadap skala nyeri neonatus yang dilakukan tindakan invasif. Dengan nilai $p = 0,000$ pada intervensi (manajemen nyeri non farmakologis dengan NNS dan pembedongan) dan nilai $p = 0,021$ pada lama hari rawat.

Diskusi

Manajemen non farmakologi merupakan non medis. Adapun tujuan dari manajemen nyeri akut adalah memperbaiki nyeri, memaksimalkan fungsi tubuh dan meminimalkan efek samping (Potts & Mandlec, 2007). Penatalaksanaan secara non farmakologi sangat penting karena intervensi ini didasarkan pada pengkajian klinis perawat terhadap nyeri dan dapat dilakukan oleh staf perawat tanpa instruksi dari dokter (Kashaninia et al., 2008). Selain itu penatalaksanaan non farmakologi bersifat aman, non invasif, tidak mahal dan merupakan fungsi keperawatan yang mandiri (Hockenberry dan Wilson, 2009). Manajemen non farmakologis yang digunakan pada penelitian ini adalah kombinasi penggunaan empeng (*Non Nutritive Sucking/NNS*) dan pembedongan (*swaddling*).

Penelitian ini melibatkan kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan total responden sebanyak 156. Pada kelompok kontrol tidak ditemukan neonatus yang tidak mengalami nyeri tetapi justru ditemukan neonatus dengan tingkat nyeri tinggi. Berbanding terbalik pada kelompok intervensi, didapatkan neonatus dengan NIPS: tidak nyeri dan tidak ditemukan NIPS: nyeri tinggi. Hasil uji statistik pada penelitian ini diperoleh nilai p *value* = 0,000 maka

dapat disimpulkan ada hubungan manajemen nyeri non farmakologis (NNS dan pembedongan) dalam mengurangi skala nyeri pada neonatus saat tindakan invasif.

Penelitian Astuti, dkk, (2016) sangat mendukung penelitian ini bahwa rata-rata respons nyeri pada kelompok intervensi Perawatan Metode Kangguru (PMK) sebesar 8,94 lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok pemberian empeng sebesar 5,08. Terdapat perbedaan yang bermakna rata-rata respons nyeri pada kelompok intervensi PMK dan pemberian empeng ($p=0,005$).

Pada penelitian Erkut, Zeynep dan Suzan Yildiz (2017), pembedongan efektif dalam metode manajemen nyeri non farmakologi dalam mengurangi skala nyeri dan tangisan pada neonatus saat tindakan invasif. Durasi tangisan pada neonatus yang dibedong lebih singkat dari pada neonatus yang tidak dibedong ($p < 0,005$). Penelitian tersebut juga menjadi salah satu pendukung penelitian ini bahwa pada kelompok intervensi memiliki skala nyeri yang lebih rendah dibandingkan pada kelompok kontrol.

Penanganan nyeri secara nonfarmakologi dapat dilakukan dengan empeng (*Non-nutritive sucking/ NNS*) dan pembedongan (*swaddling*). NNS diperkirakan menghasilkan analgesia melalui stimulasi *orotactile* dan mekanoreseptor ketika diberikan kepada neonatus. Mekanisme yang mendasari kerja NNS adalah teori *gate control* dan efeknya akan berakhir ketika mekanisme menghisap berhenti (Gibbins dan Stevens, 2001). Dan pembedongan secara signifikan menurunkan denyut jantung 6-10 menit setelah penusukan, tangisan lebih pendek, waktu terbangun lebih singkat serta perubahan status tidur lebih sedikit setelah penusukan (Buonocore & Bellieni, 2008).

Hasil penelitian ini menunjukkan ada perbedaan yang signifikan dari skala nyeri neonatus yang diberikan pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi didapatkan bahwa nilai skala nyeri terendah adalah 0 dan nilai tertinggi adalah 4. Pada kelompok kontrol didapatkan secara statistik bahwa nilai skala nyeri terendah adalah 2 dan tertinggi adalah 5.

Rata-rata skala nyeri neonatus kelompok kontrol lebih tinggi dibandingkan dengan nilai rata-rata skala nyeri neonatus kelompok intervensi ($110,53 > 46,47$). Hasil uji statistik Mann Whitney U didapatkan nilai $Z = -9,391$ dengan $p \text{ value} = 0,000$, yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan skala nyeri yang signifikan pada neonatus saat dilakukan tindakan invasif antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Menurut Taddio et al (2011), nyeri yang tidak ditangani akan menimbulkan dampak jangka pendek yaitu perubahan perilaku (tangisan, wajah meringis, menarik anggota tubuh), meningkatkan denyut jantung, tekanan darah dan desaturasi oksigen. Menurut Wong et al (2009), akibat potensial jangka panjang yang dapat terjadi dari nyeri pada neonatus antara lain: peningkatan keluhan somatik tanpa sebab yang jelas, peningkatan respon fisiologis dan tingkah laku terhadap nyeri, peningkatan prevalensi defisit neurologis, masalah psikososial, penolakan terhadap kontak manusia. Dampak yang dapat diamati antara lain keterlambatan perkembangan, gangguan *neurobehavioral*, penurunan kognitif, gangguan belajar, kinerja motorik menurun, masalah perilaku, defisit perhatian, tingkah laku adaptif buruk, ketidakmampuan menghadapi situasi baru, masalah dengan impulsivitas dan kontrol sosial, perubahan temperamen emosi pada masa neonatus dan kanak-kanak, peningkatan stress hormonal di kehidupan dewasa kelak. Dengan kata lain dapat disimpulkan bahwa bila nyeri

pada neonatus tidak segera diobati dan berlangsung dalam waktu lama, maka dampaknya setelah ia besar akan berpengaruh pada perilaku saat dewasa nantinya.

Profesi perawat sangat berperan penting dalam penerapan *atraumatic care* terkhususnya pada perawatan neonatus di rumah sakit. Salah satu prinsip *atraumatic care* yang dapat dilakukan adalah mencegah dan mengurangi cedera (*injury*) dan nyeri (dampak psikologis). Mengurangi nyeri merupakan tindakan yang harus dilakukan dalam keperawatan anak. Proses pengurangan rasa nyeri sering kali tidak bisa dihilangkan secara cepat akan tetapi dapat dikurangi melalui berbagai teknik misalnya distraksi, relaksasi, *imaginary* (Yuliasuti dan Nining, 2016). Apabila tindakan pencegahan tidak dilakukan maka cedera dan nyeri akan berlangsung lama pada anak sehingga dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak. Maka dari itu perawat diharapkan mampu meminimalisir rasa sakit selama perawatan untuk mengurangi efek negatif untuk pengalaman rasa sakit neonatus berikutnya.

Simpulan

Hasil uji statistik *Chi Square* pada penelitian ini diperoleh nilai *p value* = 0,000 maka dapat disimpulkan ada hubungan manajemen nyeri non farmakologis (NNS dan pembedongan) dalam mengurangi skala nyeri pada neonatus saat tindakan invasif. Rata-rata skala nyeri neonatus kelompok kontrol lebih tinggi dibandingkan dengan nilai rata-rata skala nyeri neonatus kelompok intervensi (110,53 > 46,47). Hasil uji statistik Mann Whitney U didapatkan nilai $Z = -9,391$ dengan *p value* = 0,000, yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan skala nyeri yang signifikan pada neonatus saat dilakukan tindakan invasif antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Rekomendasi

1. Implementasi manajemen nyeri non farmakologis dengan NNS dan pembedongan adalah metode yang sangat sederhana, tidak memerlukan biaya tinggi dan mudah dilakukan dalam usaha meminimalisir skala nyeri neonatus saat tindakan invasif seperti pengambilan darah vena/arteri, pemasangan IV *line* dan stopper. Sehingga diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi unit perawatan neonatus terutama ruang perinatologi level 2A RSUP Fatmawati agar dijadikan salah satu Standar Prosedur Operasional (SPO) manajemen nyeri non farmakologis dalam proses perawatan neonatus selama dirawat di rumah sakit.
2. Peneliti mengharapkan untuk peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian dengan melakukan uji *interrater reliability* terlebih dahulu sehingga data skala NIPS yang diperoleh lebih objektif dan valid.

Daftar Pustaka

- Anand, K., Graneau, R., & Oberland, T. (1997). *Developmental character and long term consequences of pain in infant and children*. *Child and adolescent psychiatric clinics of north America*, 6(4), 703-724.
- Badr, L.K., Abdallah, B., Hawari, M., Sidani, S. Kassar, M., & Nakad, P et al., (2010). *Determinans of premature infants pain responses to heelstick*. *Pediatric nursing*, 36 (3), 129-136.
- Buonocore, G., & Bellieni, C.V. (2008). *Neonatal pain: suffering pain, pain and riskof brain damage in fetus and newborn*. Italia: Springer-Verlag.
- Carbajal, R., Lenchen., Jugie, m., Paupe, A., Barton, B.A., & Anand, K.J. (2005). *Morphine does not provide adequate analgesia for acute procedural pain among preterm neonates*. *Pediatrics*, 115(6), 1494-1500.
- Craven, R.F., & Hirnle, C.J. (2003). *Fundamental of nursing human heath and function*. (4th edition). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Erkut, Zeynep & Suzan Yildiz. (2017). *The Effect of Swaddling on Pain, Vital Signs, and Crying Duration During Heel Lance in Newborns*. Diambil dari <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28779961/> pada tanggal 21 Mei 2020 Pukul 10.28 WIB
- Gibbin, S., & Stevens, B. (2001). *Mecahniss of sucrose and nonnutritive sucking in procedural pain management in infants*. *Pain rest management* 2001, 6(1), 21-28.
- Grey, L., Miller, L.W., Philip, B.L. & Blass, E.M. (2002). *Breastfeeding is analgesia in healthy newborns*. *Pediatrics*, 109, 590-593.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2009). *Essentials of pediatrics nursing*. (8th ed.). Missouri: Mosby.
- James, S.R., & Ashwill, J.W. (2007). *Nursing care of children: priciples & practice*. (3rded.). Missouri: Saunders.
- Kristiawati, dkk. 2010. *Jurnal Ners: Pemberian Sukrosa dan Non-Nutritive Sucking Terhadap Respons Nyeri dan Lama Tangisan Neonatus Pada Prosedur Invasif*. Diambil dari [file:///C:/Users/HP/Downloads/3934-11047-1-SM%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/3934-11047-1-SM%20(3).pdf) pada tanggal 8 September 2019 Pukul 16. 15 WIB
- Merenstein, G.B., & Gardner, S.L. (2002). *Handbook of neonatal intensive care*. (5th edition). St.Louis: Mosby Elseiver.
- Morash, D. & Fowler, K. (2004). *An evidence based approach to changing practice: Using sucrose for infant analgesia*. *Journal of pediatric nursing*, 19(5), 366-370.
- Muscari, M.E. (2001). *Advance pediatric clinical assessment: skill and procedures*. Philadelphia: Lippincot.
- Potter, P.A., & Perry, a.G. (2005). *Fundamentals of nursing: concept, process, and practice*. Missouri: Mosby.
- Santrock, J.W. (2001). *Child development*. (9th edition). New york: McGraw Hill.

- Taddio, A., Hogan, M., & Moyer, P. (2011). *Evaluation of the reliability, validity and practicality of 3 measures of acute pain in infants undergoing immunization injections*. *Vaccine*, 29(7), pp.1390–1394. Available at:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2010.12.051>.
- Triani, E. & Lubis, M. (2006). *Penggunaan analgesia nonfarmakologis saat tindakan invasive minor pada neonatus*. (volume 8). *Sari pediatri* 2006. 107-111.
- Wong, D.L., Perry, S.E., & Hockenberry, M.J. (2002). *Maternal child nursing care*. (5th edition). St. Louis: Mosby Elseiver.
- Wong, D.L., Hockenberry-Eaton., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwartz, P. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik* 6th ed., EGC.
- Yuliasuti & Nining. (2017). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Keperawatan Anak*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.

PENERAPAN METODE SWADDLING UNTUK MEMINIMALKAN NYERI PADA NEONATUS DENGAN ASFIKSIA SELAMA PEMASANGAN INFUS

Eva Oktaviani¹, Bambang Soewito², Tri Ulfa Amelda³

^{1,2,3} Prodi Keperawatan Lubuklinggau, Poltekkes Kemenkes Palembang
evaoktaviani@poltekkespalembang.ac.id

ABSTRACT

Background: Neonatorum asphyxia is an emergency condition of infants who cannot breathe spontaneously, thereby reducing oxygen levels and asphyxia is the second most common case in the Melati room of Dr Sobirin Hospital, Musi Rawas Regency. Babies with asphyxia require special care, so it will put the baby in a position to get a lot of stressful and painful procedures such as infusion. Pain that occurs in the critical period of the baby causes acute stress and causes short and long term complications, so non-pharmacological measures are needed to minimize pain, namely the swaddling method. The aim of the study was to apply the swaddling method to neonates with asphyxia to minimize pain during infusion. **Methods:** The research method is a case study with a total of 2 infants, with the inclusion criteria of mild-moderate asphyxia neonatorum and intravenous infusion. Application of the swaddling method using a baby swaddle. Pain was measured using the NIPS scale. **Results:** The results obtained in the first subject with a mild pain scale category (2), and the second subject with a mild pain scale category (2). **Conclusion:** The application of the swaddling method can be a non-pharmacological alternative to minimize pain during invasive procedures. Swaddling is expected to be part of the developmental care of the neonate during hospitalization.

Keywords : asphyxia neonatorum, infusion, pain, swaddling method

ABSTRAK

Latar Belakang : Asfiksia Neonatorum adalah keadaan gawat bayi yang tidak dapat bernapas spontan, sehingga dapat menurunkan kadar oksigen dan merupakan kasus terbanyak kedua di Ruang Melati RSUD Dr Sobirin Kabupaten Musi Rawas. Bayi dengan Asfiksia memerlukan perawatan khusus, sehingga akan menempatkan bayi pada posisi harus mendapatkan tindakan yang banyak menimbulkan stres dan menyakitkan seperti pemasangan infus. Nyeri yang terjadi pada periode kritis bayi menyebabkan stres akut dan mengakibatkan komplikasi jangka pendek dan panjang, sehingga diperlukan tindakan nonfarmakologis untuk meminimalkan nyeri yaitu dengan metode swaddling. Tujuan dari penelitian adalah menerapkan intervensi keperawatan metode swaddling pada neonatus dengan asfiksia untuk meminimalkan nyeri selama pemasangan infus. **Metode :** Metode penelitian adalah studi kasus dengan jumlah subjek sebanyak 2 orang bayi, dengan kriteria inklusi asfiksia neonatorum ringan-sedang dan akan dilakukan pemasangan infus. Penerapan metode swaddling dengan menggunakan bedong bayi. Nyeri diukur dengan menggunakan skala NIPS. **Hasil :** Hasil yang diperoleh pada subjek pertama dengan kategori skala nyeri ringan (2), dan subjek kedua dengan kategori skala nyeri ringan (2). **Kesimpulan :** Penerapan metode swaddling dapat menjadi salah satu alternatif nonfarmakologis untuk meminimalkan nyeri selama prosedur invasif. Swaddling diharapkan menjadi bagian dari asuhan perkembangan neonatus selama perawatan di rumah sakit.

Kata kunci : Asfiksia Neonatorum, Metode Swaddling, Nyeri, Pemasangan Infus

PENDAHULUAN

Neonatus adalah masa kehidupan pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari, pada masa ini bayi mengalami adaptasi kehidupan intrauterine ke ektrauterin (Hamilton, 2015) Asfiksia neonatorum menempati penyebab kematian bayi ke-3 di dunia dalam periode awal kehidupan (Organization, 2015). Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan Angka Kematian Neonatal (AKN) sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup dan penyebab kematian neonatal akibat asfiksia sebesar 27% (Statistik, 2017). Berdasarkan dari studi pendahuluan ditemukan bahwa kasus Afiksia Neonatorum merupakan kasus kedua terbanyak setelah kasus Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di RSUD Dr Sobirin Kabupaten Musi Rawas dan selama 3 tahun terakhir mengalami peningkatan. Asfiksia Neonatorum adalah keadaan gawat bayi yang tidak dapat bernapas secara spontan, sehingga dapat menurunkan kadar oksigen. Oleh karena itu, neonatus dengan asfiksia memerlukan perawatan khusus di rumah sakit, karena berisiko mengalami masalah kesehatan pada masa awal kehidupannya.

Perawatan neonatal risiko tinggi memerlukan banyak tindakan invasif. Tindakan tersebut dapat menimbulkan stres dan menyakitkan, namun masih minimnya tatalaksana untuk meminimalkan rasa nyeri pada neonatus. Data membuktikan rata-rata bayi baru lahir memerlukan tindakan invasif 6,6% per harinya dan hanya 32,5% diberikan tata laksana farmako maupun nonfarmako (Sposito et al., 2017). Nyeri yang terjadi pada periode kritis bayi menyebabkan stres akut dan mengakibatkan komplikasi jangka pendek dan panjang. Nyeri pada neonatus memiliki konsekuensi fisik dan psikologis yang mencetuskan kejadian hipoksemia, hipertensi, takikardi, peningkatan variasi denyut jantung, peningkatan tekanan intrakranial, dan kerusakan otak (Gitto et al., 2012). Efek jangka panjang yang ditimbulkan akibat pengalaman nyeri yang tidak terkontrol dan berulang adalah akan mempengaruhi perkembangan sistem saraf pusat, gangguan perkembangan dan perilaku, sensitivitas nyeri yang meningkat, perubahan regulasi hormon stres, dan perubahan hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) aksis sampai bayi tumbuh dewasa (Walker, 2014).

Bayi yang telah mendapatkan pajanan nyeri sejak dini akan mengalami perubahan aktivitas otak secara spontan pada usia sekolah, penurunan kemampuan kognitif, dan fungsi motor (Vinall & Grunau, 2014). Hormon terhadap stres akan dilepaskan dan bermanifestasi pada peningkatan denyut jantung, tekanan darah, curah jantung, gangguan motilitas saluran cerna serta gangguan sistem imunitas, sehingga berkontribusi terhadap risiko infeksi, morbiditas, dan lama hari perawatan bayi (Witt, Coynor, Edwards, & Bradshaw, 2016). Kegagalan dalam mengatasi nyeri pada neonatus akan menyebabkan perubahan permanen pada proses di otak dan perilaku maladaptive selanjutnya. Respon nyeri pada bayi dapat terlihat secara fisiologis dan psikologis, sehingga kemampuan tenaga kesehatan dalam menilai dan menangani nyeri sangat penting ketika bayi terpapar banyak stimulus yang dapat menyakitkan.

Manajemen nyeri pada bayi sangat penting karena pengendalian nyeri pada neonatus merupakan salah satu indikator mutu pelayanan asuhan perkembangan yang berkualitas (Lopez et al., 2015). Oleh sebab itu, intervensi keperawatan nonfarmakologis dapat meminimalkan nyeri pada bayi terutama saat dilakukan tindakan perawatan di rumah sakit (Badr et al., 2010). Salah satu tindakan nonfarmakologis yang dapat mengurangi nyeri pada bayi adalah metode swaddling karena memiliki efek menenangkan dan membantu regulasi bayi (Shu, Lee, Hayter, & Wang, 2014). Tindakan ini bertujuan agar bayi terhindar dari rasa nyeri yang berlebihan serta membantu bayi untuk meminimalkan terjadinya laju kehilangan kalori yang mengakibatkan peningkatan eksresi katekolamin dan kortisol dan mengurangi faktor yang memicu komplikasi berlanjut pada bayi. Metode swaddling merupakan metode nonfarmakologis yang efektif untuk mengurangi nyeri, mengurangi lama menangis bayi, menstabilkan respon fisiologis selama prosedur *heel prick* (Erkut & Yildiz, 2017). Walaupun farmakologis merupakan gold standar dalam manajemen nyeri, namun metode swaddling direkomendasikan sebagai terapi pelengkap selama prosedur menyakitkan pada

bayi. Penelitian studi observasional pada 142 perawat tentang tatalaksana nonfarmakologis nyeri yang paling banyak digunakan pada neonatus selama prosedur invasif intravena canula adalah swaddling, nonnutritive sucking, dan sukrosa (Collados-Gómez, Camacho-Vicente, González-Villalba, Sanz-Prades, & Bellón-Vaquerizo, 2018).

Intervensi keperawatan berbasis bukti sangat diperlukan dalam manajemen nyeri pada bayi yang cenderung terpapar prosedur menyakitkan berulang seperti neonatus dengan asfiksia. Asfiksia dapat mempengaruhi fungsi fisiologis dari bayi sendiri, sehingga manajemen nyeri diperlukan agar tidak memperberat kondisi bayi. Tujuan dari studi kasus ini adalah menerapkan intervensi keperawatan metode swaddling pada neonatus dengan asfiksia yang akan dilakukan pemasangan infus.

METODE

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan menggunakan pendekatan studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada bayi dengan asfiksia. Studi kasus ini dilakukan di Ruang Melati RSUD Dr Sobirin Kabupaten Musi Rawas. Setelah mendapat izin untuk melakukan studi kasus, peneliti melakukan identifikasi pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi dan memberikan informed consent kepada orang tua bayi. Kriteria inklusi pasien adalah bayi dengan diagnosis Asfiksia ringan-sedang dan akan dilakukan tindakan pemasangan infus, kriteria eksklusi bayi asfiksia dengan gangguan hemodinamik berat dan kongenital. Sampel diambil sebanyak dua orang bayi baru lahir. Instrument yang digunakan untuk mengukur nyeri adalah *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS). Instrument ini sudah banyak digunakan oleh penelitian-penelitian sebelumnya pada bayi baru lahir (Yilmaz & Arikan, 2011). Data diperoleh dari sumber primer dan sekunder (rekam medis pasien). Data primer berupa data demografi, observasi keadaan umum bayi, respon fisik dan psikologis bayi selama prosedur pemasangan infus.

HASIL

Pasien 1 (By. Ny. Y) dengan diagnosis medis Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan (NCB-SMK), Asfiksia Ringan, berjenis kelamin laki-laki, lahir dari ibu G4P3A0, lahir aterm usia gestasi 37 minggu secara SC ec Pre-Eklamsi Berat, tekanan darah ibu 160/100 mmHg. Usia kronologis 0 hari. Status antropometri bayi: berat badan 2900 gram, panjang badan 51 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 31 cm. Nilai APGAR 7/8. Pemeriksaan tanda-tanda vital: suhu 36,8°C, *heart rate* 124x/menit, pernapasan 54x/menit, dan saturasi oksigen 98%. Bayi terpasang oksigen nasal kanul 0,5 liter/menit, akrosianosis, dan bayi akan direncanakan pemasangan infus D10 1/4 NS, total cairan 60 cc. Refleks sucking dan rooting adekuat. Feeding ASI adlib. Pemeriksaan lab: Hb 15,4 g/dl, eritrosit 4,52 10⁶/mm³, leukosit 13,4 10³/mm³, trombosit 257 10³/μL, hematokrit 45%, dan GDS 54mg/dl. Diagnosis keperawatan yang muncul pada subjek 1 yaitu pola napas tidak efektif, nyeri akut, dan risiko defisit nutrisi.

Pasien 2 (By. Ny. A) dengan diagnosis medis Neonatus Kurang Bulan Sesuai Masa Kehamilan (NKB-SMK), asfiksia sedang, berjenis kelamin perempuan, lahir spontan dari ibu G2P1A0, prematur 32 minggu karena KPSW. Usia kronologis bayi 2 hari. Status antropometri bayi: berat badan 2600 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 32 cm, lingkar dada 30 cm. Nilai APGAR 5/6. Pemeriksaan tanda vital: suhu 36,6°C, *heart rate* 130x/menit, pernapasan 58x/menit, dan saturasi oksigen 96%. Bayi terpasang oksigen nasal kanul 1 liter/menit, terpasang warming lamp, dan bayi akan direncanakan pemasangan infus D10 1/4 NS, total cairan 60 cc. Pemeriksaan lab: Hb 14,9 g/dl, eritrosit 4,93 10⁶/mm³, leukosit 11,8 10³/mm³, trombosit 318 10³/μL, hematokrit 53%, dan GDS 58mg/dl. Diagnosis keperawatan yang muncul pada subjek 2 yaitu pola napas tidak efektif, nyeri akut, dan risiko defisit nutrisi.

Pada subjek 1 faktor risiko bayi lahir dengan asfiksia adalah faktor ibu dengan preeklampsia berat. Ibu hamil yang memiliki riwayat preeklampsia berat memiliki kecenderungan melahirkan bayi dengan asfiksia sebesar 55% dan yang tidak mengalami pre eklampsia adalah 45

bayi (45%) dan ada hubungan pre eklamsia berat (PEB) dengan kejadian asfiksia neonatorum dengan preeklamsia berat beresiko 1,6 kali lebih beresiko mengalami asfiksia neonatorum dibandingkan dengan tidak mengalami preeklamsia berat (Ulfa & Sinambela, 2019)]. Pre eklamsia mengakibatkan tekanan darah yang tinggi, sehingga pasokan darah ke plasenta menurun. Gangguan perfusi utero-plasenta mengganggu sirkulasi oksigenasi bayi, akibatnya perkembangan bayi menjadi lambat dan terjadi hipoksia intrauterine, lebih fatal lagi, penyakit ini bisa menyebabkan lepasnya jaringan plasenta secara tiba-tiba dari uterus sebelum waktunya (Indah & Apriliana, 2016).

Pada subjek 2, faktor risiko bayi lahir dengan asfiksia adalah bayi lahir prematur karena ketuban pecah dini. Kelahiran bayi prematur terbukti secara signifikan menyebabkan bayi mengalami asfiksia neonatorum (Katiandagho & Kusmiyati, 2015). Prematuritas menyebabkan belum maksimal sistem pernapasan pada bayi, sehingga sulit untuk beradaptasi di lingkungan ektrauterin. Asfiksia pada bayi prematur dapat terjadi karena imaturitas dari sistem pernapasan yaitu belum sempurnanya pembentukan membrane hialin surfaktan paru. Berikut ini merupakan respon fisiologis dan skala nyeri bayi selama pemasangan infus dengan menggunakan penerapan metode swaddling yang ditunjukkan pada tabel 1:

Tabel 1. Respon Fisiologis Nadi, SaO₂, dan Skala Nyeri Bayi selama Pemasangan Infus dengan Metode Swaddling

Karakteristik	Tahapan Penusukan	Bayi 1	Bayi 2
Nadi	Sebelum	145	145
	Selama	150	155
	Sesudah	146	148
SaO ₂	Sebelum	97	96
	Selama	96	95
	Sesudah	96	95
Skala Nyeri		2	2

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat selama pemasangan infus dengan metode swaddling frekuensi nadi dan saturasi oksigen pada bayi segera kembali mendekati nilai awal. Hasil yang diperoleh pada subjek pertama dengan kategori skala nyeri ringan (2), dan subjek kedua dengan kategori skala nyeri ringan (2). Salah satu respon stres pada bayi akibat proses prosedur invasif adalah peningkatan frekuensi nadi dan penurunan saturasi oksigen (Bellieni, 2012). Mekanisme perubahan fisiologis tersebut merupakan respon pertahanan dari bayi karena nyeri akan mengaktifasi bagian otak hemisfer kanan untuk mengeluarkan respon pertahanan tubuh melalui pengeluaran hormone (kortikosteroid, vasopresin, dan oksitosin), peningkatan denyut jantung, dan mekanisme energi (Ozawa, Kanda, Hirata, Kusakawa, & Suzuki, 2011).

PEMBAHASAN

Bayi prematur belum memiliki kemampuan yang optimal untuk memposisikan fleksi sendiri secara mandiri selama berespon terhadap nyeri, sehingga bayi prematur tidak bisa menerapkan straregi kenyamanan diri untuk beradaptasi terhadap situasi yang menegangkan dan menyakitkan. Metode swaddling membantu bayi khususnya bayi prematur menjaga pergerakan mereka, sehingga kestabilan fungsi fisiologis autonomik lebih baik. Menangis merupakan respon perilaku nyeri yang utama. Bayi menangis dikarenakan sesuatu yang dirasa tidak nyaman terjadi salah satunya adalah nyeri. Bayi yang mendapatkan stimulus nyeri berulang dan tidak terkontrol, maka bayi akan kehilangan *white matter fractional anisotropy* dan *subcortical gray matter area* pada bagian otak (Brummelte et al., 2012). Hal ini akan mengakibatkan kerusakan otak secara permanen pada fungsi motorik dan kognitif. Oleh karena itu, pengkajian nyeri yang akurat dan mengontrol nyeri yang tepat pada bayi prematur sangat memberikan banyak keuntungan.

Perubahan yang ditemukan pada parameter fisiologik menunjukkan bahwa bayi memiliki masalah dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi karena pemenuhan kebutuhan oksigenasi sangat dipengaruhi oleh sistem pernapasan dan sistem kardiovaskular. Penerapan swaddling selama pemasangan infus merupakan manajemen nyeri yang efektif untuk membantu pemenuhan kebutuhan oksigen pada bayi dengan asfiksia. Hormon terhadap stres akan dilepaskan dan bermanifestasi pada peningkatan denyut jantung, tekanan darah, curah jantung, gangguan motilitas saluran cerna serta gangguan sistem imunitas, sehingga berkontribusi terhadap risiko infeksi, morbiditas, dan lama hari perawatan bayi (Witt et al., 2016).

Manajemen nyeri merupakan salah satu intervensi keperawatan yang bertujuan membangun konservasi energi (Mefford & Alligood, 2011). Retensi energi diperlukan untuk proses kesembuhan dan pertumbuhan dan keduanya sangat penting untuk pertahanan bayi prematur. Manajemen nyeri sangat penting untuk mengurangi stimulasi negatif pada bayi yang terpasang alat bantu napas, karena nyeri iatrogenik akibat berbagai prosedural selama pemasangan alat bantu napas dapat mempengaruhi hemodinamik serebral. Beberapa intervensi keperawatan lainnya direkomendasikan dapat juga diterapkan di ruangan perawatan neonatus untuk meminimalkan nyeri yakni *facilitated tucking* dengan menerapkan sentuhan therapeutic untuk meminimalkan pengeluaran energi pada bayi selama tindakan invasif (Oktaviani, Rustina, & Efendi, 2018).

Evaluasi pada hari ketiga kedua subjek menunjukkan bayi sudah lepas oksigen dan tidak tampak adanya retraksi pada bayi, infus sudah dilepas bayi akan direncanakan pulang. Diagnosis keperawatan yang diangkat pada kedua subjek sudah teratasi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Metode swaddling merupakan salah satu manajemen nyeri nonfarmakologis untuk meminimalkan nyeri pada bayi. Kedua responden pada penelitian ini adalah neonatus dengan asfiksia. Manajemen nyeri sangat diperlukan untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi pada bayi dalam periode kritis karena nyeri dapat berdampak pada sistem pernapasan dan kardiovaskular. Penerapan metode swaddling dapat meminimalkan nyeri pada kedua responden dengan kategori ringan, dan respon fisiologis nadi dan saturasi oksigen dengan cepat kembali pada fase awal penusukan. Hal ini membuktikan swaddling dapat diterapkan selama penerapan asuhan perkembangan pada neonatus.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Direktur, Kepala Pusat Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (P2M) Poltekkes Kemenkes Palembang, Ketua Prodi Keperawatan Lubuklinggau yang telah mendukung peneliti untuk melakukan penelitian ini. Terima kasih juga peneliti sampaikan kepada Direktur Rumah Sakit Dr Sobirin Kabupaten Musi Rawas, Kepala Ruangan dan segenap perawat ruangan Melati serta orang tua responden yang telah berkenan berkontribusi dalam penelitian ini.

KONFLIK KEPENTINGAN

Penelitian ini tidak ada konflik kepentingan. Penelitian dan publikasi dilaksanakan untuk pengembangan keilmuan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Badr, L. K., Abdallah, B., Hawari, M., Sidani, S., Kassar, M., Nakad, P., & Breidi, J. (2010). Determinants of premature infant pain responses to heel sticks. *Pediatric Nursing*, 36(3), ..
- Belliemi, C. V. (2012). Pain assessment in human fetus and infants. *The AAPS Journal*, 14(3), 456–461.

- Brummelte, S., Grunau, R. E., Chau, V., Poskitt, K. J., Brant, R., Vinall, J., ... Miller, S. P. (2012). Procedural pain and brain development in premature newborns. *Annals of Neurology*, 71(3), 385–396.
- Collados-Gómez, L., Camacho-Vicente, V., González-Villalba, M., Sanz-Prades, G., & Bellón-Vaquerizo, B. (2018). Neonatal nurses' perceptions of pain management. *Enfermería Intensiva (English Ed.)*, 29(1), 41–47.
- Erkut, Z., & Yildiz, S. (2017). The effect of swaddling on pain, vital signs, and crying duration during heel lance in newborns. *Pain Management Nursing*, 18(5), 328–336.
- Gitto, E., Pellegrino, S., Manfrida, M., Aversa, S., Trimarchi, G., Barberi, I., & Reiter, R. J. (2012). Stress response and procedural pain in the preterm newborn: the role of pharmacological and non-pharmacological treatments. *European Journal of Pediatrics*, 171(6), 927–933.
- Hamilton, D. L. (2015). *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior*. Psychology Press.
- Indah, S. N., & Apriliana, E. (2016). Hubungan antara preeklamsia dalam kehamilan dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir. *Jurnal Majority*, 5(5), 55–60.
- Katiandagho, N., & Kusmiyati, K. (2015). Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum. *JIDAN (Jurnal Ilmiah Bidan)*, 3(2), 28–38.
- Lopez, O., Subramanian, P., Rahmat, N., Theam, L. C., Chinna, K., & Rosli, R. (2015). The effect of facilitated tucking on procedural pain control among premature babies. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1-2), 183–191.
- Mefford, L. C., & Alligood, M. R. (2011). Testing a Theory of Health Promotion for Preterm Infants Based on Levine's Conservation Model of Nursing. *Journal of Theory Construction & Testing*, 15(2).
- Oktaviani, E., Rustina, Y., & Efendi, D. (2018). Facilitated tucking effective to pain relief on the preterm infants in perinatal unit in Jakarta. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 21(1), 9–16.
- Organization, W. H. (2015). *World health statistics 2015*. World Health Organization.
- Ozawa, M., Kanda, K., Hirata, M., Kusakawa, I., & Suzuki, C. (2011). Influence of repeated painful procedures on prefrontal cortical pain responses in newborns. *Acta Paediatrica*, 100(2), 198–203.
- Shu, S., Lee, Y., Hayter, M., & Wang, R. (2014). Efficacy of swaddling and heel warming on pain response to heel stick in neonates: a randomised control trial. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3107–3114.
- Sposito, N. P. B., Rossato, L. M., Bueno, M., Kimura, A. F., Costa, T., & Guedes, D. M. B. (2017). Assessment and management of pain in newborns hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit: a cross-sectional study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25.
- Statistik, B. P. (2017). Badan pusat statistik. *Badan Pusat Statistik*.
- Ulfa, I. M., & Sinambela, D. P. (2019). Hubungan Pre Eklamsia Berat Pada Ibu Bersalin Dengan Asfiksia Neonatorum Di RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan: Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*, 10(1), 158–170.
- Vinall, J., & Grunau, R. E. (2014). Impact of repeated procedural pain-related stress in infants born very preterm. *Pediatric Research*, 75(5), 584–587.
- Walker, S. M. (2014). Neonatal pain. *Pediatric Anesthesia*, 24(1), 39–48.
- Witt, N., Coynor, S., Edwards, C., & Bradshaw, H. (2016). A guide to pain assessment and management in the neonate. *Current Emergency and Hospital Medicine Reports*, 4(1), 1–.
- Yilmaz, F., & Arıkan, D. (2011). The effects of various interventions to newborns on pain and duration of crying. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7-8), 1008–1017.

D3 Kep Ambar Kirani

by Ambar Kirani

Submission date: 25-Jul-2023 09:36AM (UTC+0700)

Submission ID: 2136390327

File name: D3_Kep_Ambar_Kirani.doc (67.5K)

Word count: 2154

Character count: 13950

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

Implementasi asuhan keperawatan telah dilakukan dengan komprehensif melewati tahapan pendekatan keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif ini dilakukan pada perawatan By. Ny. M atas diagnosa medisnya yang terlahir Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Proses ini meliputi pengkajian keperawatan, analisis data, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, penerapan keperawatan terapi *swaddling* ke pasien terdiagnosa BBLR dengan efek nyeri, kemudian evaluasi keperawatan By. Ny. M yang telah dilakukan pada tanggal 5 Juni 2023 hingga 7 Juni 2023 lalu. Dari evaluasi kemarin, dapat ditarik kesimpulan dan pemecahan masalah. Dengan ini, penulis dapat dengan mudah membandingkan antara teori yang ada dengan praktik pelaksanaan asuhan keperawatan pada By. Ny. M yang terdiagnosa medis BBLR dengan penerapan terapi *swaddling* terhadap pasien nyeri di Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Rejang Lebong, Bengkulu sebagai berikut:

5.1 Pengkajian

Klien datang dari Unit Gawat Darurat (UGD) RSUD Rejang Lebong pada 5 Juni 2022 pukul 11.40 WIB. Lahir seorang bayi yang tidak langsung menangis dengan jenis kelamin perempuan, (+) A/S 5/8, berat bayi 2000 gram, RR 37 x/m, SPO2 96%, LK 27 cm, LD 28 cm, PB 43 cm, refleks isap bayi masih lemah, dada retraksi (-), oksigen diberikan 1 l/menit melalui

kanul, dengan riwayat kehamilan ibu G²P²A⁰, usia kehamilan 34 minggu terpresentasi kepala. Pengkajian pada pasien dengan terdiagnosa BBLR, menurut Padila (2013) dapat diterapkan mulai dari observasi atau pengumpulan data, menerima informasi dari status, serta melakukan wawancara dengan keluarga pasien dan perawat terkait. Ada pula studi dokumentasi yang artinya mengumpulkan data dengan mempelajari data-data penunjang atau riwayat kesehatan terdahulu klien.

Perolehan data dalam proses kajian dilapangan dengan data yang sudah ada ditemukan teori BBLR berjumlah senilai <2.500 gr, dengan panjang <45cm, ligkar dada <30cm, lingk kepala <33cm, gestasi <37 minggu, kulit tipis dan berkilap, lemak subkutan kurang, tulang rawan lunak, terdapat lanugo yang berlebihan dipunggung, pembuluh darah terlihat jelas, labia minora belum tertutup bagi bayi perempuan, testis belum turun pada bayi laki-laki, kurangnya pergerakan, lemahnya otot tonus, menangis lemah, pernapasan tidak teratur, apnea, dan tonik leher lemah.

Penulis mendapati sedikit kesulitan sebelum melakukan pemeriksaan fisik pada klien yang disebabkan karena kondisi klien yang melemah. Hasil pemeriksaan menunjukkan, tingkat kesadaran klien composmentis dengankondisi umum yang cukup baik. Namun klien tampak sesak dengan RR:37x/menit dan tidak mendapati pernafasan dihidung saat auskultasi juga tidak ada suara nafas tambahan. Oksigen yang di pasang pada BBLR supaya bayi bisa beradaptasi dari dalam rahim keluar rahim dengan sirkulasi yang baik. Maka oksigen diberikan 1 l/menit karna untuk membantu bayi untuk

beradaptasi pernapasan waktu lahir (Proverawati dan Sulistyorini, 2012). Suhu klien 36,7° C pada saat bayi menggunakan bedong (*swaddling*), kemudian pengambilan tindakan dengan *nesting* atau memasukkan bayi ke inkubator agar bayi merasa nyaman dengan suhu yang hangat.

Dikuatkan dengan ciri-ciri vital lainnya yakni RR: 37x/mnt, Nadi : 135x/mnt, Spo2 : 96 %, serta diit yang diperlukan oleh klien sejumlah 30cc/3jam, dan klien mendapatkan antibiotik berupa inj ampicillin yang mana obat ampicillin adalah obat yang digunakan untuk mengobati berb agai macam infeksi bakteri secara rutin per harinya. Melalui data-data yang sudah dikaji, penulis bisa langsung menguatkan diagnosa keperawatan yang menyesuaikan situasi kondisi pada klien.

Pemeriksaan laboratorium merupakan metode penunjang yang dapat dilakukan perawat dalam merawat bayi BBLR. Setelah dilakukan pengkajian terhadap By. Ny. M dengan melakukan pemeriksaan di laborarorium, yakni pemeriksaan darah secara rutin seperti hemoglobin, leukosit, hematokrit,trombosit hingga eritrosit. Pemeriksian laboratorium yang dilakukan pada Selasa tanggal 06 Juni 2023 mendapati hasil Hemoglobin 18,0 g/dL, Leukosit 15.300 uL. Pada bayi BBLR akan terjadi imaturitas sistem imun atau belum matangnya fungsi organ – organ tubuhnya.sehingga bayi BBLR cenderung mengalami masalah seperti risiko terkontaminasi akibat imunitas humoral dan jaringan seluler yang masih kurang. Inilah yang menyebabkan bayi dengan mudahnya terinfeksi.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Dari teori saat menegakkan diagnosa keperawatan yang muncul pada bayi BBLR ditemukan 5 diagnosa yang sesuai (SDKI DPP PPNI , 2017) yaitu :

1. Ritme nafas tidak efektif yang berhubungan dengan terhambatnya nafas yang ditandai dengan dispnea.
2. Hipotermia, berkaitan dengan terpaparnya suhu lingkungan yang terlalu rendah atau dibawah normal
3. Risiko infeksi dengan ciri ketidaktahanan kondisi tubuh primer, kerusakan kulit, ketuban pecah terlalu lama, serta ketuban pecah sebelum jadwal yang ada
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan.
5. Nyeri yang berlebihan yang diakibatkan cedera fisik

Berdasarkan data-data yang di dapatkan dari By.Ny.M dengan 5 diagnosa BBLR yang dapat diwujudkan dengan menyesuaikan kondiisi sesungguhnya klien di lapangan yaitu:

1. Ritme nafas tidak normal dikarenakan lemahnya otot pada saluran pernafasan
2. Risiko Termoregulasi Tidak Efektif berhubungan dengan Berat badan rendah atau eksrem
3. Risiko defisit soal nutrisi berkaitan dengan ketidakmampuan menelan
4. Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit
5. Nyeri yang berlebihan akibat pecedera fisik adanya Tindakan invasif seperti pengambilan darah

Berdasarkan teori dan kondisi klien ada 5 diagnosa yang di ambil tetapi dari 5 diagnosa itu 2 diagnosa tidak diangkat . Karna dari kondisi klien di lapangan tidak ada data – data pendukung untuk ditegakannya diagnosa tersebut.

5.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan dibuat atas dasar teori Nuarif (2015), rencana perawatan ini dibuat berdasarkan temuan dan diagnosis yang ada dan merupakan langkah penting untuk keberhasilan asuhan keperawatan yang akan di lakukan. Rencana perawatan yang terdapat dalam laporan atau teori pendahuluan tidak termasuk dalam semua intervensi penulis dalam kasus ini, sebab penulis melakukan penyesuaian antara intervensi bersamaan dengan diagnosa media yang ditemukan pada sosok klien.

Menurut (SIKI, 2018) intervensi untuk diagnosis pola nafas tidak efektif meliputi observasi pola nafas (laju nafas, kedalaman, kekuatan nafas), observasi suara nafas tambahan, pemberian oksigen, asupan cairan 200 ml/hari jika tidak kontraindikasi, kolaborasi dengan pemberian mukolitik. Dalam hal ini, penulis memasukkan intervensi (SDKI, 2018) agar tidak ada gap antara teori intervensi dengan definisi intervensi By.Ny.M. Menurut (SIKI, 2018), intervensi untuk mendiagnosis risiko inefisiensi termoregulasi terkait berat badan yang ekstrim antara lain pemantauan suhu bayi hingga stabil, pemantauan suhu tubuh, laju pernapasan dan denyut nadi, perawatan tali pusat bayi, menempatkan bayi BBLR di inkubator segera setelah lahir, penggunaan topi bayi untuk mencegah panas, menjaga kelembaban inkubator

sebanyak

50% atau lebih untuk mengurangi kehilangan panas karena proses peralihan atur suhu inkubator sesuai kebutuhan,atur posisi fleksi pada pasien. Melakukan perawatan tali pusat pada bayi, pakaikan popok bayi di bawah umbilicus jika tali pusat masih basah, ganti popok bayi jika popok bayi penuh, pakaikan pakaian dari bahan katun, anjurkan ibu untuk menyusui sesuai kebutuhan.

Dalam kesempatan ini, penulis mengutip intervensi yang sesuai dan relevan dengan (SIKI 2018). Dengan demikian, tidak ada kesenjangan antara teori intervensi tersebut dengan penerapan intervensi pada pasien di lapangan.

Menurut (SIKI,2018), intervensi untuk diagnosa risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan refleks menghisap masih lemah ¹ adalah identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi susu formula, ¹ monitor asupan makanan, monitor berat badan, sajikan makanan dengan suhu yang sesuai dengan bayi, ajarkan diit yang di programkan

Menurut (SIKI, 2018), tindakan untuk mendiagnosis risiko infeksi akibat peningkatan paparan organisme patogen di lingkungan dan pemberian infus umbilikal meliputi pemantauan tanda dan gejala infeksi, pembatasan jumlah pengunjung, perawatan kulit terhadap pembengkakan, mencuci tangan setelah dan sebelum kontak dengan pasien dan pasien serta menjelaskan gejala lingkungan pasien, jika perlu menjelaskan gejala kolaborasi, menjelaskan gejala jika perlu. Dalam hal ini, penulis melakukan intervensi yang tepat

(SIKI, 2018) agar tidak terjadi gap antara teori intervensi dengan pengertian intervensi di bidang By.Ny.M.

Menurut (SIKI, 2018), intervensi ⁴ untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencandra fisik adanya Tindakan invasif seperti pengambilan sampel darah dari IV ¹ adalah identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri pada bayi, indentifikasi skala nyeri pada bayi, ² identifikasi skalanyeri non verbal, monitor efek samping pemberian analgetic, berikan teknik non farmakologi seperti *swaddling* (Sarzani, 2020) untuk mengurangi nyeri pada bayi, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat tidur pada bayi, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetic. Dengan ini, penulis membawa intervensi yang sesuai dengan (SIKI 2018), dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori intervensi dengan penetapan intervensi pada By.Ny.M dilapangan langsung.

5.4 Implementasi Keperawatan

Menurut Nuarif (2015), implementasi merupakan perwujudan dari intervensi keperawatan yang telah disusun, dilaksanakan baik secara mandiri maupun kolaborasi atau bekerjasama dengan kepala ruangan, perawat ruangan, dan dokter yang bertugas, serta klien dan keluarganya.

Dalam pelaksanaan tindakan yang diusulkan, penulis tidak dapat melakukannya sendiri sepenuhnya, solusinya penulis bekerjasama dengan perawat dan keluarga dalam pelaksanaan tindakan pengobatan yaitu. dalam

diagnosis pola nafas tidak efektif dengan pemasangan oksigen 1 l/menit, penulis melakukan beberapa kesempatan untuk melakukan observasi pada bayi. Saat mendiagnosis risiko termoregulasi, penulis mengontrol TTV, sehingga TTV tetap stabil dan pengobatannya sendiri bersarang. Setelah mendiagnosa resiko malnutrisi maka penulis melakukan tindakan terapi yaitu mengkonsumsi makanan yang mengandung susu 30 cc/jam. Ketika risiko infeksi didiagnosis, penulis memberikan antibiotik setiap hari.

Pada diagnosa medis nyeri yang berlebihan melakukan tindakan *swaddling* untuk mengurangi nyeri pada saat tindakan invasif. *Swaddling* adalah pembungkusan kain yang diberikan pada bayi baru lahir. Tujuan dari proses *swaddling* adalah untuk mencegah bayi mengalami rasa sakit yang berlebihan dan untuk membantu meminimalkan kehilangan kalori, yang menyebabkan peningkatan eksresi katekolamin dan kortisol serta mengurangi faktor yang memicu komplikasi jangka panjang pada bayi (Oktaviani, dkk, 2022). Terapi *swaddling* merupakan metode non farmakologi yang efektif untuk mengurangi nyeri pada bayi, mempersingkat waktu tangis bayi dan menstabilkan respon fisiologis selama prosedur penusukan pada bayi (Erkut & Yildiz, 2017). Meskipun tindakan non farmakologi adalah *gold standar* dalam penanganan nyeri, metode seperti yang digunakan yaitu *swaddling*, metode ini dapat digunakan sebagai pengobatan tambahan untuk prosedur nyeri pada bayi(Erkut & Yildiz, 2017)..

Seusai melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan, penulis mendokumentasikan tindakan yang dilakukan secara langsung. Dokumentasi

ini diperlukan untuk mencatat dan menganalisis perkembangan kondisi klien tahap demi tahap setiap harinya, meskipun dokumentasi ini tidak memuat keadaan pasien dengan lengkap.

Saat pelaksanaan perawatan pada By.Ny.M, penulis melakukan implementasi yang dilakukan selama 3 hari diruang mawar RSUD Kabupaten Rejang Lebong. Pada tanggal 6 Juni 2023 penulis melakukan tindakan implementasi pada By.Ny.M dengan tindakan *swaddling* (pembedongan) yang dilakukan pada saat pengambilan darah melalui intravena. Sebelum pengambilan darah perawat dan dokter sudah memberi informasi kepada keluarga dan orang tua klien untuk menanda tangan surat persetujuan untuk pengambilan sampel darah. Pada saat pengambilan darah diambil sebanyak 2 kali karena sampel darah pertama mengalami pembekuan dan karena itu dilakukan pengambilan darah ulang pada hari yang sama pada klien. Sebelum pengambilan darah bayi di keluarkan dari dalam inkubator dan di letakan di tempat yang nyaman. Lalu bayi di monitor TTV sebelum melakukan tindakan invasif untuk melihat perubahannya hasilnya Suhu : 36.7°C, SPO2 : 94 %, HR : 135 x/m, RR : 37 x/m dan waktu pengambilan darah bayi perawat mengukur nyeri pada bayi dengan menggunakan metode NIPS dan hasil dari pengambilan darah pada bayi yang tidak menggunakan *swaddling* itu skornya 7 yang mana kategori skor 7 (nyeri berat). Setelah itu perawat melakukan terapi *swaddling* untuk mengurangi nyeri pada bayi dan mengukur kembali TTV bayi pada saat bayi di *swaddling* yang mana hasilnya efektif untuk mengurangi nyeri pada bayi dan TTV bayi yang mana 5 menit setelah di

bedong bayi sudah tidak menangis dan skala nyeri klien menurun menjadi 0 (bebas nyeri), dan TTV pada bayi menurun dengan Suhu : 36.6°C, SPO2 : 97 %, HR : 128 x/m, RR : 35 x/m. setelah selesai bayi di pindahkan di dalam inkubator. Tetapi saat mengantar darah ke laboratorium darah bayi beku dan bayi di lakukan pengambilan darah ulang pada hari selasa tanggal 06 juni 2023 dan waktu pengambilan darah perawat melakukan pengukuran TTV ulang dan setelah itu melakukan terapi *swaddling* (pembedongan) untuk membandingkan keefektifan terapi *swaddling*.

Pada saat pengambilan darah yang kedua bayi meringis dan menangis tapi tidak sekeras pengambilan darah yang pertama. Dan setelah di lakukan pengukuran menggunakan NIPS skor bayi 2 yang mana nilai 2 (nyeri sedang). Hasil TTV bayi pada saat di *swaddling* juga hasilnya baik Suhu : 36.6°C, SPO2 : 99 %, HR : 126 x/m, RR : 30 x/m. setelah selesai melakukan tindakan invasif tadi perawat juga memasukan obat inj ampicillin 75 mg pada bayi dan setelah selesai bayi di lakukan pengecekan gula darah dengan hasilnya 96 mg/dl. Saat dilakukan pengecekan GDS bayi tidak dilakukan pembedongan kaena bayi berada di dalam inkubator. Setelah selesai semua bayi di rapikan dan bayi kembali di letakan di dalam inkubator supaya bayi terhindar dari infeksi dan untuk perkembangan bayi.

5.5. Evaluasi Keperawatan

Memasuki tahap akhir yaitu evaluasi, proses ini digunakan sebagai tolak ukur keberhasilan perencanaan keperawatan untuk mewujudkan kebutuhan

klien dari hasil kriteria yang ditemukan. Tahap evaluasi yang diselesaikan oleh penulis yakni respon dan kilas balik setiap harinya setelah melaksanakan di jam akhir dinas. Dari evaluasi yang sudah dilewati, penulis sudah menggunakan klibat yang sesuai dengan teori yakni evaluasi formatif atau respon langsung dari klien, serta evaluasi sumatif. Kedua evaluasi ini penulis susun dalam bentuk pola Subjektif, Objektif, Analisa, dan Planning (SOAP).

Evaluasi formatif dan sumatif ini telah diterapkan pada keperawatan yang dilakukan selama tiga hari pada By. Ny. M dengan memperoleh lima diagnosa keperawatan. Pada hari pertama masalah teratasi 1 diagnosa pola nafas tidak efektif dan pada hari kedua timbul masalah baru yaitu masalah nyeri akut yang mana setelah di lakukan terapi *swaddling* untuk tindakan invasif masalah nyeri akut teratasi. Pada hari ke ketiga setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada By.Ny.M dengan BBLR terdapat 3 diagnosa teratasi pada tanggal 07 Juni 2023 diantaranya yaitu Risiko Termoregulasi Tidak Efektif berhubungan dengan Berat badan rendah atau eksrem intervensi teratasi dengan suhu bayi normal 36.5°C, Risiko Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan intervensi teratasi dengan BB bayi naik dari 2000kg menjadi 2100kg, Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit intervensi teratasi dengan tidak ada tanda tanda infeksi pada umbilicus bayi.

D3 Kep Ambar Kirani

ORIGINALITY REPORT

4%

SIMILARITY INDEX

4%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

1%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

repository.poltekkes-kaltim.ac.id

Internet Source

1%

2

Submitted to Badan PPSDM Kesehatan
Kementerian Kesehatan

Student Paper

1%

3

www.slideshare.net

Internet Source

1%

4

repository.poltekeskupang.ac.id

Internet Source

1%

5

es.slideshare.net

Internet Source

1%

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On