1  
**KARYA TULIS ILMIAH  
LAPORAN STUDI KASUS  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN By.Y DENGAN BERAT BADAN  
LAHIR SANGAT RENDAHDI RUANG RAWAT PERINATOLOGI  
RSUD DR.ACHMAD MOCHTARBUKITTINGGI TAHUN 2016  
OLEH :  
AYU AMELIA PARSYA  
NIM : 13103084015385  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
PERINTIS PADANG  
TAHUN 2016**  
2  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN By.Y DENGAN BERAT BADAN  
LAHIR SANGAT RENDAH DI RUANG RAWAT PERINATOLOGI RSUD  
DR. ACHMAD MOCHTARBUKITTINGGI TAHUN 2016  
LAPORAN STUDI KASUS  
*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan  
Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*OLEH :  
AYU AMELIA PARSYA  
NIM : 13103084015385  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
PERINTIS PADANG  
TAHUN 2016**  
3  
**ASUHAN KEPERAWTAN PADA By. Y DENGAN BERAT BADAN LAHIR  
SANGAT RENDAH DI RUANG RAWAT INAP PERINATOLOGI RSUD DR.  
ACHMAD MOCHTAR BUKITINGGI TAHUN 2016  
AYU AMELIA PARSYA 1, ENDRA AMALIA 2  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang  
Program Studi DIII Keperawatan  
Email :** Ayuparsya21@gmail.com  
**ABSTRAK**Berat Badan Lahir Sangat Rendah (BBLSR) adalah bayi baru lahir dengan berat  
badan di bawah normal atau kurang dari 1500 gram. Adapun penyebab terjadinnya  
BBLSR yaitu Penyakit ibu, usia ibu, keadaan sosial, faktor janin, dan faktor  
lingkungan.Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan Asuhan  
Keperawatan pada pasien dengan BBLSR di ruang rawat perinatologi RSUD Dr.  
Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016. Hasil laporan kasus ditemukan pada By. Y  
yaitu keluarga klien mengatakan berat badan anaknya rendah (1200 gram), keluarga  
mengatakan anaknya di inkubator suhu tubuh anak 35o C, keluarga mengatakan nafas  
anaknya tidak teratur, keluarga mengatakan anaknya lemah dan anaknya dibantu alat  
pernafasan. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah pada By. Y  
yaitu pola nafas tidak efektif, hipotermi, dan ketidakseimbangan nutrisi. Berdasarkan  
masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan  
keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujaun dan kriteria hasil. Untuk  
mencegah meningkatnya bblsr disarankan kepada petugas rumah sakit agar dapat  
memberikan asuhan keperawatan yang professional dan sebaik-baiknya sehingga  
meningkatkan kemungkinan untuk kesembuhan pasien.  
***Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Berat Badan Lahir Sangat Rendah***  
4  
***NURSING IN By. Y WITH VERY LOW BIRTH WEIGHT IN THE HOSPITAL  
PERINATOLOGY DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI YEAR 2016.  
AYU AMELIA PARSYA 1, ENDRA AMALIA 2  
College of Health Sciences Perintis Padang  
Nursing Studies Program DIII  
e-mail :Ayuparsya21@gmail.com****Abstract  
Very Low Birth Weight (VLBW infants) arenewborns with weight below normal or  
less than 1500 grams. The cause of that disease terjadinnya VLBW infants, mother's  
age, social situation, fetal factors, and environmental factors. The purpose of this  
report is able to perform nursing care in patients with VLBW infants in the ward  
perinatology Hospital Dr.AchmadMochtarBukittinggi 2016. The results of case  
reports found on By. Y is the client's family said her low body weight (1200 grams),  
said his family in the child's body temperature incubator 35o C, her family said  
irregular breath, his family said his weak and assisted breathing apparatus. Based  
on the results of the assessment found a problem on By. Y is a pattern Ineffective  
breathing, hypothermia, and nutritional imbalance. Based on the above nursing  
problems then drafted a plan and implement nursing actions and evaluation refers to  
tujaun and outcomes. To prevent the escalation of VLBW infants are advised to  
hospital personnel in order to provide professional nursing care and the best  
possible thereby increasing the chances for the patient's recovery.****Keywords: Nursing, Very Low Birth Weight***  
5  
**PERNYATAAN PERSETUJUAN**Laporan Studi Kasus berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada By. Y Dengan Berat  
Badan Lahir Sangat Rendah (BBLSR) Di Ruangan Perinatologi RSUD Dr.  
Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016”** ini telah disetujui, diperiksa dan telah  
dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi Diploma III  
Keperawatan STIKes Perintis Padang.  
Bukittinggi, Juli 2016  
Pembimbing  
**Ns.Endra Amalia, S.Kep, M.Kep  
NIK : 1420123106993012**Mengetahui  
Ka Prodi D III Keperawatan  
STIKes Perintis Padang  
**Ns.Endra Amalia, S.Kep, M.Kep  
NIK : 1420123106993012**  
6  
**PERNYATAAN PENGUJI**Laporan Studi Kasus berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Tumor  
Intra Abdomen Di Ruangan Bedah RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi  
Tahun 2016”** ini telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program  
Studi Diploma III Keperawatan STIKes Perintis Padang.  
Tim Penguji  
Penguji I  
**Ns. Aldo Yuliano, S.Kep, MM  
NIK : 1420120078509053**Penguji II  
**Ns.Endra Amalia, S.Kep, M.Kep  
NIK : 1420123106993012**  
7  
PPersembahan  
Kepada yang maha pengasih dan maha penyayang selain Engkau Ya  
ALLAH...Syukur alhamdulillah berkat rahmat dan karunia-Mu ya Allah, saya bisa  
menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Karya Tulis ilmiah ini ku persembahkan  
untuk :  
1. Kedua orang tuaku tercinta, Papaku **Parnedi** dan Mamaku **Syamsidar, S.Ag** ini  
anak kalian mencoba memberikan yang terbaik untuk kalian. Betapa diri ini ingin  
melihat kalian bangga padaku.Betapa tak ternilai kasih sayang dan pengorbanan  
kalian padaku.Terimakasih atas dukungan moril maupun materil untukku selama ini.  
2. For My sister and My brother ( **Intan Sabila Parsya, dan Yuda Firmanta AlHuda)**terima kasih atas semangat yang tiada henti beserta doa dari anak soleha  
seperti kalian berdua adikku yang kusayangi dan cintai sepanjang masa hehehehe…  
3. Sahabat-sahabatku tersayang di kampus yang selalu optimis,**Amelia Mifta  
Ulrahma (dedek)**, **Guswildani (iboyy), dan temanku di kampung halaman  
ivory**Terimakasih karena kalian selalu siap menampung air mata, tawaku, tempat  
sharing and tempat gosip tentunya, makasih atas motivasinya ya.,, I love u guys n I  
will miss u guys, persahabatan ini takkan ku lupakan sampai akhir hayat memisahkan  
kita. We are BEST FRIEND FOREVER!!  
4. Dosen pembimbingku ibuEndra Amalia yang sangat wise and beautiful, beliau  
yang terus memotivasiku untuk selalu fokus menyelesaikan perkuliahanku supaya  
bisa menjadi orang yang sukes nantinya.Dan juga buat bapaK Falerisiska Yunere  
selaku penguji dalam pembuatan KTI.  
5. Teman-temanku tersayang di kampus**(doni, fika, fuad, ike, gita, opi, nining, pipi,  
iyel, roval, ipit, candra, wilda, dani, bayu, dan firdaus)**kita sama-sama berjuang  
walaupun pada akhirnya kita tak sama meraih toga ini, tetap semangat dan terus  
berjuang buat kalian semua aku kan selalu merindukan kalian teman…  
6. Buat seseorang yang masih menjadi rahasia illahi, yang singgah di hatiku saat ini  
(Ali Habibi Lubis S.ST) ataupun yang belum sempat berjumpa selama pembuatan  
KTI ini, terimakasih untuk semua-semuanya yang pernah tercurah untukku, insyallah  
jodohnya kita bertemu atas ridho dan izin Allah S.W.T  
AYU AMELIA PARSYA AMD.Kep  
8  
**KATA PENGANTAR***Assalamu’alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*Segala Puji Syukur bagi Sang Kholik yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya  
yang telah dilimpahkan sebagai sumber kekuatan hati dan peneguhan iman sampai  
akhirnya penulis dapat menyelesaikan Penyusunan Laporan Ujian Hasil Pengamatan  
Kasus yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien By.Y dengan Berat  
Badan Lahir Sangat Rendah di Ruang Rawat Perinatologi RSUD DR.Achmad  
Mochtar Bukittinggi Tahun 2016”** tanpa nikmat sehat yang diberikan oleh-Nya  
sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Laporan Ujian Hasil  
Pengamatan Kasus ini.  
Sholawat berangkaikan salam juga selalu tercurahkan kepada junjungan Nabi  
Muhammad SAW, semoga atas ijin ALLAH SWT penulis dan teman-teman  
seperjuangan semua mendapatkan Syafaatnya nanti. Aamiin Aamiin Yarobbal  
Aalamiin.  
Penulisan Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini dilakukan dalam rangka  
memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd.Kep Program Studi D-III  
Keperawatan STIKes Perintis Padang. Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan  
dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan  
Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini. Oleh karna itu, Penulis mengucapkan  
banyak terimakasih terutama kepada Yth. Ibu Ns.Endra Amalia,M.Kep dan Ibu  
Ns.Hj.Yubi Yustiningsih S.KepKepala Ruangan Rawat Inap Perinatologi RSUD  
DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Sumatra Barat selaku pembimbing yang telah  
i  
9  
banyak meluangkan waktunya dengan penuh perhatian memberi arahan, petunjuk  
dan bimbingan sehingga Karya Tulis Ilmiah dapat terselesaikan.Seterusnya ucapan  
terima kasih saya yang sebesar-besarnya kepada :  
1. Bapak Yendrizal Jafri,S.KpM.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Bukittinggi  
Sumatra Barat.  
2. Ibu Ns,Endra Amalia,M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan  
sekaligus selaku pembimbing saya dalam pembuatan karya tulis ilmiah.  
3. Kepada Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah  
memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah  
memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan.  
4. Bapak dan Ibu dosen pengajar D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu  
Kesehatan Sumatera Barat  
5. Bapak dan Ibu dosen serta Staf Stikes Perintis Bukittinggi, yang telah banyak  
memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama mengikuti pedidikan.  
6. Terkhusus kepada kedua orang tuakutercinta dan seluruh keluarga atas jerih  
payah, curahan kasih sayang, bantuan moril maupun material serta do’a yang  
tulus dan ikhlas demi kesuksesan Penulis.  
7. Seluruh teman-teman, serta rekan-rekan mahasiswa lain yang telah banyak  
memberikan motivasi dan bantuan dalam bentuk apapun mulai saat pendidikan  
sampai terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini.  
Penulis menyadari bahwa Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini masih jauh dari  
kesempurnaan karena keterbatasan ilmu, waktu dan pengalaman yang penulis miliki.  
Untuk itu penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun demi  
kesempurnaan penulisan ini.  
ii  
10  
Akhir kata Kepada ALLAH SWT jualah Penulis menyerahkan segalanya dan  
berharap semoga Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini bisa diterima dan dapat  
dijadikan bahan bacaan untuk penulisan-penulisan yang berhubungan dengan Berat  
badan lahir rendah.  
Bukittinggi, Juli 2016  
Penulis  
iii  
11  
**DAFTAR ISI  
Halaman  
HALAMAN SAMPUL  
HALAMAN JUDUL  
ABSTRAK  
PERNYATAAN PERSETUJUAN  
PERNYATAAN PENGUJI  
HALAMAN PERSEMBAHAN  
KATA PENGANTAR..................................................................................... i  
DAFTAR ISI................................................................................................... iv  
DAFTAR GAMBAR...................................................................................... v  
DAFTAR TABEL........................................................................................... vi  
DAFTAR LAMPIRAN .................................................................................. vii  
BAB I PENDAHULUAN**1.1 Latar Belakang............................................................................. 1  
1.2 Tujuan Penulisan  
1.2.1 Tujuan Umum................................................................... 3  
1.2.2 Tujuan Khusus ................................................................. 3  
1.3 Manfaat Penulisan  
1.3.1 Bagi Penulis...................................................................... 4  
1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan.................................................. 4  
1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit.............................................. 4  
**BAB II TINJAUAN TEORITIS**2.1 Konsep Dasar BBLSR  
2.1.1 Pengertian......................................................................... 5  
2.1.2 Etiologi............................................................................. 5  
2.1.3 Manifestasi Klinis............................................................. 6  
2.1.4 Patofisiologi / WOC........................................................ 7  
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang.................................................... 12  
2.1.6 Penatalaksanaan................................................................ 12  
2.1.7 Komplikasi....................................................................... 14  
iv  
12  
2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis  
2.2.1 Pengkajian ........................................................................ 17  
2.2.2 Diagnosa........................................................................... 22  
2.2.3 Intervensi.......................................................................... 23  
2.2.4 Implementasi.................................................................... 28  
2.2.5 Evaluasi............................................................................ 28  
**BAB III TINJAUAN KASUS**3.1 Asuhan Keperawatan  
3.1.1 Pengkajian ........................................................................ 30  
3.1.2 Diagnosa Keperawatan……………………………. ....... 38  
3.1.3 Intervensi………………………….………………. ........ 39  
3.1.4 Catatan Perkembangan…………………………….. ....... 47  
**BAB IV PEMBAHASAN**4.1. Pengkajian.................................................................................... 54  
4.2. Diagnosa Keperawatan................................................................ 55  
4.3. Intervensi Keperawatan............................................................... 56  
4.4. Implementasi Keperawatan ......................................................... 56  
4.5. Evaluasi........................................................................................ 57  
**BAB V PENUTUP**5.1. Kesimpulan................................................................................... 58  
5.2. Saran ........................................................................................... 59  
**DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN**v  
13  
**DAFTAR TABEL**Tabel 2.1. Rencana Asuhan Keperawatan........................................................ 23  
Tabel 3.1. Analisa Data.................................................................................... 35  
Tabel 3.2. Intervensi......................................................................................... 38  
Tabel 3.3. Catatan Perkembangan.................................................................... 47  
vi  
14  
**DAFTAR LAMPIRAN**Lampiran 1 Lembaran Konsul  
Lampiran 2 Absensi  
vii  
1  
**BAB I  
PENDAHULUAN**1.1 **Latar Belakang**Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) berkisar 17 juta  
jiwa pertahun secara umum yang paling banyak mengalami Bayi Berat Lahir  
Sangat Rendah ( BBLSR ) adalah salah satunya negara berkembang dimana  
angka kejadiannya berkisar 16% per tahun. Asia Tenggara 20-35% bayi yang  
dilahirkan terdiri dari BBLSR dan 70-80% dari kematian neonatus terjadi  
pada bayi kurang bulan dan BBLSR. Hal ini dapat terjadi dan dipengaruhi  
oleh beberapa faktor seperti ibu mempengaruhi beberapa penyakit yang  
langsung berhubungan dengan kehamilan dan usia ibu (WHO, 2011).  
Indonesia Angka Kematian Bayi (AKB) masih sangat tinggi sebesar 34/1000  
kelahiran hidup.  
Kematian BBLSR banyak terjadi pada neonatus usia 0 – 6 hari (78,5%) target  
MDG’s (Millennium Development Goals) pada tahun 2015 adalah  
menurunkan AKB, menjadi 23 per 1000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan  
dengan negara tetangga seperti di Asia Tenggara seperti Singapura, Malaysia,  
Thailand dan Filipina angka kematian bayi di Negara Indonesia masih sangat  
tinggi (Depkes RI, 2011). Pencapaian program prioritas MDG’s AKB di Jawa  
Tengah yaitu mencapai 10,34 per 1000 kelahiran hidup dari target 9,1 per  
1000 kelahiran hidup. AKB di Jawa Tengah mencapai 5954 kasus dengan  
angka tertinggi berada di Pemalang sejumlah 334 (56,1%) dan terendah  
berada di Kota Magelang sejumlah 16 (2,69%), Kota Semarang sejumlah  
1  
2  
191 (32,08%) (Buku Saku Kesehatan, 2011). Sebagian besar penyebab  
kematian bayi dan balita adalah masalah yang terjadi pada bayi baru lahir  
atau neonatal (umur 0 – 28 hari) masalah neonatal ini meliputi asfiksia  
(kesulitan bernafas pada saat lahir). Bayi Berat Lahir Sangat Rendah dan  
infeksi, diare dan pneumonia merupakan penyebab kematian berikutnya pada  
bayi dan balita disamping penyebab lainnya serta dikonstribusi oleh masalah  
gizi (Depkes RI, 2011).  
Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) adalah bayi baru lahir yang berat  
badan lahirnya kurang dari 1500 gram. Bagi bayi prematur atau bayi yang  
lahir disertai penyulit atau komplikasi, tentunya proses adaptasi ini akan  
menjadi lebih sulit untuk dilaluinya. Bahkan, seringkali menjadi pemicu  
timbulnya komplikasi lain yang menyebabkan bayi tersebut tidak mampu  
melanjutkan kehidupan ke fase lanjut (meninggal). Bayi berat badan lahir  
sangat rendah atau prematur mempunyai kemungkinan lebih besar untuk  
menderita sakit atau kematian dari pada bayi yang lahir normal atau yang  
berat badan lahirnya lebih dari 2.500 gram. Oleh karenanya, diperlukan  
pengawasan ekstra yang dilakukan beberapa jam sampai beberapa hari setelah  
bayi itu dilahirkan, penilaian dan tindakan pada bayi berat badan lahir rendah  
sangatlah penting karena dapat mencegah terjadinya gangguan kesehatan  
pada bayi yang dapat menimbulkan cacat atau kematian (Pantiawati, 2010).  
Data dari Rs.Dr achmad muchtar dalam 6 bulan terakhir di dapatkan bayi  
berat badan lahir sangat rendah (BBLSR) sebanyak 150 bayi di tahun 2016  
meningkat 25% dari tahun 2015. Dari penjelasan diatas, maka penulis tertarik  
untuk mengetahui lebih lanjut bagaimana menerapkan asuhan keperawatan  
3  
pada klien dengan BBLSR diruang rawat inap PerinatologiRSAM Bukitinggi  
Tahun 2016.  
**1.2 Tujuan  
1.2.1 Tujuan Umun**Mampu memahami, menerapkan dan mendokumentasikan asuhan  
keperawatan dengan pasien serta mendapatkan pengalaman nyata tentang  
asuhan keperawatan Maternitas dengan BBLSR diruang rawat inap  
perinatologi RSAM Bukitinggi Tahun 2016.  
**1.2.2 Tujuan Khusus**1.2.2.1 Mampu menyusun konsep dasar asuhan keperawatan pada klien dengan  
BBLSR di ruang rawat inap perinatologi RSAM Bukitinggi Tahun  
2016.  
1.2.2.2 Mampu melaksanakan pengkajian dan mengidentifikasi data dalam  
menunjang asuhan keperawatan BBLSR di ruang rawat inap perinatologi  
RSAM Bukittinggi Tahun 2016.  
1.2.2.3 Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan klien  
denganBBLSR di ruang rawat inap perinatologi RSAM Bukitinggi Tahun  
2016.  
1.2.2.4 Mampu menetukan perencanaan asuhan keperawatan pada klien dengan  
BBLSR di ruang rawat inap perinatologi  
1.2.2.5 Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan  
klien dengan BBLSR di ruang rawat inap perinatologi RSAM Bukitinggi  
Tahun 2016.  
4  
1.2.2.6 Mampu melaksanakan evaluasi pada asuhan keperawatan klien dengan  
BBLSR di ruang rawat inap perinatologi RSAM Bukitinggi Tahun 2016.  
1.2.2.7 Mampu membuat dokumentasi keperawatan pada klien dengan BBLSR di  
ruang rawat inap perinatologi RSAM Bukittinggi Tahun 2016.  
**1.3 Manfaat Penulisan  
1.3.1 Bagi Penulis**Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis  
dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien  
dengan BBLSRdan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan  
Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis  
Sumatera Barat.  
**1.3.2 Bagi InstitusiPendidikan**Sebagai bahan referensi institusi dalam memahami asuhan keperawatan klien  
dengan BBLSR, sehingga dapat menambah pengetahuan dan acuan dalam  
memahami asuhan keperawatan klien dengan BBLSR.  
**1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit**Memberikan laporan dalam bentuk dokumentasi asuhan keperawatan kepada  
tim kesehatan Rumah Sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada  
klien dengan BBLSR.  
5  
**BAB II  
TINJAUAN TEORITIS  
2.1 Konsep Dasar  
2.1.1 Pengertian**Berat badan lahir sangat rendah (BBLSR) adalah bayi baru lahir dengan berat  
badan dibawah normal atau kurang dari 1500 gram. Indrasanto, (2008),  
sedangkan menurut IDAI, (2010), Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR)  
adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 1500 gram tanpa memandang usia  
gestasi. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 jam setelah  
lahir. BBLSR dapat terjadi pada bayi kurang bulan (<37 minggu) atau pada  
bayi cukup bulan (intrauterine growth restriction/IUGR) .Pendapat lain  
dariAlimul,(2005), Bayi berat lahir sangat rendah (BBSLR) adalah bayi  
(neonatus) yang lahir dengan memiliki berat badan antara 1500 gram sampai  
1000 gram .  
Dari ketiga pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa Bayi berat lahir  
sangat rendah (BBSLR) adalah bayi baru lahir yang ditimbang dalam 1 jam  
setelah lahir memiliki berat badan antara 1500 gram sampai 1000 gram tanpa  
memandang usia gestasi.  
**2.1.2 Etiologi**Bayi dengan berat badan lahir sangat rendah (BBLSR) disebabkan oleh  
beberapa faktor yaitu  
5  
6  
a) Penyakit ibu  
Penyakit yang berhubungan langsung dengan kehamilan, misalnya toxemia  
gravidarum, perdarahan antepartum, trauma fisik dan psikologis .Selain itu  
penyakit lain seperti nefritis akut, infeksi akut, dll.  
b) Usia ibu  
Angka kejadian tertinggi pada bayi BBLSR adalah umur ibu dibawah kurang  
dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, multigravida dengan jarak kehamilan  
terlalu dekat.  
c) Keadaan social  
Keadaan ini sangat berperan sekali terhadap timbulnya BBLSR. Hal ini  
disebabkan oleh gizi yang kurang baik dan antenatal care yang kurang.  
d) Faktor Janin  
Hidramnion, gameli, kelainan kromosom dan Syphilis termasuk juga  
infeksikronis.  
e) Faktor lingkungan  
Radiasi, tinggal di daratan tinggi, zatracun (Kiess N, 2009).  
**2.1.3 Manifestasi Klinis**Tanda dan gejala bayi prematur menurut Surasmi (2003) adalah :  
1. Umur kehamilan sama dengan atau kurang dari 37 minggu  
2. Berat badan sama dengan atau kurang dari 1500gr  
3. Panjang badan sama dengan atau kurang dari 46cm  
4. Kuku panjang belum melewati ujung jarinya.  
7  
5. Batas dahi dan ujung rambut kepala tidak jelas.  
6. Lingkar kepala sama dengan atau kurang dari 33cm  
7. Rambut lanugo masih banyak.  
8. Jaringan lemak subkutan tipis atau kurang.  
9. Tulang rawan daun telinga belum sempurna pertumbuhannya sehingga  
seolah-olah tidak teraba tulang rawan daun telinga.  
10. Tumit mengkilap telapak kaki halus.  
11. Alat kelamin pada bayi laki-laki pigmentasi dan rugae pada skrotum  
kurang, testis belum turun kedalam skrotum, untuk perempuan klitoris  
menonjol, libia minora tertutup oleh libia mayora.  
12. Tonus otot lemah sehingga bayi kurang aktif dan pergerakannya lemah.  
13. Fungsi syaraf yang belum atau kurang matang mengakibatkan refleks  
hisap menelan  
14. Jaringan kelenjar mamae masih kurang.  
15. Verniks tidak ada atau kurang.  
**2.1.4 Patofisiologi**Pernafasan spontan bayi baru lahir bergantung kepada kondisi janin pada  
masa kehamilan dan persalinan. Proses kelahiran sendiri selalu  
menimbulkankan asfiksia ringan yang bersifat sementara pada bayi (asfiksia  
transien), proses ini dianggap sangat perlu untuk merangsang kemoreseptor  
pusat pernafasan agar lerjadi “Primary gasping” yang kemudian akan  
berlanjut dengan pernafasan. Bila terdapat gangguan pertukaran  
gas/pengangkutan O2 selama kehamilan persalinan akan terjadi asfiksia yang  
lebih berat. Keadaan ini akan mempengaruhi fungsi sel tubuh dan bila tidak  
8  
teratasi akan menyebabkan kematian. Kerusakan dan gangguan fungsi ini  
dapat reversibelatautidak tergantung kepada berat dan lamanya asfiksia  
Asfiksia yang terjadi dimulai dengan suatu periode apnu (Primary apnea)  
disertai dengan penurunan frekuensi jantung selanjutnya bayi akan  
memperlihatkan usaha bernafas (gasping) yang kemudian diikuti oleh  
pernafasan teratur. Pada penderita asfiksia berat, usaha bernafas ini tidak  
tampak dan bayi selanjutnya berada dalam periode apnu kedua (Secondary  
apnea). Pada tingkat ini ditemukan bradikardi dan penurunan tekanan darah.  
Disamping adanya perubahan klinis, akan terjadi pula gangguan metabolisme  
dan pemeriksaan keseimbangan asam basa pada tubuh bayi.  
Pada tingkat pertama dan pertukaran gas mungkin hanya menimbulkan  
asidosis respiratorik, bila gangguan berlanjut dalam tubuh bayi akan terjadi  
metabolisme anaerobik yang berupa glikolisis glikogen tubuh ,sehingga  
glikogen tubuh terutama pada jantung dan hati akan berkurang.asam organik  
terjadi akibat metabolisme ini akan menyebabkan tumbuhnya asidosis  
metabolik. Pada tingkat selanjutnya akan terjadi perubahan kardiovaskuler  
yang disebabkan oleh beberapa keadaan diantaranya hilangnya sumber  
glikogen dalam jantung akan mempengaruhi fungsi jantung terjadinya  
asidosis metabolik akan mengakibatkan menurunnya sel jaringan termasuk  
otot jantung sehinga menimbulkan kelemahan jantung dan pengisian udara  
alveolus yang kurang adekuat akan menyebabkan akan tingginya  
resistensinya pembuluh darah paru sehingga sirkulasi darah ke paru dan  
kesistem tubuh lain akan mengalami gangguan.  
9  
Asidosis dan gangguan kardiovaskuler yang terjadi dalam tubuh berakibat  
buruk terhadap sel otak. Kerusakan sel otak yang terjadi menimbulkan  
kematian atau gejala sisa pada kehidupan bayi selanjutnya.  
10  
**2.1.5** WOC BBLSR Menurut Nanda Nic Noc 2012  
Penyakit ibu Keadaan sosial faktor janin Perdarahan anteartum  
Kurangnya nutrisi ibu Pelebaran segmen renjatan

|  |  |
| --- | --- |
| Sistem reproduksi in matur  terhadap nutrisi kehamilan | pengetahuan ibu |

saat hamil rendah  
status uterus robek  
Prematuritas Status nutrisi janin menurun  
Uterus belum siap Berat Janin Rendah  
Dengan genitasi lama  
Prematuria  
Berat janin masih  
Rendah BBLSR  
Pernafasan Otak kardiovaskuler imatur imunologis git  
Imaturitas paru membran hialin katup jantung sistem imun rendah tidak mampu mencerna nutrisi  
Dispneu belum terbentuk belum terbentuk  
Sindroma ggn anoksia otak darah kaya O2  
Pernafasan penurunan kesadaran dan miskin O2 teracampur metabolisme meningkat  
Otak  
**Mk : Ggn pola nafas In efektif** dispneu  
**Mk : resiko  
infeksi  
Mk : nutrisi kurang  
dari kebutuhan tubuh  
Mk : Ggn tumbuh Mk : Ggn Thermogulator  
Mk : defisit kembang  
volume cairan**  
11  
**2.1.6 Pemeriksaan Penunjang  
a.** Pemeriksaan pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterine serta  
menemukan gangguan pertumbuhan misalnya dengan pemeriksan ultra  
sonografi.  
**b.** Memeriksa kadar gula darah (true glucose) dengan dextrostik atau  
labopratorium kalau hipoglikemi perlu diatasi.  
**c.** Pemeriksaan hematokrit dan mengobati hiperviskositasnya.  
**d.** Bayi membutuhkan lebih banyak kalori.  
**e.** Melakukan tracheal – washing pada bayi yang diduga akan menderita  
aspirasimekonium.  
**f.** Sebaiknya setiap jam dihitung frekwensi pernafasan dan bila frekwensi  
lebih dari 60x/menit dibuat foto thorax.  
**2.1.7 Penatalaksanaan**Dengan memperhatikan gambaran klinik dan berbagai kemungkinan yang  
dapat terjadi pada bayi prematuritas, maka perawatan dan pengawasan bayi  
prematuritas ditujukan pada pengaturan panas badan, pemberian makanan  
bayi, dan menghindari infeksi.  
1. Pengaturan suhu badan bayi prematuritas/BBLSR  
Bayi prematuritas dengan cepat akan kehilangan panas badan dan menjadi  
hipotermia, karena pusat pengaturan panas badan belum berfungsi dengan  
baik, metabolismenya rendah, dan permukaan badan relatif luas. Oleh  
karena itu, bayi prematuritas harus dirawat di dalam inkubator sehingga  
panas badannya mendekati dalam rahim.  
12  
Bila belum memiliki inkubator, bayi prematuritas dapat dibungkus dengan  
kain dan di sampingnya ditaruh botol yang berisi air panas, sehingga panas  
badannya dapat dipertahankan.  
2. Makanan bayi prematur/BBLSR  
Alat pencernaan bayi prematur masih belum sempurna, lambung kecil,  
enzim pencernaan belum matang, sedangkan kebutuhan protein 3 sampai  
5gr/kgBB dan kalori 110 kal/kgBB badan, sehingga pertumbuhannya  
dapat meningkat. Pemberian minum bayi sekitar 3 jam setelah lahir dan  
didahului dengan mengisap cairan lambung. Reflek mengisap masih  
lemah, sehingga pemberian minum sebaiknya sedikit demi sedikit, tetapi  
dengan frekuensi yang lebih sering.  
ASI merupakan makanan yang paling utama, sehingga ASI-lah yang  
paling dahulu diberikan. Bila faktor mengisapnya kurang maka ASI dapat  
diperas dan diminumkan dengan sendok perlahan-lahan atau dengan  
memasang sonde menuju lambung. Permulaan cairan yang diberikan  
sekitar 50 sampai 60 cc/kgBB/hari dan terus dinaikkan sampai mencapai  
sekitar 200 cc/kgBB/hari.  
3. Menghindari infeksi  
Bayi prematuritas mudah sekali terkena infeksi, karena daya tahan tubuh  
yang masih lemah, kemampuan leukosit masih kurang, dan pembentukan  
antibodi belum sempurna. Oleh karena itu, upaya preventif sudah  
dilakukan sejak pengawasan antenatal sehingga tidak terjadi persalinan  
13  
prematuritas (BBLSR). Dengan demikian perawatan dan pengawasan bayi  
prematuritas secara khusus dan terisolasi dengan baik.  
4. Penimbangan ketat  
Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi/nutrisi bayi dan erat  
kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat  
badan harus dilakukan dengan ketat.  
**2.1.8 Komplikasi  
a.** Hipotermi  
Tanda terjadinya hipotermi adalah :  
1) Suhu tubuh bayi kurang dari 36,50C  
2) Kurang aktif dan tangis lemah  
3) Malas minum  
4) Bayi teraba dingin  
5) Kulit mengeras kemerahan  
6) Frekuensi jantung < 100x/menit  
7) Nafas pelan dan dalam  
b. Hipoglikemi  
Hipoglikemi ditandai dengan :  
1) Kadar glukosa darah < 45mg/dl  
2) Kejang, tremor, kurang aktif  
3) Riwayat ibu dengan diabetes  
4) Keringat dingin  
5) Hipotermia, sianosis, apneu intermitten  
14  
c. Ikterus/hiperbilirubin  
Hiperbilirubin pada BBLSR terjadi karena belum maturnya fungsi hepar pada  
bayi premature, bila tidak segera diatasi dapat menyebabkan kern ikterus  
yang akan menimbulkan gejala sisa yang permanen. Hiperbilirubin di tandai  
dengan :  
1) Selera, puncak hidung, sekitar mulut, dada, perut dan ekstermitas berwama  
kuning.  
2) Konjungtiva berwama kuning pucat  
3) Kejang  
4) Kemampuan menghisap menurun  
5) Letargi  
6) Kadar bilirubin pada bayi premature lebih dari l0 mg/dl  
d. Masalah pemberian minum  
Hal ini ditandai dengan :  
1) Kenaikan berat badan bayi < 20 g/hr selama 3 hari  
2) Ibu tidak dapat/tidak berhasil menyusui  
e. Infeksi/sepsis  
Infeksi pada BBLSR dapat terjadi bila ada riwayat ibu demam sebelum dan  
selama persalinan, ketuban pecah dini, persalinan dengan tindakan, terjadinya  
asfiksia saat lahir dll. Tanda terjadinya infeksi pada BBLSR antara lain :  
1) Pada pemeriksaan labomterium terdapat lekositosis atau lekositopenia dan  
trombositopenia.  
2) Bayi malas minum  
3) Suhu tubuh bayi hipertermi ataupun hipotermi  
4) Terdapat gangguan nafas  
15  
5) Letargi  
6) Kulit ikterus, sklerema  
7) Kejang  
f. Gangguan permafasan  
1) Deflsiensi surfaktan paru yang mengarah ke sindrom gawat nafas/RDS  
2) Resiko aspirasi akibat belum terkoordiansinya reflek batuk,reflek  
menghisap dan reflek menelan.  
3) Thoraks yang lunak dan otot respirasi yang lemah  
4) Pemafasan tidak teratur  
g. Penyakit membrane pada neonates/HDN  
Penyebabnya adalah defisiensi faktor koagulasi yang bergantung pada  
vitamin K.  
16  
**2.2. AsuhanKeprawatan  
2.2.1. Pengkajian**Pengkajian merupakan langkah utama dan dasar utama dari proses  
keperawatan yang mempunyai kegiatan pokok, yaitu :  
1. Pengumpulan data  
Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu dalam  
menentukan status kesehatan dan pola pertahanan penderita ,  
mengidentifikasikan, kekuatan dan kebutuhan penderita yang dapt  
diperoleh melalui anamnese, pemeriksaan fisik, pemerikasaan  
laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.  
2. DataSubyektif  
Data subyektif adalah persepsi dan sensasi klien tentang masalah  
kesehatan. Data subyektif terdiri dari:  
a. Biodata atau identitas pasien: meliputi nama tempat tanggal lahir jenis  
kelamin  
b. Orangtua meliputi : nama (ayah dan ibu, umur, agama, suku atau  
kebangsaan, pendidikan, penghasilan pekerjaan, dan alamat.  
c. Riwayat kesehatan  
1) Riwayat antenatal yang perlu dikaji atau diketahui dari riwayat  
antenatal pada kasus BBLSR yaitu:  
a) Keadaan ibu selama hamil dengan anemia, hipertensi, gizi  
buruk, merokok ketergantungan obat-obatan atau dengan  
penyakit seperti diabetes mellitus, kardiovaskuler dan paru.  
b) Kehamilan dengan resiko persalinan preterm misalnya kelahiran  
multiple, kelainan kongenital, riwayat persalinan preterm.  
17  
c) Pemeriksaan kehamilan yang tidak kontinyuitas atau periksa  
tetapi tidak teratur dan periksa kehamilan tidak pada petugas  
kesehatan.  
d) Hari pertama hari terakhir tidak sesuai dengan usia kehamilan  
(kehamilan postdate atau preterm).  
e) Riwayat natalkomplikasi persalinan juga mempunyai kaitan  
yang sangat erat dengan permasalahan pada bayi baru lahir.  
Yang perlu dikaji :  
f) Kala I : perdarahan antepartum baik solusio plasenta maupun  
plasenta previa.  
g) Kala II : Persalinan dengan tindakan bedah caesar, karena  
pemakaian obat penenang (narkose) yang dapat menekan sistem  
pusat pernafasan.  
2) Riwayat post natal  
Yang perlu dikaji antara lain :  
a) Agar score bayi baru lahir 1 menit pertama dan 5 menit kedua  
AS (0-3) asfiksia berat, AS (4-6) asfiksia sedang, AS (7-10)  
asfiksia ringan.  
b) Berat badan lahir : Preterm/BBLSR < 2500 gram, untu aterm ³  
2500 gram lingkar kepala kurang atau lebih dari normal (34-36  
cm).  
c) Adanya kelainan kongenital : Anencephal, hirocephalus  
anetrecial aesofagal.  
d) Pola nutrisiYang perlu dikaji pada bayi dengan BBLSR  
gangguan absorbsi gastrointentinal, muntah aspirasi,  
18  
kelemahan menghisap sehingga perlu diberikan cairan  
parentral atau personde sesuai dengan kondisi bayi untuk  
mencukupi kebutuhan elektrolit, cairan, kalori dan juga untuk  
mengkoreksi dehidrasi, asidosis metabolik, hipoglikemi  
disamping untuk pemberian obat intravena.  
e) Pola eliminasiYang perlu dikaji pada neonatus adalah BAB :  
frekwensi, jumlah, konsistensi. BAK : frekwensi, jumlah  
f) Latar belakang sosial budayaKebudayaan yang berpengaruh  
terhadap BBLSR kebiasaan ibu merokok, ketergantungan obatobatan tertentu terutama jenis psikotropikaKebiasaan ibu  
mengkonsumsi minuman beralkohol, kebiasaan ibu melakukan  
diet ketat atau pantang makanan tertentu.  
g) Hubungan psikologisSebaiknya segera setelah bayi baru lahir  
dilakukan rawat gabung dengan ibu jika kondisi bayi  
memungkinkan. Hal ini berguna sekali dimana bayi akan  
mendapatkan kasih sayang dan perhatian serta dapat  
mempererat hubungan psikologis antara ibu dan bayi. Lain  
halnya dengan BBLSR karena memerlukan perawatan yang  
intensif.  
3) Data Objektif  
19  
Data obyektif adalah data yang diperoleh melalui suatu pengukuran  
dan pemeriksaan dengan menggunakan standart yang diakui atau  
berlaku.  
4) Keadaan umum : Pada neonatus dengan BBLSR, keadaannya lemah  
dan hanya merintih. Keadaan akan membaik bila menunjukkan  
gerakan yang aktif dan menangis keras. Kesadaran neonatus dapat  
dilihat dari responnya terhadap rangsangan. Adanya BB yang stabil,  
panjang badan sesuai dengan usianya tidak ada pembesaran lingkar  
kepala dapat menunjukkan kondisi neonatus yang baik.  
5) Tanda-tanda Vital : Neonatus post asfiksia berat kondisi akan baik  
apabila penanganan asfiksia benar, tepat dan cepat. Untuk bayi  
preterm beresiko terjadinya hipothermi bila suhu tubuh < 36 °C dan  
beresiko terjadi hipertermi bila suhu tubuh < 37 °C. Sedangkan suhu  
normal tubuh antara 36,5°C – 37,5°C, nadi normal antara 120-140 kali  
per menit respirasi normal antara 40-60 kali permenit, sering pada  
bayi post asfiksia berat pernafasan belum teratur.  
6) Kulit : Warna kulit tubuh merah, sedangkan ekstrimitas berwarna biru,  
pada bayi preterm terdapat lanugo dan verniks.  
7) Kepala : Kemungkinan ditemukan caput succedaneum atau cephal  
haematom, ubun-ubun besar cekung atau cembung kemungkinan  
adanya peningkatan tekanan intrakranial.  
8) Mata : Warna conjunctiva anemis atau tidak anemis, tidak ada  
bleeding conjunctiva, warna sklera tidak kuning, pupil menunjukkan  
refleksi terhadap cahaya.  
20  
9) Hidung : Terdapat pernafasan cuping hidung dan terdapat  
penumpukan lendir.  
10) Mulut : Bibir berwarna pucat ataupun merah, ada lendir atau tidak.  
11) Telinga : Perhatikan kebersihannya dan adanya kelainan  
12) Leher : Perhatikan kebersihannya karena leher nenoatus pendek  
13) Thorax: Bentuk simetris, terdapat tarikan intercostal, perhatikan  
suara wheezing dan ronchi, frekwensi bunyi jantung lebih dari 100  
kali per menit.  
14) Abdomen : Bentuk silindris, hepar bayi terletak 1 – 2 cm dibawah  
arcus costaae pada garis papila mamae, lien tidak teraba, perut  
buncit berarti adanya asites atau tumor, perut cekung adanya hernia  
diafragma, bising usus timbul 1 sampai 2 jam setelah masa kelahiran  
bayi, sering terdapat retensi karena GI Tract belum sempurna.  
15) Umbilikus: Tali pusat layu, perhatikan ada pendarahan atau tidak,  
adanya tanda – tanda infeksi pada tali pusat.  
16) Genitalia: Pada neonatus aterm testis harus turun, lihat adakah  
kelainan letak muara uretra pada neonatus laki – laki, neonatus  
perempuan lihat labia mayor dan labia minor, adanya sekresi mucus  
keputihan, kadang perdarahan.  
17) Anus: Perhatiakan adanya darah dalam tinja, frekuensi buang air  
besar serta warna dari faeses.  
18) Ekstremitas : Warna biru, gerakan lemah, akral dingin, perhatikan  
adanya patah tulang atau adanya kelumpuhan syaraf atau keadaan  
jari-jari tangan serta jumlahnya.  
21  
19) Refleks : Pada neonatus preterm post asfiksia berat reflek moro dan  
sucking lemah. Reflek moro dapat memberi keterangan mengenai  
keadaan susunan syaraf pusat atau adanya patah tulang  
**2.2.1 Diagnosa Keperawatan**Diagnosa yang bisa ditegakkan oleh seorang perawat pada bayi dengan  
BBLSR menurut Nanda Nic Noc 2012 yaitu:  
1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi  
2. Hipotermi berhubungan dengan berat badan lahir sangat rendah.  
3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan  
dengan intake yang tidak adekuat.  
4. Defisit volume cairan berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.  
5. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan dan peningkatan  
paparan ligkungan.  
6. Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan gangguan  
neuromuskuler  
22  
**2.2.2 Intervensi**

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnosa Keperawatan/ Masalah Kolaborasi | Rencana keperawatan |
| Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
| Pola Nafas tidak efektif berhubungan dengan : •Hiperventilasi •Penurunan energi/kelelahan •Perusakan/pelemahan muskulo-skeletal •Kelelahan otot pernafasan •Hipoventilasi sindrom •Nyeri •Kecemasan •Disfungsi Neuromuskuler •Obesitas •Injuri tulang belakang DS: •Dyspnea •Nafas pendek DO: •Penurunan tekanan inspirasi/ekspirasi •Penurunan pertukaran udara per menit •Menggunakan otot pernafasan tambahan •Orthopnea •Pernafasan pursed-lip •Tahap ekspirasi berlangsung sangat lama •Penurunan kapasitas vital •Respirasi: < 11 – 24 x /mnt | NOC: •Respiratory status : Ventilation •Respiratory status : Airway patency •Vital sign Status Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pasien menunjukkan keefektifan pola nafas, dibuktikan dengan kriteria hasil: •Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dg mudah, tidakada pursed lips) •Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) •Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan) | NIC: •Posisikan pasien untuk memaksimalka n ventilasi •Keluarkan sekret dengan batuk atau suction •Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan •Atur intake untuk cairan mengoptimalka n keseimbangan. •Monitor respirasi dan status O2 •Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea •Pertahankan jalan nafas yang paten • |

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnosa Keperawatan/ Masalah Kolaborasi | Rencana keperawatan |
| Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |

23

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hipotermia Berhubungan dengan : •Ketidakmampuan sistem pengaturan suhu neonatus •Berat badan lahir rendah •Kehilangan lemak subkutan dan malnutrisi •ketidakefektifan DO/DS: •kulit dingin •bantalan kuku sianosis •penurunan suhu tubuh dibawah normal •takikardi | NOC: Thermoregulasi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pasien menunjukkan : Suhu tubuh dalam batas normal dengan kreiteria hasil: •Suhu 36 – 37C •Nadi dan RR dalam rentang normal •Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing, merasa nyaman | NIC : •Monitor suhu sesering mungkin •Monitor warna dan suhu kulit •Monitor tekanan darah, nadi dan RR •Monitor penurunan tingkat kesadaran •Monitor WBC, Hb, dan Hct •Monitor intake dan output •Selimuti pasien •Berikan cairan intravena •Kompres pasien pada lipat paha dan aksila •Tingkatkan sirkulasi udara •Tingkatkan intake cairan dan nutrisi •Monitor TD, nadi, suhu, dan RR •Catat adanya fluktuasi tekanan darah •Monitor hidrasi seperti turgor kulit, kelembaban membran mukosa) |

24

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnosa Keperawatan/ Masalah Kolaborasi | Rencana keperawatan |
| Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
| Risiko infeksi Faktor-faktor risiko : •Prosedur Infasif •Kerusakan jaringan dan peningkatan paparan lingkungan •Malnutrisi •Peningkatan paparan lingkungan patogen •Imonusupresi •Tidak adekuat pertahanan sekunder (penurunan Hb, Leukopenia, penekanan respon inflamasi) •Penyakit kronik •Imunosupresi •Malnutrisi •Pertahan primer tidak adekuat (kerusakan kulit, trauma jaringan, gangguan peristaltik) | NOC : •Immune Status •Knowledge : Infection control •Risk control Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil: •Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi •Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi •Jumlah leukosit dalam batas normal •Menunjukkan perilaku hidup sehat •Status imun, gastrointestinal, genitourinaria dalam batas normal | NIC : •Pertahankan teknik aseptif •Batasi pengunjung bila perlu •Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan •Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung •Tingkatkan intake nutrisi •Berikan terapi antibiotik. •Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal •Pertahankan teknik isolasi k/p •Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase •Monitor adanya luka •Dorong masukan cairan •Dorong istirahat •Kaji suhu badan pada pasien neutropenia setiap 4 jam |

25

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnosa Keperawatan/ Masalah Kolaborasi | Rencana keperawatan |
| Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
| Ketidakseimbangan nutrisi Kurang dari kebutuhan Tubuh Berhubungan dengan : Ketidakmampuan untuk Memasukkan atau mencerna Nutrisi oleh karena faktor biologis, psikologisatau ekonomi. DS : Nyeri abdomen - Muntah - Kejangperut - Rasa penuhtiba-tiba setelahmakan DO : Diare - Rontokrambut yang berlebih - Kurangnafsumakan - Bisingususberlebih - Konjungtivapucat - Denyutnadilemah | NOC : a. Nutritional status: dequacy of nutrient b. Nutritional Status : foodand Fluid Intake c. Weight Control Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam Ketidak seimbangan nutrisi lebih teratasi dengan kriteria hasil: •lbumin serum •Pre albumin serum •Hematokrit •Hemoglobin •Total iron binding •Capacity •Jumlahlimfosit | NIC : Weight Management •Diskusikan bersama keluarga mengenai hubungan antara intake makanan, latihan, peningkatan BB dan penurunan BB •Diskusikan bersama keluarga mengani kondisi medis yang dapat mempengaruhi BB •Diskusikan bersama keluarga mengenai kebiasaan, gaya hidup dan factor herediter yang dapat mempengaruhi BB •Diskusikan bersama keluarga mengenai risiko yang berhubungan dengan BB berlebih dan penurunan BB •Perkirakan BB badan ideal pasien Nutrition Management •Kaji adanya alergi makanan •Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. •Berikan substansi gula •Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah |

26

|  |
| --- |
| konstipasi •Berikan makanan yang terpilih ( sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) •Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori •Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi Weight reduction Assistance •Fasilitasi keinginan pasien untuk menurunkan BB •Perkirakan bersama pasien mengenai penurunan BB •Tentukan tujuan penurunan BB •Beri pujian/reward saat pasien berhasil mencapai tujuan •Ajarkan pemilihan makanan |

27

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnosa Keperawatan/ Masalah Kolaborasi | Rencana keperawatan |
| Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
| Defisit Volume Cairan Berhubungan dengan: •Kehilangan volume cairan secara aktif •Kegagalan mekanisme pengaturan DS : •Haus DO: •Penurunan turgor kulit/lidah •Membran mukosa/kulit kering •Peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan darah, penurunan volume/tekanan nadi •Pengisian vena menurun •Perubahan status mental •Konsentrasi urine meningkat •Temperatur tubuh meningkat •Kehilangan berat badan secara tiba tiba •Penurunan urine output •HMT meningkat •Kelemahan | NOC: •Fluid balance •Hydration •Nutritional Status : Food and Fluid Intake Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam defisit volume cairan teratasi dengan kriteria hasil: •Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, •Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal •Tidak ada tanda tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan •Orientasi terhadap waktu dan tempat baik •Jumlah dan irama pernapasan dalam batas normal •Elektrolit, Hb, Hmt dalam batas normal •pH urin dalam batas normal •Intake oral dan intravena adekuat | NIC : •Pertahankan catatan intake dan output yang akurat •Monitor status hidrasi kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik , jika diperlukan •Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN , Hmt , osmolalitas urin, albumin, total protein ) •Monitor vital sign setiap 15menit – 1 jam •Kolaborasi pemberian cairan IV •Monitor status nutrisi •Berikan cairan oral •Berikan penggantian nasogatrik sesuai output (50 – 100cc/jam) •Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk •Atur kemungkinan tranfusi •Persiapan untuk tranfusi •Monitor intake dan urin output setiap 8 jam |

28

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gangguan tumbuh kembang Definisi : Keterbatasan dalam kebebasan untuk pergerakan fisik tertentu pada bagian tubuh atau satu atau lebih ekstremitas Batasan karakteristik : 1. Postur tubuh yang tidak stabil selama melakukan kegiatan rutin harian 2. Keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik kasar 3. Keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik halus 4. Tidak ada koordinasi atau pergerakan yang tersentak sentak 5. Keterbatasan ROM 6. Kesulitan berbalik (belok) Faktor yang berhubungan : a. Pengobatan b. Terapi pembatasan gerak c. Kurang pengetahuan tentang kegunaan pergerakan fisik d. Indeks massa tubuh diatas 75 tahun percentil sesuai dengan usia e. Kerusakan persepsi sensori f. Tidak nyaman, nyeri g. Kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskuler | NOC : •*Joint Movement : Active* •*v Mobility Level* •*v Self care : ADLs* v Transfer performance **Kriteria Hasil :** 1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik 2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas 3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah 4. Memperagakan penggunaan alat Bantu untuk mobilisasi (walker) | **NIC : Exercise therapy : ambulation** 1. Monitoring vital sign sebelm/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan 2. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan 3. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera 4. Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs ps. |

29  
**2.2.3 Implementasi**Implementasi merupakan tindakan yang sesuai denga yang telah  
direncanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri  
adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat  
dan bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain.Tindakan kolaborasi adalah  
tindakan keperawatan yang didasarakan oleh hasil keputusan bersama dengan  
dokter atau petugas kesehatan lain.  
**2.2.4 Evaluasi**Merupakan hasil perkembangan ibu dengan berpedoman kepada hasil dan  
tujuan yang hendak dicapai.  
30  
**BAB III  
TINJAUAN KASUS  
3.1 Asuhan Keperawatan  
3.1.1 Pengkajian  
1. Identitas Klien**Nama/intial : By.Y No.MR : 14.23.55  
Umur : 3 Hr Ruang Rawat : Perinatologi  
Jenis Kelamin : Perempuan Tgl Lahir : 21-06-2016  
Agama : Islam Tgl Pengkajian : 24-06-2016  
Alamat : Simpang tembok  
**Penanggung Jawab**Nama : Ny.Y  
Umur : 25 thn  
Hub Keluarga : ibu kandung  
Pekerjaan : IRT  
Suku/Bangsa : Indonesia  
Pendidikan Ayah : SMP  
Pendidikan Ibu : D3 Keperawatan  
Alamat : Simpang tembok  
30  
31  
**2. Alasan Masuk**Klien masuk ruangan perinatologi pada tanggal 21 juni 2016 klien lahir  
dengan sectio caeseria dengan berat badan lahir sangat rendah 1200 gr panjang  
badan 35 cm. Klien di rawat di dalam inkubator dengan suhu 350c.  
**3. Riwayat Kesehatan**a) Riwayat prenatal  
Ibu klien sering kontrol ke bidan terdekat, ibu klien mengatakan jarang  
minum vitamin, jarang makan sayuran tapi suka ngemil, minum susu hamil  
juga jarang.  
b) Riwayat natal  
Bayi lahir dengan sectio caesaria dengan usia kehamilan 28-30 minggu  
jenis kelamin perempuan berat badan lahir 1200 gr panjang badan 35 cm  
lingkar kepala 29 cm, A5:8-9. Bayi lahir tanggal 21 juni 2016 jam 10.00  
WIB di tolong oleh bidan KIA Rs.Dr Achmad muchtar Bukitinggi. Ibu  
klien mengatakan tidak sedang melakukan aktifatas yang berat tiba tiba  
mengalami sakit perut dan pendarahan dan di bawa ke bidan terdekat dan di  
suruh rujuk oleh bidan ke Rs.Dr Achmad muchtar Bukitinggi.  
c) Riwayat post natal  
Bayi lahir langsung di bawa ke ruang rawat inap Perinatologi dengan berat  
badan lahir sangat rendah degan berat badan 1200 gr, panjang badan 35 cm,  
lingkar kepala 29 cm di rawat di dalam inkubator dengan suhu 35 0 C. Saat  
pengkajian di dapatkan tanda tanda vital klien, pernafasan40x/menit, nadi  
klien 114x/menit suhu klien 350c. Klien di bantu alat pernafasan cpap klien  
lemah, klien sianosis, mulut berlendir, pernafasan tidak teratur.  
32  
**4. Pemeriksaan fisik**1) Keadaan umum  
Kesadaran : lemah  
Vital sign : p: 40x/i , n: 114x/i , s : 35 c  
2) Antropometri  
Berat badan : 1200 gr  
Panjang badan : 35 cm  
Lingkar kepala : 29 cm  
3) Kepala  
Kebersihan : Bersih  
Bentuk kepala : lonjong  
Keadaan rambut : tipis  
Keadaan kulit kepala : merah  
Fontanetal anterior : lunak  
Gambaran wajah : simetris  
4) Mata  
Kebersihan : ada secret  
Peradangan : tidak ada  
Sclera : ikhterik -/-  
Pupil : isokor  
Konjungtiva : anemis -/-  
5) Hidung  
Kebersihan : bersih  
Polip : tidak ada kelainan  
Perdarahan : tidak ada  
33  
Peradangan : tidak ada  
6) Mulut  
Kebersihan : tidak bersih atau ada srecret  
Promblem menelan : klien terpasang OGT  
Rongga mulut : lunak  
7) Leher  
Vena jugularis : teraba  
Vena karotis : teraba  
Pembesaran tiroid : tidak ada  
Pembesaran limfe : tidak ada  
8) Telinga  
Kebersihan : bersih  
Cairan : tidak ada  
Tanda peradangan : tidak ada  
9) Dada  
Bentuk dada : simetris kiri dan kanan  
Pergerakan dada : ada  
Batuk : tidak ada  
Sputum : tidak ada  
10) Jantung  
Denyut jantung : ada  
Bunyi jantung : irama jantung tidak teratur  
11) Abdomen  
Warna kulit : kulit merah muda  
34  
Kaeadaan abdomen : datar  
Pembesaran abdomen : tidak ada  
12) Genetalia  
Kebersihan : bersih  
Kaeadaan luar : labia mayora keluar hampir seluruh labia mino  
Anus : ada  
13) Ekstremitas atas dan bawah  
Kekuatan otot :1111 1111  
:1111 1111  
Keterangan :  
Skala kekuatan otot

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Skala | Nilai | Ket. |
| Normal | 5/5 | Mampu menggerakkan persendian dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengantahanan penuh |
| Baik | 4/5 | Mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang. |
| Sedang | 3/5 | Hanya mampu melawan gaya gravitasi |
| Buruk | 2/5 | Tidak mampu melawan gaya gravitasi (gerakan pasif) |
| Sedikit | 1/5 | Kontraksi otot dapat di palpasi tanpa gerakan persenndian. |
| Tidak ada | 0/5 | Tidak ada kontraksi otot |

Trauma : tidak ada  
14) Kulit  
35  
Kebersihan : bersih  
Turgor : jelek  
Warna : merah muda  
Lesi : tidak ada  
15) Refleks  
Menghisap : bayi terpasang ogt  
**5. Kebutuhan fisik dan psikososial**1) Nutrisi  
Di rs : Selama di Rs pasien hanya minum asi eklusif dari orang tua 2  
cc/ 3 jam  
Aktivitas  
Di rs : Selama di Rs klien hanya tidur di dalam inkubator dengan suhu 350  
C.  
2) Psikososial  
▪Bagaimana hubungan klien : baik  
▪Hubungan klien dengan orang tua : baik  
▪Berkunjung : Ada  
**6. Data penunjang**i. Laboraturium  
Tanggal 24 juni 2016  
•Cek dl  
•Hb : 15,5 gr normal (12-24gr/dL)  
•Leukosit : 9000/mm normal (9000 -30.000 /mm3)  
36  
•Trombosit :220.000/mmnormal(200.000-400.ooo/Mel  
darah)  
ii. Pengobatan  
Tanggal 24 juni 2016  
♦Inj.ampicilin 2x60 mg/2x sehari  
♦Cefriaxone 2x60 mg/2x sehari  
♦Infuse D10 % jalan dengan infuse pump  
**7. Data Fokus  
a. Data Subjektif**•Ibu klien mengatakan berat badan anaknya rendah  
•Ibu klien mengatakan kondisi anaknya lemah  
•Ibu klien mengatakan anaknya di bantu alat pernafasan  
•Ibu klien mengatakan anaknya di hangatkan di inkubator  
•Ibu klien mengatakan klien hanya minum asi dari ibu  
•Ibu klien mengatakan suhu tubuh anaknya rendah  
•Ibu klien mengatakan mulut anaknya berlendir  
**b. Data Objektif**•Klien tampak lemah  
•Klien tampak terpasang alat bantu pernafasan cpap pernafasan:50 x/m  
•Klien tampak ada penumpukan secret di mulut  
•Klien tampak sesak  
•Pernafasan klien tampak tidak teratur  
37  
•Klien tampak di hangatan di inkubator  
•Berat badan klien 1200 kg  
•Suhu klien 350 C  
•Klien terpasang ogt  
•Leukosit : 9000/mm normal (9000 -30.000 /mm3)  
•Trombosit : 220.000/mmnormal(200.000-400.ooo/Mel darah)  
•Klien tampak minum asi dari ibu sebanyak 2 cc per 3 jam  
38  
**3.1.2 ANALISA DATA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DATA** | **ETIOLOGI** | **MASALAH** |
| 1. | DS - Keluarga mengatakan nafas anaknya tidak teratur. - Keluarga mengatakan anaknya di bantu alat pernafasan DO : - pernafasan klien tampak tidak teratur - Klien tampak di bantu alat pernafasan RR:40X/i | Hiperventilasi | Pola nafas tidak efektif |
| 2. | DS : - keluarga mengatakan anaknya lemah DO : - BB : 1200 gram - klien tampak lemah - Suhu klien tampak rendah Suhu: 350 C | Berat bdan lahir rendah | Hipotermi |
| 3. | Ds - Keluarga mengatakan anaknya cuman minum asi eklusif dari ibunya. | intake yang tidak adekuat | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh |

39

|  |
| --- |
| Do: - Daya hisap lemah (-) - klien tampak minum asi eklusif dari ibunya saja Asi ibu : 2cc/3jam |

**3.1.3 DiagnosaKeperawatan**A. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi  
B. Hipotermi berhubungan dengan berat badan lahir sangat rendah  
C. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan  
dengan intake yang tidak adekuat.  
40  
41  
**3.1.4 INTERVENSI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnosa Keperawatan/ Masalah Kolaborasi** | **Rencana keperawatan** |
| **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| **Pola Nafas tidak efektif** berhubungan dengan : •Hiperventilasi •Penurunan energi/kelelahan •Perusakan/pelemahan muskulo-skeletal •Kelelahan otot pernafasan •Hipoventilasi sindrom •Nyeri •Kecemasan •Disfungsi Neuromuskuler •Obesitas •Injuri tulang belakang DS: •Dyspnea •Nafas pendek DO: •Penurunan tekanan inspirasi/ekspirasi •Penurunan pertukaran udara per menit •Menggunakan otot pernafasan tambahan •Orthopnea | **NOC:** •Respiratory status : Ventilation •Respiratory status : Airway patency •Vital sign Status Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam .pasien menunjukkan keefektifan pola nafas, dibuktikan dengan kriteria hasil: •Menunjukkan jalan nafas yang paten ( irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) •Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan) | **NIC:** •Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi •Keluarkan sekret dengan suction •Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan •Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan. •Monitor respirasi dan status O2 •Pertahankan jalan nafas yang paten •Observasi adanya tanda tanda hipoventilasi •Monitor vital sign • |

42

|  |
| --- |
| •Pernafasan pursed-lip •Tahap ekspirasi berlangsung sangat lama •Penurunan kapasitas vital •Respirasi: < 11 – 24 x /mnt |

43

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnosa Keperawatan/ Masalah Kolaborasi** | **Rencana keperawatan** |
| **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| **Hipotermia** Berhubungan dengan : •Ketidakmampuan sistem pengaturan suhu neonatus •Berat badan lahir rendah •Kehilangan lemak subkutan dan malnutrisi •ketidakefektifan DO/DS: •kulit dingin •bantalan kuku sianosis •penurunan suhu tubuh dibawah normal •takikardi | **NOC:** Thermoregulasi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pasien menunjukkan : Suhu tubuh dalam batas normal dengan kreiteria hasil: •Suhu 36 – 37C •Nadi dan RR dalam rentang normal •Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing, merasa nyaman | **NIC :** •Monitor suhu sesering mungkin •Monitor warna dan suhu kulit •Monitor tekanan darah, nadi dan RR •Monitor penurunan tingkat kesadaran •Monitor WBC, Hb, dan Hct •Monitor intake dan output •Selimuti pasien •Berikan cairan intravena •Tingkatkan sirkulasi udara •Tingkatkan intake cairan dan nutrisi |

44

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnosa Keperawatan/ Masalah Kolaborasi** | **Rencana keperawatan** |
| **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| **Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh** Berhubungan dengan : Intake yang berlebihan terhadap kebutuhan metabolisme tubuh DS : •Laporan adanya sedikit aktivitas atau tidak ada aktivitas DO: •Lipatan kulit tricep > 25 mm untuk wanita dan > 15 mm untuk pria •BB 20 % di atas ideal untuk tinggi dan kerangka tubuh ideal •Makan dengan respon eksternal (misalnya : situasi sosial, sepanjang hari) •Dilaporkan atau diobservasi adanya disfungsi pola makan (misal : memasangkan makanan dengan aktivitas yang lain) •Konsentrasi intake makanan pada menjelang malam | **NOC :** •Nutritional Status : food and Fluid Intake •Nutritional Status : nutrient Intake •Weight control Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam Ketidak seimbangan nutrisi lebih teratasi dengan kriteria hasil: •Mengerti factor yang meningkatkan berat badan •Mengidentfifikasi tingkah laku dibawah kontrol klien •Memodifikasi diet dalam waktu yang lama untuk mengontrol berat badan •Penurunan berat badan 1-2 pounds/mgg •Menggunakan energy untuk aktivitas sehari hari | **NIC : Weight Management** •Diskusikan bersama keluarga mengenai hubungan antara intake makanan, latihan, peningkatan BB dan penurunan BB •Diskusikan bersama keluarga mengani kondisi medis yang dapat mempengaruhi BB •Diskusikan bersama keluarga mengenai kebiasaan, gaya hidup dan factor herediter yang dapat mempengaruhi BB •Diskusikan bersama keluarga mengenai risiko yang berhubungan dengan BB berlebih dan penurunan BB •Perkirakan BB badan ideal pasien **Nutrition Management** •Kaji adanya alergi makanan •Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. •Berikan substansi gula •Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk |

45

|  |
| --- |
| mencegah konstipasi •Berikan makanan yang terpilih ( sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) •Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori •Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi **Weight reduction Assistance** •Perkirakan bersama keluarga mengenaipenurunan BB •Tentukan tujuan penurunan BB •Beri pujian/reward saat pasien berhasil mencapai tujuan •Ajarkan pemilihan makanan |

46

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnosa Keperawatan/ Masalah Kolaborasi | Rencana keperawatan |
| Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
| Defisit Volume Cairan Berhubungan dengan: •Kehilangan volume cairan secara aktif •Kegagalan mekanisme pengaturan DS : •Haus DO: •Penurunan turgor kulit/lidah •Membran mukosa/kulit kering •Peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan darah, penurunan volume/tekanan nadi •Pengisian vena menurun •Perubahan status mental •Konsentrasi urine meningkat •Temperatur tubuh meningkat •Kehilangan berat badan secara tiba-tiba •Penurunan urine output •HMT meningkat •Kelemahan | NOC: •Fluid balance •Hydration •Nutritional Status : Food and Fluid Intake Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam defisit volume cairan teratasi dengan kriteria hasil: •Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, •Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal •Tidak ada tanda tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan •Orientasi terhadap waktu dan tempat baik •Jumlah dan irama pernapasan dalam batas normal •Elektrolit, Hb, Hmt dalam batas normal •pH urin dalam batas normal •Intake oral dan intravena adekuat | NIC : •Pertahankan catatan intake dan output yang akurat •Monitor status hidrasi kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik , jika diperlukan •Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN , Hmt , osmolalitas urin, albumin, total protein ) •Monitor vital sign setiap 15menit – 1 jam •Kolaborasi pemberian cairan IV •Monitor status nutrisi •Berikan cairan oral •Berikan penggantian nasogatrik sesuai output (50 – 100cc/jam) •Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk •Atur kemungkinan tranfusi •Persiapan untuk tranfusi •Monitor intake dan urin output setiap 8 jam |

47

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnosa Keperawatan/ Masalah Kolaborasi | Rencana keperawatan |
| Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
| Risiko infeksi Faktor-faktor risiko : •Prosedur Infasif •Kerusakan jaringan dan peningkatan paparan lingkungan •Malnutrisi •Peningkatan paparan lingkungan patogen •Imonusupresi •Tidak adekuat pertahanan sekunder (penurunan Hb, Leukopenia, penekanan respon inflamasi) •Penyakit kronik •Imunosupresi •Malnutrisi •Pertahan primer tidak adekuat (kerusakan kulit, trauma jaringan, gangguan peristaltik) | NOC : •Immune Status •Knowledge : Infection control •Risk control Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil: •Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi •Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi •Jumlah leukosit dalam batas normal •Menunjukkan perilaku hidup sehat •Status imun, gastrointestinal, genitourinaria dalam batas normal | NIC : •Pertahankan teknik aseptif •Batasi pengunjung bila perlu •Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan •Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung •Tingkatkan intake nutrisi •Berikan terapi antibiotik. •Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal •Pertahankan teknik isolasi k/p •Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase •Monitor adanya luka •Dorong masukan cairan •Dorong istirahat •Kaji suhu badan pada pasien neutropenia setiap 4 jam |

48

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gangguan tumbuh kembang Definisi : Keterbatasan dalam kebebasan untuk pergerakan fisik tertentu pada bagian tubuh atau satu atau lebih ekstremitas Batasan karakteristik : 7. Postur tubuh yang tidak stabil selama melakukan kegiatan rutin harian 8. Keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik kasar 9. Keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik halus 10. Tidak ada koordinasi atau pergerakan yang tersentak-sentak 11. Keterbatasan ROM 12. Kesulitan berbalik (belok) Faktor yang berhubungan : h. Pengobatan i. Terapi pembatasan gerak j. Kurang pengetahuan tentang kegunaan pergerakan fisik k. Indeks massa tubuh diatas 75 tahun percentil sesuai dengan usia l. Kerusakan persepsi sensori m. Tidak nyaman, nyeri n. Kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskuler | NOC : •*Joint Movement : Active* •*v Mobility Level* •*v Self care : ADLs* v Transfer performance **Kriteria Hasil :** 5. Klien meningkat dalam aktivitas fisik 6. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas 7. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah 8. Memperagakan penggunaan alat Bantu untuk mobilisasi (walker) | **NIC : Exercise therapy : ambulation** 5. Monitoring vital sign sebelm/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan 6. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan 7. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi |

49  
**3.1.5 Catatan Perkembangan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari/Tan ggal** | **dx** | **Jam** | **Implementasi** | **Jam** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| **1.** | Kamis / 23/6/2016 | 1 | 12.00 12.17 12.32 | - Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dengan posisi ekstensi pada klien. - Melakukan suction - Memonitor pernafasan dan status O2, - Mempertahankan jalan nafas yang paten, - Mengobservasi adanya tanda tanda hipoventilasi, | 12.00 | **S :** Keluarga mengatakan anaknya di bantu alat pernafasan **O :** - **K**lien tampak di bantu alat bantu pernafasan - Pernafasan klien tampak tidak teratur - Pernafasan 40x/i - Tampak penumpukan sekret pada mulut klien - **A :** Masalah belum teratasi **P:** Intervensi dilanjutkan |  |
| **2.** | Kamis / | 2 | 12.00 | - Memonitor suhu sesering mungkin - Memonitor warna dan suhu | 12.00 | **S :** Keluarga mengatakan suhu tubuh anaknya |  |

50

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 23/6/2016 | kulit - Mengompres pasien pada lipat paha dan aksila - Meningkatkan sirkulasi udara - Menyelimuti klien | rendah **O :** - Suhu klien tampak rendah 35 c - Asi yang diberikan 2 cc per 3 jam - Klien tampak sianosis **A** : Masalah belum teratasi **P :** Intervensi dilanjutkan |
| **3.** | Kamis / 23/6/2016 | 3 | 12.45 12.47 | - Mengkaji adanya alergi makanan - Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi | 12.45 | **S :** keluarga mengatakan anakanya hanya minum asi ekslusif dari ibu. **O** : - klien tampak minum asi ekslusif dari ibu sebanyak 2 cc/ 3 jam - BB : 1200 gram **A** : Masalah belum teratasi **P** : Intervensi di lanjutkan |

51

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari/ Tanggal** | **dx** | **Jam** | **Implementasi** | **Jam** | **Evaluasi** |
| **1.** | Jumat / 24/6/2016 | 1 | 12.00 | - Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dengan posisi ekstensi pada klien. - Melakukan suction - Memonitor pernafasan dan status O2, - Mempertahankan jalan nafas yang paten, - Mengobservasi adanya tanda tanda hipoventilasi, | 12.00 | **S :** Keluarga mengatakan anaknya di bantu alat pernafasan **O :** - **K**lien tampak di bantu alat bantu pernafasan - Pernafasan klien tampak tidak teratur - Pernafasan 40x/i - Tampak penumpukan sekret pada mulut klien **A :** Masalah belum teratasi **P:** |

52

|  |
| --- |
| Intervensi dilanjutkan |
| **2.** | jumat/ 24/6/2016 | 2 | 12.00 | - Memonitor suhu sesering mungkin - Memonitor warna dan suhu kulit - Mengompres pasien pada lipat paha dan aksila - Meningkatkan sirkulasi udara - Menyelimuti klien | 12.00 | **S :** Keluarga mengatakan suhu tubuh anaknya rendah **O :** - Suhu klien tampak rendah 35 c - Asi yang diberikan 2 cc per 3 jam - Klien tampak sianosis **A** : Masalah belum teratasi **P :** Intervensi dilanjutkan |
| **3.** | jumat / 24/6/2016 | 3 | 12.45 | - Mengkaji adanya alergi makanan - Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi | 12.45 | **S :** keluarga mengatakan anakanya hanya minum asi ekslusif dari ibu. **O** : - klien tampak minum asi |

53

|  |
| --- |
| ekslusif dari ibu sebanyak 2 cc/ 3 jam - BB : 1200 gram **A** : Masalah belum teratasi **P** : Intervensi di lanjutkan |
| **No** | **Hari/tangg al** | **Dx** | **Jam** | **Implementasi** | **Jam** | **Evaluasi** |
| **1.** | sabtu / 25/6/2016 | 1 | 12.00 | - Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dengan posisi ekstensi pada klien. - Melakukan suction - Memonitor pernafasan dan status O2, - Mempertahankan jalan nafas yang paten, - Mengobservasi adanya tanda tanda hipoventilasi, | 12.00 | **S :** Keluarga mengatakan anaknya di bantu alat pernafasan **O :** - **K**lien tampak di bantu alat bantu pernafasan - Pernafasan klien tampak tidak teratur - Pernafasan |

54

|  |
| --- |
| 40x/i - Tampak penumpukan sekret pada mulut klien **A :** Masalah belum teratasi **P:** Intervensi dilanjutkan |

55  
56

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | sabtu / 25/6/2016 | 2 | 12.00 | - Memonitor suhu sesering mungkin - Memonitor warna dan suhu kulit - Mengompres pasien pada lipat paha dan aksila - Meningkatkan sirkulasi udara - Menyelimuti klien | 12.00 | **S :** Keluarga mengatakan suhu tubuh anaknya rendah **O :** - Suhu klien tampak rendah 35 c - Asi yang diberikan 2 cc per 3 jam - Klien tampak sianosis **A** : Masalah belum teratasi **P :** Intervensi dilanjutkan **S :** keluarga mengatakan anakanya hanya minum asi ekslusif dari ibu. **O** : |

57

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3** | Sabtu 25/06/201 6 | - Mengkaji adanya alergi makanan - Menganjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C - Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi | - klien tampak minum asi ekslusif dari ibu sebanyak 2 cc/ 3 jam - BB : 1200 gram **A** : Masalah belum teratasi **P** : Intervensi di lanjutkan |

58  
**BAB IV  
PEMBAHASAN**Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan BBLSR di ruangan  
perinatologi RSAM Bukittinggi pada tanggal 23 - 25Juni 2016. Beberapa hal yang perlu  
dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut, penulis telah  
berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada  
klien dengan BBLSR sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas asuhan  
keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan  
sesuai dengan prosedur keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi,  
implementasi, dan evaluasi.  
**4.1. Pengkajian  
4.1.1. Identitas klien**Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis mengalami kesulitan dalam  
mengambil data dari klien sendiri, karena klien masih bayi oleh karena itu penulis  
mendapatkan data dari keluarga klien, catatan medis, perawat ruangan.  
**4.1.2. Keluhan utama**Pada keluhan utamadalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak ada terdapat  
kesenjangan data pada saat dilakukan pengkajian.  
**4.1.3. Riwayat antenatal**Pada riwayat antenatal dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak ada  
kesalahan data pada saat pengkajian.  
58  
59  
**4.1.4. Riwayat intranatal**Pada riwayat ini dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak ditemukan  
perbedaan pada saat melakukan pengkajian.  
**4.1.5. Pemeriksaan Fisik**Dalam melakukan pemeriksaan fisik pada By.Y penulis dapat melakukan  
pemeriksaan fisik sesuai dengan tinjauan teoritis dan tinjauan , namun dalam  
pemeriksaan fisik pada teoritis dan tinjauan kasus tidak terdapat adanya  
kesenjangan data karena pemeriksaan sangat penting dilakukan untuk menggali  
sejauh mana perkembangan penyakit dan kondisi klien.  
**4.1.6. Diagnosa Keperawatan**Diagnosa yang bisa ditegakkan oleh seorang perawat pada bayi dengan BBLSR  
menurut Nanda Nic Noc 2012 :  
1. Pola nafas yang tidak efektif yang berhubungan dengan hiperventilasi  
2. Hipotermi berhuungan dengan berat badan lahir sangat rendah.  
3. Ketidakseibangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhuungan dengan  
intake yang tidak adekuat.  
4. Defisit volume cairan berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.  
5. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan dan peningkatan  
paparan lingkungan.  
6. Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan neuromoskuler  
Sedangkan tinjauan kasus pada kasus hanya ditemukan 3 diagnosa  
keperawatan , diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus , yaitu :  
1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi  
2. Hipotermi berhuungan dengan berat badan lahir sangat rendah  
60  
3. Ketidakseibangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhuungan dengan  
intake yang tidak adekuat.  
Dari diagnosa di atas tidak ditemukan kesenjangan diagnosa.  
**4.1.7. Intervensi Keperawatan**Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien berdasarkan prioritas  
masalah yang ditemukan, semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada  
tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan  
keluhan yang dirasakan klien saat pengkajian dilakukan.  
**4.1.8. Implementasi Keperawatan**Setelah rencana tindakan ditetapkan maka dilanjutkan dengan melakukan rencana  
tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada klien terlebih dahulu  
melakukan pendekatan pada keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan  
dapat disetujui keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan  
keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.  
a. Untuk diagnosa pertama  
Yaitu : pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi  
Tindakan yang dilakukan oleh penulis adalah: monitor respirasi dan status O2  
b. Untuk diagnosa kedua  
Yaitu : hipotermi berhuungan dengan berat badan lahir sangat rendah. tindakan  
yang dilakukan oleh penulis adalah : mengkaji suhu klien , menempatkan klien  
pada inkubator dlam keadaan suhu normal atau tetap hangat , memantau sistem  
pengaturan suhu inkubator .  
61  
c. Untuk diagnosa ketiga  
Yaitu : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan  
dengan intake yang tidak adekuat.  
tindakan yang dilakukan adalah Mengkaji adanya alergi makanan, Memberikan  
makanan yang terpilih ( sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi), Memberikan  
informasi tentang kebutuhan nutrisi.  
**4.1.9. Evaluasi**Dari 3 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang  
penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan  
belum mencapai perkembangan yang diharapkan, dikarenakan waktu yang singkat  
oleh karena itu diharapkan kepada perawat dan tenaga medis lainnya untuk  
melanjutkan intervensi yang telah penulis rencanakan.Dalam melakukan asuhan  
keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama  
antara penulis dengan keluarga, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.  
62  
**BAB V  
PENUTUP  
5.1. Kesimpulan**Dari hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada By.Y dengan Berat Badan Lahir  
Sagat Rendah Di Ruang Rawat Perinatologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi  
2016 dapat disimpulkan :  
**a. Pengkajian**Saat dilakuakan pengkajian ditemukan data-data yang sesuai dengan penyakit  
pasien yaitu Berat Badan Lahir Sangat Rendah, dan nantinya data tersebut akan  
menjadi dasar bagi penulis untuk menengakkan diagnosa dalam melakukan  
tindakan keperawatan.  
**b. Diagnosa**Berdasarkan data yang di dapat, ditemukan diagnosa pada kasus By.Y  
yaitu :  
1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi  
2. Hipotermi berhubungan dengan berat badan lahir sangat rendah  
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan  
intake yang tidak adekuat.  
4. Defisit volume cairan berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.  
5. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan dan peningkatan  
paparan ligkungan  
62  
63  
**c. Intervensi**Intervensi yang dilakukan mengacu kepada diagnosa yang ditegakkan dan dibuat  
sesuai teoritis pada buku rencana asuhan keperawatan, intervensi dapat berupa  
tindakan mandiri maupun tindakan kolaborasi.  
**d. Implementasi**Implementasi yang dilakukan di ruangan lebih di fokuskan pada pendidikan  
kesehatan dan kolaborasi dengan keluarga untuk merawat pasien, sedangkan untuk  
implementasi yang lain secara berkelanjutan dialkukan oleh perawat ruangan.  
**e. Evaluasi**Evaluasi dapat berupa respon verbal, non verbal, dan hasil pemeriksaan. Tidak  
semua masalah dapat teratasi, karena adanya keterbatasan waktu bagi penulis  
untuk melakukan asuhan keperawatan, dan keadaan pasien yang masih belum  
membaik seluruhnya.  
**5.2. Saran  
5.2.1. Bagi Penulis**Diharapkan bagi penulis agar dapat mecari atau memberikan lebih bnyak lagi  
pengetahuan tentang Berat Badan Lahir Sangat Rendah sehingga penulis bisa  
memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai Berat Badan Lahr  
Sangat Rendah, bagaimana penyebanya dan juga cara pencegahan pada penyakit  
tersebut.  
64  
**5.2.2. Bagi Instuisi Pendidikan**Untuk menjadi sumber referensi yang baik dalam memahami tentang Berat Badan  
Lahir Sangat Rendah dan juga menjadi acuan untuk asuhan keperwatan pasien  
dengan Berat Badan Lahir Sangat Rendah.  
**5.2.3. Bagi Instuisi Rumah Sakit**Untuk mencegah meningkatnya Berat Badan Lahir Sangat Rendah sebaiknya pihak  
rumah sakit lebih memberikan asuhan keperawatan dan juga informasi yang lebih  
rinci tentang Berat Badan Lahir Sangat Rendah, sehingga baik pasien mauapun  
keluarga dapat memahami dengan jelas tentang penyakitnya, dan juga untuk pasien  
Berat Badan Lahir Sangat Rendah sebaiknya dilakukan perawatan yang intensive  
agar tidak mudah terjadi infeksi pada pasien.  
65  
DAFTAR PUSTAKA  
AlimulHidayat,A.Aziz.(2005).*PengantarIlmuKeperawatanAnak* Jakarta: SalembaMedika.  
DepartemenKesehatan RI. (2011). *Profilkesehatan Indonesia2009*.From  
http://www.depkes.go.id.Diakses 12 Januari 2012  
IndrasantoEriyati, dkk. (2008). *PaketPelatihanPelayananObstetridan Neonatal  
EmergensiKomprehensif (PONEK): AsuhanNeonatal Esensial.Jakarta*: JNPK-KR, IDAI,  
POG  
IDAI.2005.  
*PedomanPelaksanaanStimulasiDeteksiDinidanIntervensiTumbuhKembangAnak*.Jakarta :  
DEPKES RI  
IDAI, 2010*.Indonesia Menyusui*. Jakarta: BadanPenerbit IDAI.  
Kiess, W., et al., 2009.*Multidisciplinary management of Obesity in Children and Ado  
lescents-Why and How Should It be Achieved? Dalam: Hidayati, S. N., Irawan, R.,  
Hidayat, B., 2006. Obesitaspadaanak.DivisiNutrisidanPenyakitMetabolikBagian/SMF  
IlmuKesehatanAnak FK Unair/ RS.dr.* Soetomo Surabaya  
Nanda Internasional.2012.*Diagnosis Keperawatan* 2012-2014. EGC : Jakarta.  
Pantiawati, I. 2010. *BayidenganBeratBadanLahirSangatRendah*.Yogyakarta: NuhaMedika  
Surasmi, Asrining, dkk. 2003. PerawatanBayiResikoTinggi. Jakarta: E  
WHO, 2011.*Global Status Report on Noncommunicable Diseases*2010.http://www.who.int/nmh/publications/ncd\_report\_chapter1.pdf  
66