

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA By. Ny. L DENGAN
DIAGNOSA MEDIS BAYI BERAT LAHIR RENDAH
(BBLR) DI RUANGPERINATOLOGI RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN**



Oleh :

ACHMAD RIFA'I

NIM : 1601035

**PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO**

2019

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA By. Ny. L DENGAN
DIAGNOSA MEDIS BAYI BERAT LAHIR RENDAH
(BBLR) DI RUANGPERINATOLOGI RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN**

**Sebagai Prasyarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya
Keperawatan (Amd.Kep) Di Akademi Keperawatan Kerta
Cendekia Sidoarjo**



Oleh :

ACHMAD RIFA'I

NIM : 1601035

**PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO**

2019

SURAT PERNYATAAN

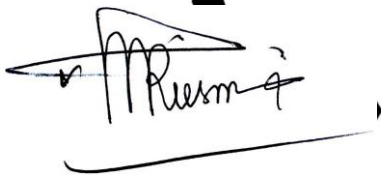
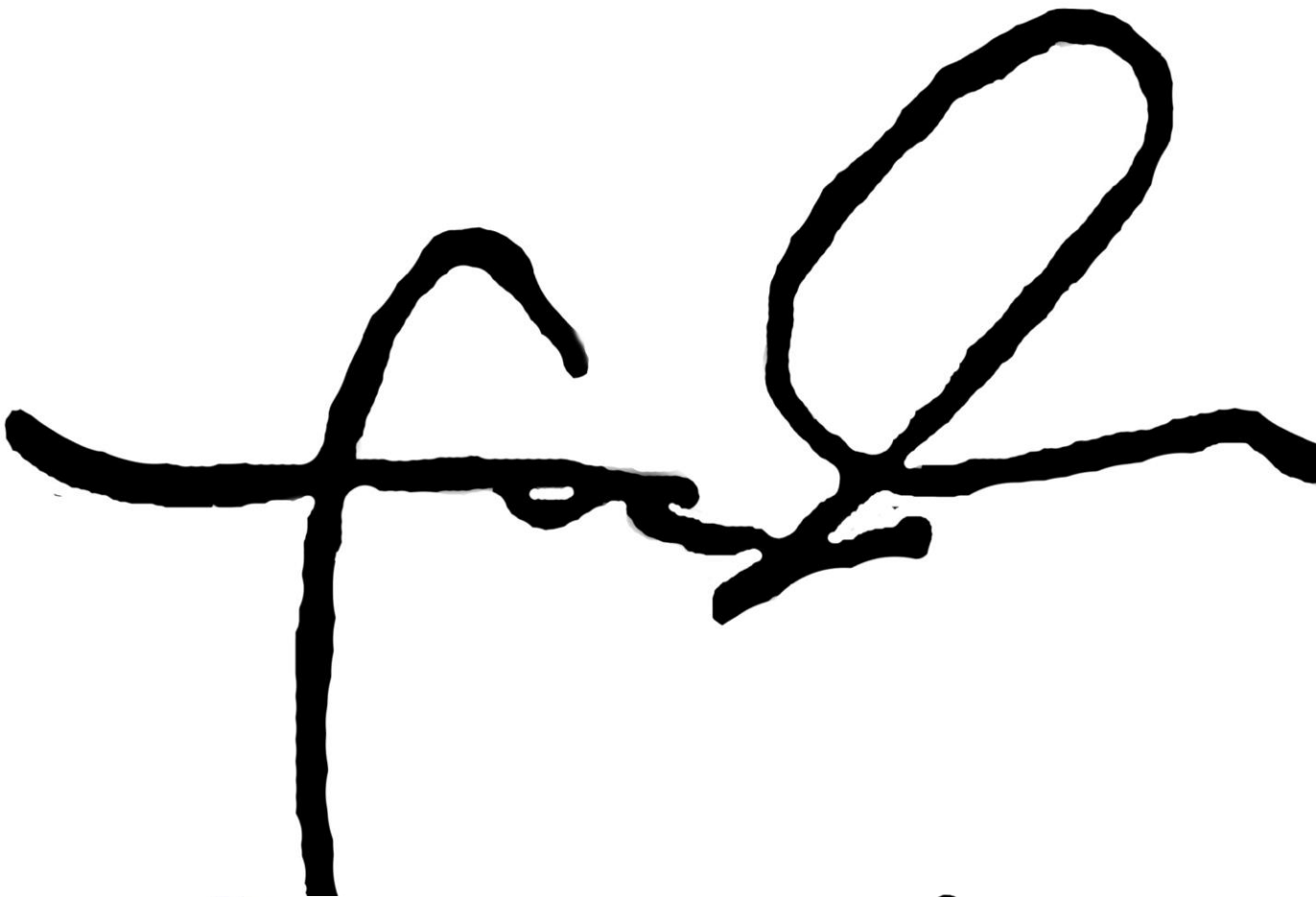
Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Achmad Rifa'i

NIM : 1601035

Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 13 Desember 1997

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Riesmiyatiningdyah, S. Kep. Ns., M. Kes
NIDN. 072502791



Faida Annisa, S. Kep. Ns., MNS
NIDN. 0708078606

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Achmad Rifa'i
Judul : Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. L Dengan Diagnosa Medis
Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Di Rsud Bangil

Telah disetujui untuk diujikan di hadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada
tanggal 26 Juni 2019

Oleh

Pembimbing I

Pembimbing II



Riesmiyatiningdyah, S. Kep. Ns., M. Kes
NIDN. 0725027901



Faida Annisa, S. Kep. Ns., MNS
NIDN. 0708078606

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia



Agus Sulistyowati, S.Kep. M.Kes

NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh tim penguji pada sidang di program D3
Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal: 26 Juni 2019

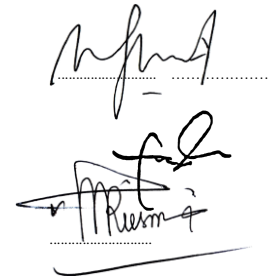
TIM PENGUJI

Tanda Tangan

Ketua : Ns. Meli Diana, S.Kep.,M. Kes

Anggota : 1. Ns. Faida Annisa, S. Kep., MNS

2. Ns. Riesmiyatiningdyah, S. Kep., M. Kes

Handwritten signatures of the examiners: Meli Diana, Faida Annisa, and Riesmiyatiningdyah.

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia



Agus Sulistyowati, S. Kep. Ns., M/Kes

NIDN. 0703087801

MOTTO

*“Sukses Adalah Pilihan, Ingin
Sukses Harus Berjuang, Berjuang
Ibarat Perjalanan Panjang, Sekali
Berhenti Akan Tertinggal”*

PERSEMBAHAN

Syukur alhamdulillah aku ucapkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-nya sehingga tugas akhir ini bisa selesai dengan baik.

Tugas akhir ini kupersembahkan kepada :
Bapak dan ibukuku yang telah memberikan segalanya buat aku, do'a, dukungan, dan kesabaran terima kasih semoga aku dapat membahagiakan kalian.

Untuk saudara saudari kandungku terima kasih atas bantuan yang diberikan selama proses menyelesaikan tugas akhir ini baik dari segi materi maupun non materi.

Untuk bapak dan ibu dosen terutama ibu Agus Sulistyowati, S. Kep, M. Kes, ibu Ns. Riesmiyatiningdyah, S. Kep., M. Kes, MNS, ibu Ns. Meli Diana, S.Kep., M. Kes, dan ibu Ns. Faida Annisa, S.Kep.,MNS, terimakasih atas bimbingan dan ilmu yang sudah di berikan selama ini tanpa itu semua ini tidak akan berarti.

Untuk teman seperjuangan terimakasih untuk kebersamaan kita selama ini, meskipun banyak persoalan, ada canda dan tawa semua adalah proses pendewasaan semoga tali persaudaraan selalu terjaga dan dapat meraih sukses bersama-sama.. Aamiin..

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan By. Ny. L dengan diagnosa Medis Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Peristi RSUD Bangil” ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan program D3 Keperawatan Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan kemudahan dalam menyelesaikan proposal ini.
2. Orang tua tercinta ”terutama ibu” yan selalu mendukung dan mendoakan sehingga semua bisa berjalan dengan lancar.
3. Ns. Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes Selaku direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
4. Ns. Riesmiyatiningdyah, S. Kep., M. Kes Selaku pembimbing 1 pembuatan Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns. Faida Annisa S.Kep., MNS Selaku pembimbing 2 pembuatan Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan kepada penulis.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berharap apa yang ada di Karya Tulis Ilmiah ini bisa bermanfaat bagi siapa saja, khususnya yang bergerak di bidang keperawatan.

Sidoarjo, 23 Mei 2019

Penulis

Achmad ifa'i
1601035

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Lembar Judul	ii
Surat Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan	iv
Halaman Pengesahan.....	v
Motto	vi
Lembar Persembahan	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiii
Lampiran	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	4
1.4.1 Bagi Penulis.....	4
1.4.2 Bagi institusi Pendidikan	5
1.4.3 Bagi klien dan Keluarga	5
1.4.4 Bagi Masyarakat	5
1.5 Metode Penulisan	5
1.5.1 Metode	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.3 Sumber Data.....	6
1.5.4 Studi Kepustakaan	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
1.6.1 Bagian Awal.....	7
1.6.2 Bagian Inti.....	7
1.6.3 Bagian Akhir	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Pengertian BBLR.....	8
2.1.2 Penyebab BBLR.....	10
2.1.3 Manifestasi Klinis BBLR.....	11
2.1.4 Penatalaksanaan BBLR.....	13
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang BBLR.....	14

2.1.6	Komplikasi BBLR	15
3.1.7	Patofisiologi	16
2.2	Konsep Anak	17
2.2.1	Pengertian	17
2.2.2	Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan	17
2.2.2.1	Definisi Pertumbuhan dan Perkembangan	17
2.2.2.2	Tahap-tahap tumbuh kembang anak	17
2.2.2.3	Tahapan Pertumbuhan Bayi	18
2.2.2.4	Tahapan Perkembangan Bayi	19
2.2.2.5	Ciri-ciri Tumbuh Kembang Anak	24
2.2.2.6	Proses Perkembangan Anak	24
2.2.2.7	Kebutuhan Dasar Tumbuh Kembang Anak	25
2.2.2.8	Faktor-faktor yang mempengaruhi Tumbuh Kembang	26
2.2.2.9	Perkembangan Sosial Anak	29
2.2.2.10	Perkembangan Psikoseksual.....	30
2.2.2.11	Perkembangan Psikososial	32
2.2.2.12	Perkembangan Moral Anak	35
2.2.2.13	Perkembangan kognitif Anak	36
2.3	Konsep Imunisasi	37
2.3.1	BCG	37
2.3.2	DPT	38
2.3.3	Polio	38
2.3.4	Campak	38
2.3.5	Hepatitis B	39
2.4	konsep Hospitalisasi	39
2.4.1	Pengertian	39
2.4.2	Stressor umum pada Hospitalisasi	40
2.4.3	Efek Hospitalisasi	42
2.4.4	Konsep Solusi Hospitalisasi	43
2.5	Asuhan Keperawatan	45
2.5.1	Pengkajian	45
2.5.1.1	Identitas	45
2.5.1.2	Riwayat Keperawatan	45
2.5.1.3	Riwayat Persalinan	47
2.5.1.4	Observasi dan Pemeriksaan Fisik	49
2.5.1.5	Analisa Data	52
2.5.2	Diagnosa Keperawatan	52
2.5.3	Perencanaan	53
2.5.4	Pelaksanaan	60
2.5.5	Evaluasi	61
2.6	Kerangka Masalah	64
BAB 3	TINJAUAN KASUS.....	66
3.1	Pengkajian	66
3.1.1	Identitas	66

3.1.2 Identitas Saudara Kandung	66
3.1.3 Riwayat Keperawatan	66
3.1.4 Riwayat Tumbuh Kembang	68
3.1.5 Pengkajian Keluarga	68
3.1.6 Riwayat Nutrisi	69
3.1.7 Riwayat Psikologi	69
3.1.8 Observasi dan Pemeriksaan Fisik	69
3.1.9 Pemeriksaan Diagnostik	71
3.1.10 Terapi	71
3.2 Analisa Data	72
3.3 Diagnosa Keperawatan sesuai dengan Prioritas Masalah	74
3.4 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	74
3.5 Rencana Keperawatan	75
3.6 Implementasi Keperawatan	78
3.7 Catatan Perkembangan	80
3.8 Evaluasi	83
BAB 4 PEMBAHASAN	85
4.1 Pengkajian	85
4.2 Diagnosa Keperawatan	93
4.3 Rencana Keperawatan	93
4.4 Implementasi Keperawatan	94
4.5 Evaluasi Keperawatan	95
BAB 5 PENUTUP	97
5.1 Simpulan	97
5.2 Saran	99
DAFTAR PUSTAKA	100
LAMPIRAN	102

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Daftar Tabel	Hal
Tabel 2.1	Penilaian APGAR	45
Tabel 3.1	Analisa Data.....	72
Tabel 3.2	Rencana Keperawatan.....	75
Tabel 3.3	Implementasi Keperawatan	78
Tabel 3.4	Catatan Perkembangan	80
Tabel 3.5	Catatan Perkembangan	81
Tabel 3.6	Evaluasi	83

DAFTAR GAMBAR

No . Gambar	Judul Gambar	Hal
Gambar 2.1	Kerangka Masalah	64
Gambar 3.1	Genogram Keluarga	68

DAFTAR LAMPIRAN

No. Lampiran	Judul Lampiran	Hal
Lampiran 1	Surat Ijin Penelitian	103
Lampiran 2	Lembar <i>Informed Consent</i>	104
Lampiran 4	Lembar Konsultasi	105

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

BBLR merupakan salah satu faktor resiko yang mempunyai kontribusi terhadap kematian bayi khususnya pada masa perinatal. Selain itu bayi BBLR dapat mengalami gangguan mental dan fisik pada usia tumbuh kembang selanjutnya sehingga membutuhkan biaya keperawatan yang tinggi. Bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) hingga saat ini masih merupakan masalah di seluruh dunia karena merupakan penyebab kesakitan dan kematian pada masa bayi baru lahir. Masih tingginya prevalensi gizi kurang pada anak balita berhubungan dengan faktor banyaknya bayi dengan berat badan lahir rendah(BBLR). BBLR termasuk faktor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas dan disabilitas neonatus, bayi dan anak serta memberikan dampak jangka panjang terhadap kehidupannya dimasa depan (Atikah dan Cahyo, 2010). Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sholihah, dkk. (2014) pada suku Tengger menyebutkan adanya budaya tabu makanan saat hamil, yaitu pada jenis buah-buahan, lauk, sayuran, makanan dianggap panas dan tidak lazim seperti kembar atau dempet. Budaya tabu terhadap makanan juga mempengaruhi zat gizi dari makan yang diperoleh ibu hamil. Kebutuhan zat gizi meningkat ketika saat hamil dan tabu makanan dapat memperparah kejadian kurang gizi saat kehamilan. Bila tabu makanan dilakukan dengan ketat maka dapat mempengaruhi zat gizi ibu saat hamil dan dapat terjadi defisiensi zat gizi (Sholihah, dkk, 2014).

Resiko terbesar BBLR adalah wanita yang melahirkan pada usia remaja (Atikah dan Cahyo, 2010). Umur ibu merupakan salah satu factor yang menyebabkan kejadian bayi dengan berat lahir rendah, dimana angka kejadian tertinggi BBLR adalah pada usia di bawah 20 tahun dan pada multigravida yang jarak antara kelahirannya terlalu dekat, kejadian terendah adalah pada usia ibu hamil antara 26-30 tahun (Atikah dan Cahyo, 2010). Berdasarkan WHO (2010) prevalensi bayi berat lahir rendah di perkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3% - 38% dan lebih sering terjadi di negara - negara berkembang atau sosio-ekonomi rendah. Angka kejadian di Indonesia sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain, yaitu berkisar antara 9% - 30%, hasil studi di 7 daerah multicenter di peroleh angka BBLR dengan rentang 2,1% - 17,2%. Saat ini BBLR memang masih menjadi faktor penyebab paling banyak angka kematian bayi (AKB). Karena itu setiap tahun dinkes menargetkan adanya penurunan AKB. Salah satunya menyosialisasikan penanganan bayi baru lahir. Berdasarkan data dinas kesehatan, tahun 2017 AKB mencapai 77 orang. Bila di rata-rata perbulan, ada sembilan hingga sepuluh bayi yang meninggal setiap bulan. Jumlah tersebut menurunkan daripada tahun sebelumnya (jawa pos, 2018).

Komplikasi yang di alami bayi dengan berat lahir rendah meliputi asfiksia, aspirasi atau gagal bernafas secara spontan dan teratur sesaat atau beberapa menit setelah lahir, hipotermia atau gangguan termoregulasi, gangguan nutrisi dan resiko infeksi. Masalah pada bayi dengan berat badan lahir rendah juga meliputi permasalahan pada system pernafasan, susunan syaraf pusat, kardiovaskuler, hematologi, gastrointestinal, ginjal dan termoregulasi (Atikah dan Cahyo, 2010).

Dan upaya untuk menurunkan angka BBLR dan mengantisipasi angka BBLR yang turun untuk tidak meningkat kembali. Salah satu dapat dilakukan guna mencegah terjadinya BBLR adalah Mengusahakan semua ibu hamil mendapatkan perawatan antenatal yang komprehensif. Memperbaiki status gizi ibu hamil, dengan mengkonsumsi makanan yang lebih sering atau lebih banyak, dan lebih diutamakan makanan yang mengandung nutrient yang memadai. Menghentikan kebiasaan merokok, menggunakan obat-obatan terlarang dan alcohol pada ibu hamil. Meningkatkan pemeriksaan kehamilan secara berkala minimal 4 kali selama kurun kehamilan dan di mulai sejak umur kehamilan muda. Apabila kenaikan berat badannya kurang dari 1 kg per bulan, sebaiknya segera berkonsultasi dengan ahli gizi (Atikah dan Cahyo, 2010). Kebutuhan zat besi sangat penting bahkan di mulai sebelum kehamilan. Memberikan tablet tambah darah (TTD) yang mengandung zat besi dan asam folat sebanyak 90 tablet selama kehamilan. Hal ini di lakukan sebagai upaya mengurangi anemia pada ibu hamil dan risiko terjadinya BBLR, kematian ibu dan bayi. Selain zat besi, zat gizi mikro lainnya juga di perlukan ibu hamil. Zat gizi mikro dari asupan makanan kurang mencukupi kebutuhan ibu hamil sehingga perlu adanya konsumsi suplemen mikronutrien secara rutin (Ernawati, 2011).

1.2 Rumusan Masalah

1.2.1 Bagaimana asuhan keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis berat bayi lahir rendah di ruang PERISTI RSUD Bangil ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis berat bayi lahir rendah di ruang PERINATOLOGI RSUD Bangil

1.3.2 Tujuan Khusus

1). Mengkaji bayi dengan diagnosa medis berat bayi lahir rendah di ruang PERINATOLOGI RSUD Bangil

2). Merumuskan diagnosa keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis berat bayi lahir rendah di ruang PERINATOLOGI RSUD Bangil

3). Merencanakan tindakan keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis berat bayi lahir rendah di ruang PERINATOLOGI RSUD Bangil

4). Melaksanakan tindakan keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis berat bayi lahir rendah di ruang PERINATOLOGI RSUD Bangil

5). Mengevaluasi tindakan keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis berat bayi lahir rendah di ruang PERINATOLOGI RSUD Bangil

6). Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada bayi dengan diagnosa berat bayi lahir rendah di ruang PERINATOLOGI RSUD Bangil

1.4 Manfaat peneliti

1.4.1 Bagi penulis

Dapat menerapkan ilmu yang telah di peroleh serta mendapatkan pengalaman dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada

pasien sehingga dapat di gunakan sebagai berkas penulis di dalam melaksanakan tugas sebagai perawat

1.4.2 Bagi institusi pendidikan

Sebagai tambahan sumber kepustakaan dan perbandingan asuhan keperawatan

1.4.3 Bagi klien dan keluarga

Agar keluarga klien mengetahui dan mengalami perubahan fisiologi yang terjadi pada tubuh pasien secara kesadaran bagi keluarga klien untuk memperhatikan kondisi tubuh

1.4.4 Bagi masyarakat

Merupakan informasi kepada masyarakat mengenai penyakit berat bayi lahir rendah

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Pengumpulan data

1.5.2.1 Wawancara

Data di ambil atau di peroleh melalui percakapan dengan keluarga klien.

1.5.2.2 Observasi

Data di ambil melalui pengamatan pada klien.

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang. Menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber data

1.5.3.1 Data primer

Data yang di peroleh dari klien.

1.5.3.2 Data sekunder

Data yang di peroleh dari keluargaklien, catatan medis, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang di bahas.

1.6 Sistematika penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian:

1.6.1 Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing bab terdiri dari sub bab berikut ini.

Bab 1 : Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, sistematika penulisan studi kasus.

Bab 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnose medis BBLR serta kerangka masalah.

Bab 3 : Tinjauan kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

Bab 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

Bab 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Dalam bab 2 ini akan di uraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa medis BBLR. Konsep penyakit akan di uraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan di uraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit kehamilan dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian BBLR

Berat badan lahir rendah merupakan bayi yang di lahirkan dengan berat badan kurang dari 2500 gram (H. Nabel ridha, 2017).

Menurut WHO (1961), istilah bayi prematur diganti dengan Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) karena disadari tidak semua bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram pada waktu lahir adalah bayi prematur (Winkjosastro, 2009).

Bayi Berat badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 (satu) jam setelah lahir (Prawirohardjo, 2009).

2.1.1.1 Penggolongan

Menurut Sugeng (2012) Bayi Berat Lahir Rendah dapat digolongkan menjadi 2, yaitu:

1) Prematur Murni/Bayi Kurang Bulan

Masa gestasi < 37 minggu (259 hari) dan berat badan sesuai dengan berat badan untuk masa gestasi itu, atau biasa disebut neonatus kurang bulan sesuai untuk masa kehamilan (NKB-SMK)

2) Dismaturitas/Bayi Kecil Masa Kehamilan

Bayi lahir dengan berat badan kurang dari seharusnya untuk masa gestasi itu, bayi mengalami retardasi pertumbuhan intra uterin dan merupakan bayi yang kecil untuk masa kehamilannya tersebut (KMK). Berat badan kurang dari seharusnya yaitu dibawah persentil ke-10 (kurva pertumbuhan intra uterin Usher Lubchenco) atau dibawah 2 Standar Deviasi (SD) (kurva pertumbuhan intra uterin Usher dan McLean).

3) Berkaitan dengan penanganan dan harapan hidupnya, bayi berat lahir rendah dibedakan dalam:

(1) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), berat lahir 1500-2499 gram.

(2) Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR), berat lahir < 1500 gram.

(3) Bayi Berat Lahir Ekstrim Rendah (BBLER), berat badan lahir < 1000 gram.

4) Berdasarkan berat badan menurut usia kehamilan dapat digolongkan:

(1) Kecil Masa Kehamilan (KMK) yaitu jika bayi lahir dengan BB dibawah persentil ke- 10 kurva pertumbuhan janin.

(2) Sesuai Masa Kehamilan (SMK) yaitu jika bayi lahir dengan BB diantara persentil ke- 10 dan ke- 90 kurva pertumbuhan janin.

- (3) Besar Masa Kehamilan (BMK) yaitu jika bayi lahir dengan BB diatas persentil ke- 90 pada kurva pertumbuhan janin.

BBLR dapat disebabkan oleh beberapa factor (dr. Arief ZR, dkk, 2009), yaitu:

2.1.2.1 Prematuritas murni :

1) Faktor Ibu

(1) Penyakit

- ((1) Toksemia gravidarum
- ((2) Perdarah antepartum
- ((3) Trauma fisik dan psikologis
- ((4) Nefritis akut
- ((5) Diabetes mellitus

(2) Usia Ibu

- ((1) Usia ibu < 16 tahun
- ((2) Usia > 35 tahun
- ((3) Multi gravid yang jarak kehamilannya terlalu dekat

(3) Keadaan social

- ((1) Golongan sosial ekonomi rendah
- ((2) Perkawinan yang tidak sah

(4) Sebab lain

- ((1) Ibu yang merokok
- ((2) Ibu peminum alcohol
- ((3) Ibu pecandu narkotik

2) Faktor janin

- (1) Hidramnion
- (2) Kelainan ganda
- (3) Kelainan kromosom
- (4) Cacat bawaan
- (5) KPD
- (6) Infeksi

3) Faktor lingkungan

- (1) Tempat tinggal dataran tinggi
- (2) Raadiasi
- (3) Zat-zat beracun

Penyebab dismaturitas ialah setiap keadaan yang mengganggu pertukaran zat antara ibu dan janin (Sugeng, 2012).

Menurut Huda dan Hardhi (2013) tanda dan gejala dari bayi berat badan rendah adalah:

2.1.3.1 Sebelum lahir

- 1) Pembesaran uterus tidak sesuai dengan usia kehamilan.
- 2) Pada anamneses sering dijumpai adanya riwayat abortus, partus prematurus, dan lahir mati.
- 3) Pergerakan janin lebih lambat.
- 4) Pertambahan berat badan ibu lambat dan tidak sesuai yang seharusnya.

2.1.3.2 Setelah bayi lahir

- 1) Bayi premature yang lahir sebelum kehamilan 37 minggu
- 2) Bayi premature kurang sempurna pertumbuhan alat-alat dalam tubuhnya.

2.1.3.3 Selain itu ada gambaran klinis BBLR secara umum adalah:

- 1) Berat badan dari ≤ 2500 gram.
- 2) Panjang kurang dari 45 cm.
- 3) LD < 30 cm.
- 4) LK < 33 cm.
- 5) Umur kehamilan < 37 minggu.
- 6) Kulit tipis, transparan, rambut lanugo banyak, lemak kurang.
- 7) Otot hipotonik.
- 8) Pernapasan tidak teratur dapat terjadi apnea.
- 9) Ekstremitas : paha abduks, sendi lutut atau kaki fleksi-lurus.
- 10) Tulang rawan daun telinga belum sempurna pertumbuhannya, sehingga seolah-olah tidak teraba tulang rawan.
- 11) Tumit mengkilap, telapak kaki halus.
- 12) Alat kelamin pada laki-laki pigmentasi dan rugae pada skrotum kurang. Testis belum turun ke dalam skrotum. Pada bayi perempuan klitoris menonjol, labia minora belum tertutup oleh labia mayora.
- 13) Fungsi syaraf belum matang menyebabkan reflek menghisap, menelan dan batuk masih lemah.
- 14) Jaringan kelenjar mammae masih kurang akibat pertumbuhan otot dan jaringan lemak masih kurang.

2.1.4 Penatalaksanaan BBLR

2.1.4.1 Setelah bayi lahir dilakukan:

1) Tindakan Umum

- (1) Membersihkan jalan nafas.
- (2) Mengusahakan nafas pertama dan seterusnya.
- (3) Perawatan tali pusat dan mata

2) Tindakan Khusus

- (1) Suhu tubuh dijaga pada 36,5-37,5 °C pengukuran aksila, pada bayi baru lahir dengan umur kehamilan 35 minggu perlu perhatian ketat, bayi dnegan BBL 2000 gram dirawat dalam inkobator atau dengan boks kaca menggunakan lampu.
- (2) Awasi frekuensi pernafasan pada 24 jam pertama untuk mengetahui sindrom aspirasi meconium.
- (3) Setiap jam hitung frekuensi pernafasan, bila ≥ 60 x/menit lakukan foto thorax,
- (4) Berikan oksigen sesuai dengan masalah pernafasan yang didapat.
- (5) Pantau sirkulasi dengan ketat (denyut jantung, perfusi darah, tekanan darah).
- (6) Awasi keseimbangan cairan.
- (7) Pemberian cairan dan nutrisi bila tidak ada masalah pernafasan dan keadaan umum baik:
 - ((1) Berikan makanan dini early feeding untuk menghindari terjadinya hipoglikemia.
 - ((2) Perikasa kadar gula darah 8-12 post natal.

- ((3) Periksa reflex hisap dan menelan.
 - ((4) Motivasi pemberian ASI
 - ((5) Pemberian nutrisi intravena jika ada indikasi, nutrient yang dapat diberikan meliputi; karbohidrat, lemak, asam amino, vitamin, dan mineral.
 - ((6) Berikan multivitamin jika minum enternal bisa diberikan secara kontinyu.
- (8) Tindakan pencegahan infeksi:
- ((1) Cara kerja aseptik, cuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi
 - ((2) Mencegah terlalu banyak bayi dalam satu ruangan.
 - ((3) Melarang petugas yang menderita infeksi masuk ke tempat bayi dirawat.
 - ((4) Pemberian antibiotic sesuai dengan pola kuman.
 - ((5) Membatasi tindakan seminimal mungkin.
- (9) Mencegah perdarahan berikan vitamin K 1 mg dalam sekali pemberian (Rio, 2014)
-
- 1) Foto thoraks/baby gram pada bayi baru lahir dengan usia kehamilan kurang bulan, dapat dimulai pada umur 8 jam.
 - 2) USG kepala terutama pada bayi dengan usia kehamilan 35 minggu dimulai pada umur 2 hari,

2.1.5.2 Laboratorium

- 1) Darah rutin.
- 2) Gula darah (8-12 jam post natal).
- 3) Analisa gas darah.
- 4) Elektrolit darah (k/p)
- 5) Tes kocok/shake test

Interpretasi:

(1) (+) : Bila terdapat gelembung-gelembung yang membentuk cincin.

Artinya surfaktan terdapat dalam paru dengan jumlah cukup.

(2) (-) : Bila tidak ada gelembung berarti tidak ada surfaktan.

(3) Ragu : Bila terdapat gelembung tapi tidak ada cincin. (Rio, 2014)

2.1.6 Komplikasi BBLR

Ada beberapa hal yang dapat terjadi apabila BBLR tidak ditangani secepatnya menurut Mitayani, 2009 yaitu:

2.1.6.1 Sindrom aspirasi meconium (menyebabkan kesulitan bernafas pada bayi)

2.1.6.2 Hipoglikemia simptomatik, terutama pada laki-laki

2.1.6.3 Penyakit membrane hialin: disebabkan karena surfaktan paru belum sempurna/ cukup, sehingga olveoli kolaps. Sesudah bayi mengadakan inspirasi, tidak tertinggal udara residu dalam alveoli, sehingga selalu dibutuhkan tenaga negative yang tinggi untuk yang berikutnya.

2.1.6.4 Asfiksia neonetorum

2.1.6.5 Hiperbilirubinemia. Bayi dismatur sering mendapatkan hiperbilirubinemia, hal ini mungkin disebabkan karena gangguan pertumbuhan hati.

2.1.7 Patofisiologi

Semakin kecil dan semakin prematur bayi, maka akan semakin tinggi resiko gizinya. Beberapa faktor yang memberikan efek pada masalah gizi;

2.1.7.1 Menurunnya simpanan zat gizi, cadangan makanan di dalam tubuh sedikit.

Hampir semua lemak, glikogen, dan mineral seperti zat besi, kalsium, fosfor, dan seng dideposit selama 8 minggu terakhir kehamilan.

2.1.7.2 Meningkatnya kebutuhan energi dan nutrient untuk pertumbuhan dibandingkan BBLR.

2.1.7.3 Belum matangnya fungsi mekanis dari saluran pencernaan. Koordinasi

antara reflek hidap dan menelan, dengan penutupan epiglotis untuk mencegah aspirasi pneoumonia belum berkembang dengan baik sampai kehamilan 32 – 34 minggu. Penundaan pengosongan lambung atau buruknya motilitas usus sering terjadi pada bayi preterm.

2.1.7.4 Kurangnya kemampuan untuk mencerna makanan, paada bayi preterm

mempunyai lebih sedikit simpanan garam empedu, yang diperlukan untuk mencerna dan mengabsorbsi lemak dibandingkan dengan bayi aterm. Produksi amylase pancreas dan lipase, yaitu enzim yang terlibat dalam pencernaan lemak dan karbohidrat juga menurun. Begitu pula kadar lactose (enzim yang diperlukan untuk mencerna susu) juga sampai sekitar kehamilan 34 minggu.

2.1.7.5 Paru yang belum matang dengan peningkatan kerja nafas dan kebutuhan

kalori yang meningkat. Masalah pernafasan juga akan mengganggu makanan secara oral. Potensial untuk kehilangan panas akibat permukaan

tubuh dibanding dengan BB dan sedikitnya jaringan lemak di bawah kulit. Kehilangan panas ini akan meningkatkan kebutuhan akan kalori (Rio, 2014).

2.2 Konsep Anak

2.2.1 Pengertian

Anak adalah seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, psiko sosial, dan spiritual (Askar, 2012)

2.2.2 Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan

2.2.2.1 Definisi pertumbuhan dan perkembangan

- 1) Pertumbuhan (growth) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolic (retensi kalsium dan nitrogen tubuh).
- 2) Perkembangan (development) adalah tambahnya kemampuan (skill) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan (dr. Soetjiningsih, SpAk, 2009).

2.2.2.2 Tahap-tahap tumbuh kembang anak (Donna L Wong, 2005)

1) Pre natal

- | | |
|-------------|-----------------------|
| (1) Geminal | : konsepsi – 8 minggu |
| (2) Embrio | : 2-8 minggu |
| (3) Fetal | : 8 – 40 minggu |

2) Bayi

(1) Neonatus : lahir – 1 bulan

(2) Bayi : 1 bulan -12 bulan

3) Anak-anak awal

(1) Toddler : 1 - 3 th

(2) Pra sekolah : 3 - 6 th

4) Anak-anak tengah/sekolah : 6 -12 th

5) Anak-anak akhir:

(1) Pra pubertas : 10 -13 th

(2) Remaja : 13 – 19 th

2.2.2.3 Tahapan pertumbuhan bayi

Tahapan pertumbuhan pada bayi menurut (Sulistiyawati, 2014) adalah :

1) Panjang badan

Penentuan tinggi badan neonatus menggunakan istilah panjang badan, dengan pemahaman bahwa metode pengukuran tinggi badan dilakukan dengan neonatus dengan posisi berbaring.

2) Berat badan

Bayi baru lahir cukup bulan, berat badan waktu lahir akan kembali pada hari ke 10. Kenaikan berat badan bayi jika didapatkan gizi yang baik.

3) Ubun-ubun

Kepala bayi dibentuk oleh beberapa lempeng tulang, antara lain tulang oksipital satu buah di bagian belakang kepala, tulang parietalis sebanyak 2 buah yang berada di bagian kanan dan kiri, tulang frontalis

sebanyak 2 buah yang berada di bagian depan kepala. Tulang-tulang yang belum tersambung itu terdapat celah yang di sebut sutura.

4) Lingkar kepala

Lingkar kepala pada waktu lahir ukuran MO : 35 cm, SOB : 33 cm, FOB : 34 cm rata-rata 34 cm. Besarnya lingkar kepala lebih besar dari pada lingkar dada.

5) Gigi

Gigi pertama tumbuh pada umur 5-9 bulan, pada umur 1 tahun sebagian besar mempunyai 6-8 gigi susu. Selama tahun kedua gigi tumbuh lagi 8 buah, sehingga jumlah seluruhnya sekitar 14-16 gigi, dan pada umur 2,5 tahun sudah terdapat 20 gigi susu.

2.2.2.4 Tahapan perkembangan pada bayi

Tahapan perkembangan pada bayi usia 0-12 bulan menurut (Ari Sulistyawati, 2014)

1) Usia 0-1 Bulan

(1) Motorik halus :

((1) Memiliki gerakan refleks alami

((2) Memiliki kepekaan terhadap sentuhan

((3) Peka terhadap sentuhan jari yang disentuh ke tangannya hingga ia memegang jari tersebut.

(2) Motorik kasar :

((1) Refleks kepalanya akan bergerak ke bagian tubuh yang disentuh

(3) Motorik perkembangan bahasa :

((1) Sedikit demi sedikit sudah bisa tersenyum.

((2) Komunikasi yang digunakan adalah menangis. Arti dari tangisan itu sendiri akan Anda ketahui setelah mengenal tangisannya, apakah ia lapar, haus, gerah, atau hal lainnya.

2) Usia 2 Bulan

(1) Motorik halus :

((1) Sudah bisa melihat dengan jelas dan bisa membedakan muka dengan suara.

(2) Motorik kasar :

((1) Bisa menggerakkan kepala ke kiri atau ke kanan, dan ke tengah.

(3) Motorik bahasa :

((1) Bisa menggerakkan kepala ke kiri atau ke kanan, dan ke tengah.

3) Usia 3 Bulan

(1) Motorik halus :

((1) Mulai mengenal ibu dengan penglihatannya, penciuman, pendengaran, serta kontak.

(2) Motorik kasar :

((1) Sudah mulai bisa mengangkat kepala setinggi 45 derajat

(3) Motorik bahasa :

((1) Memberikan reaksi ocehan ataupun menyahut dengan ocehan.

((2) Tertawanya sudah mulai keras.

((3) Bisa membalas senyum di saat Anda mengajaknya bicara atau tersenyum.

4) Usia 4 Bulan

(1) Motorik halus :

((1) Sudah bisa menggenggam benda yang ada di jari jemarinya.

((2) Mulai memperluas jarak pandangannya

(2) Motorik kasar :

((1) Bisa berbalik dari mulai telungkup ke terlentang.

((2) Sudah bisa mengangkat kepala setinggi 90 derajat

5) Usia 5 Bulan

(1) Motorik halus :

((1) Mulai memainkan dan memegang tangannya sendiri.

((2) Matanya sudah bisa tertuju pada benda-benda kecil.

(2) Motorik kasar :

((1) Dapat mempertahankan posisi kepala tetap tegak dan stabil.

6) Usia 6 Bulan

(1) Motorik halus ;

((1) Bisa meraih benda yang terdapat dalam jangkauannya

(2) Motorik kasar :

((1) Sudah bisa bermain sendiri

(3) Motorik bahasa :

((1) Saat tertawa terkadang memperlihatkan kegembiraan dengan suara tawa yang ceria..

((2) Akan tersenyum saat melihat gambar atau saat sedang bermain.

7) Usia 7 Bulan

(1) Motorik kasar :

((1) Sudah bisa duduk sendiri dengan sikap bersila.

((2) Mulai belajar merangkak.

(2) Motorik sosialisasi dan kemandirian :

((1) Bisa bermain tepuk tangan dan cilukba.

8) Usia 8 Bulan

(1) Motorik halus :

((1) Bisa memegang dan makan kue sendiri.

(2) Motorik kasar :

((1) Merangkak untuk mendekati seseorang atau mengambil mainannya

((2) Bisa memindahkan benda dari tangan satu ke tangan lainnya.

((3) Dapat mengambil benda-benda yang tidak terlalu besar.

(3) Motorik bahasa :

((1) Sudah bisa mengeluarkan suara-suara seperti, mamama, bababa, dadada, tatata.

9) Usia 9 Bulan

(1) Motorik halus ;

((1) Mengambil benda-benda yang dipegang di kedua tangannya.

((2) Mulai bisa mencari mainan atau benda yang jatuh di sekitarnya.

(2) Motorik kasar :

((1) Sudah mulai belajar berdiri dengan kedua kaki yang juga ikut menyangga berat badannya.

((2) Senang melempar-lemparkan benda atau mainan.

10) Usia 10 Bulan

(1) Motorik halus :

((1) Bisa menggenggam benda yang dipegang dengan erat.

((2) Dapat mengulurkan badan atau lengannya untuk meraih mainan.

(2) Motorik kasar :

((2) Mulai belajar mengangkat badannya pada posisi berdiri.

11) Usia 11 Bulan

(1) Motorik halus ;

((1) Mulai senang memasukkan sesuatu ke dalam mulut.

(2) Motorik kasar :

((1) Setelah bisa mengangkat badannya, mulai belajar berdiri dan berpegangan dengan kursi atau meja selama 30 detik.

(3) Motorik bahasa :

((1) Bisa mengulang untuk menirukan bunyi yang didengar

(4) Motorik kemandirian atau sosialisasi :

((1) Senang diajak bermain cilukba.

12) Usia 12 Bulan

(1) Motorik halus :

((1) Mengembangkan rasa ingin tahu, suka memegang apa saja.

(2) Motorik kasar :

((1) Mulai berjalan dengan dituntun.

(3) Motorik bahasa :

((1) Bisa menyebutkan 2-3 suku kata yang sama.

((2) Reaksi cepat terhadap suara berbisik.

(4) Motorik sosialisasi dan kemandirian :

((1) Mulai mengenal dan berkembang dengan lingkungan sekitarnya.

((2) Sudah bisa mengenal anggota keluarga.

((3) Tidak cepat mengenal orang baru serta takut dengan orang yang tidak dikenal/asing.

2.2.2.5 Ciri-ciri tumbuh kembang anak

Menurut Hidayat (2008) dalam pertumbuhan dan perkembangan anak, terdapat berbagai ciri khas yang membedakan komponen satu dengan yang lain.

1) Proses pertumbuhan anak memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

(1) Dalam pertumbuhan akan terjadi perubahan ukuran dalam hal bertambahnya ukuran fisik, seperti berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala, lingkaran lengan, lingkaran dada dan yang lainnya.

(2) Dalam Pertumbuhan dapat terjadi perubahan proporsi yang dapat terlihat pada proporsi fisik atau organ manusia yang muncul mulai dari masa konsepsi hingga dewasa.

(3) Pada pertumbuhan dan perkembangan, hilang ciri-ciri lama yang ada selama pertumbuhan, seperti hilangnya kelenjar timus, gigi susu atau hilangnya refleks tertentu.

2.2.2.6 Proses Perkembangan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1) Perkembangan selalu melibatkan proses pertumbuhan yang diikuti dari perubahan fungsi, seperti perkembangan sistem reproduksi akan diikuti perubahan pada fungsi alat kelamin.

- 2) Perkembangan memiliki pola yang konstan yaitu perkembangan dapat terjadi dari daerah kepala ke daerah kaki.
- 3) Perkembangan memiliki tahap yang berurutan mulai dari melakukan hal yang sederhana sampai melakukan hal yang sempurna.
- 4) Perkembangan setiap individu memiliki kecepatan pencapaian yang berbeda.
- 5) Perkembangan dapat menentukan pertumbuhan tahap selanjutnya, dimana tahapan perkembangan harus dilewati tahap demi tahap.

2.2.2.7 Kebutuhan dasar tumbuh kembang anak

Menurut Soetdjiningih (2009) kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang adalah sebagai berikut :

1) Kebutuhan fisik-biomedis (ASUH) meliputi:

- (1) Pangan/gizi
- (2) Perawatan Kesehatan
- (3) Tempat tinggal yang layak.
- (4) Kebersihan Individu
- (5) Sandang/pakaian
- (6) Kesegaran jasmani/rekreasi

2) Kebutuhan emosi anak (ASIH)

Kasih sayang dari orang tua akan menciptakan ikatan yang erat dan kepercayaan yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak.

3) Kebutuhan akan stimulasi mental (ASAH)

Stimulasi mental merupakan bakal dalam proses belajar (pendidikan dan pelatihan) pada anak, stimulasi mental ini mengembangkan

perkembangan mental, psikososial, kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, moral, etika, produktivitas dan sebagainya.

2.2.2.8 Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan

menurut Dr. Soetjiningsih, (2009) :

1) Faktor genetik

Faktor genetic, merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Melalui intruksi genetic yang terkandung dalam sel telur yang di buahi, dapat ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan. Ditandai dengan intensitas dan kecepatan pembelahan, derajat sensitivitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas dan berhentinya pertumbuhan tulang.

2) Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan tercapai atau tidaknya potensi bawaan. Lingkungan yang cukup baik akan memungkinkan tercapainya potensi bawaan, sedangkan yang kurang baik akan menghambatnya. Lingkungan ini merupakan lingkungan "bio-fisiko-psiko-sosial" yang mempengaruhi individu setiap hari, mulai dari konsepsi sampai akhir hayatnya.

3) Lingkungan perinatal

Merupakan lingkungan dalam kandungan, mulai dari konsepsi sampai lahir yang meliputi pada waktu ibu hamil, lingkungan mekanis seperti zat kimia, penggunaan obat-obatan, alkohol atau kebiasaan merokok ibu selama kehamilan.

4) Lingkungan postnatal

Selain faktor lingkungan perinatal terdapat juga lingkungan setelah lahir yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak diantaranya adalah sebagai berikut:

(1) Budaya Lingkungan

Budaya lingkungan dalam hal ini adalah budaya dimasyarakat yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Budaya lingkungan dapat menentukan bagaimana seseorang atau masyarakat mempersepsikan pola hidup sehat.

(2) Sistem Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi juga dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Anak dengan keluarga yang memiliki sosial ekonomi tinggi tentunya pemenuhan kebutuhan gizi cukup baik dibandingkan anak dengan keluarga yang memiliki status sosial ekonomi rendah. Demikian juga dengan status pendidikan keluarga, misalnya tingkat pendidikan rendah akan sulit untuk menerima arahan dalam pemenuhan gizi dan mereka sering tidak mau atau tidak meyakini pentingnya pemenuhan gizi atau pentingnya pelayanan kesehatan lain yang menunjang tumbuh kembang anak.

(3) Nutrisi

adalah salah satu komponen yang paling penting dalam menunjang keberlangsungan proses pertumbuhan dan perkembangan. Menurut Arif (2009) dalam nutrisi terdapat

kebutuhan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan antara lain:

((1) Energi

Banyak sedikitnya asupan energi atau kalori sangat berpengaruh terhadap laju pembelahan sel dan pembentukan struktur organ-organ tubuh. Jumlah energi yang dianjurkan dihitung berdasarkan jumlah konsumsi energi yang dibutuhkan anak. Karbohidrat merupakan salah satu sumber energi utama selain protein dan lemak.

((2) Protein

Protein merupakan salah satu sumber energi, dan sebagai salah satu zat pembangun yang dibutuhkan anak untuk pembuatan sel-sel baru dan merupakan pembentukan berbagai struktur organ tubuh. Selain itu juga protein berperan dalam pembentukan enzim dan hormon yang dapat mengatur proses metabolisme dalam tubuh dan sebagai pertahanan tubuh melawan berbagai penyakit serta infeksi.

((3) Asam Lemak dan Omega-3

Asam lemak omega-3 merupakan salah satu asam lemak esensial yang berfungsi untuk memperlancar peredaran darah ke seluruh tubuh dan melunakkan membrane sel darah merah serta mencegah terjadinya pengerasan pembuluh darah merah. Kandungan ini dapat diperoleh dari kacang-kacangan

dan biji-bijian. Selain itu dapat juga diperoleh dari sumber hewani, telur, daging, ikan, dan lain-lain.

((4) Vitamin A (*Retinol*))

Pada anak terjadinya defisiensi vitamin A dapat mengakibatkan terjadinya hambatan pertumbuhan, dan sintesa protein.

((5) Vitamin D (*Calciferol*))

Mengonsumsi Vitamin D dapat meningkatkan penyerapan kalsium dan pertumbuhan kerangka tubuh.

2.2.2.9 Perkembangan sosial anak

1) Paska lahir

Anak suka ditinggal tanpa diganggu. Mereka senang waktu berkontak erat dengan tubuh ibu. Menangis keras apabila merasa tidak enak, tetapi bila didekap erat atau diayun dengan lembut anak akan berhenti menangis.

2) Usia 1 bulan – 3 bulan

Merasakan kehadiran ibu dan memandang ke arahnya bila mendekat. Terus menerus mengamati setiap gerakan orang yang berada didekatnya. Berhenti menangis bila diajak bermain atau bicara oleh siapa saja yang bersikap ramah.

3) Usia 6 bulan

Penuh minat terhadap segala sesuatu yang sedang terjadi disekitarnya. Jika akan diangkat, anak akan mengulurkan kedua tangannya. Tertawa kecil bila diajak bermain, walaupun biasanya

bersahabat tetapi tidak langsung menyambut dan memberi respon terhadap orang yang tidak dikenalnya.

4) Usia 9 bulan – 12 bulan

Pada tahap ini anak sudah mengerti kata tidak, melambaikan tangan, bertepuk tangan atau menggoyangkan tangan mengikuti nyanyian. Bermain dengan orang dewasa. Mulai memahami dan mematuhi perintah yang sederhana.

5) Usia 18 – 21 bulan

Ketergantungan terhadap orang lain dalam hal bantuan, perhatian dan kasih sayang. Mengerti sebagian apa yang di katakan kepada dirinya dan mengulangi kata yang diucapkan orang dewasa dan banyak bercakap-cakap. Usia 3 tahun – 5 tahun anak sudah dapat berbicara bebas pada diri sendiri, orang lain, bahkan dengan mainannya, mampu berbicara lancar, dan bermain dengan kelompok. Anak kadang merasa puas bila bermain sendiri untuk waktu yang lama dan menyenangi kisah seseorang atau tokoh dalam film.

6) Usia 5 tahun sampai 6 tahun dapat bergaul dengan semua teman, merasa puas dengan prestasi yang di capai, tegang rasa terhadap keadaan orang lain, dan dapat mengendalikan emosi (Christianti, 2012)

2.2.2.10 Perkembangan psikoseksual anak.

1) *Fase oral* (0-18 bulan)

Bayi merasa bahwa mulut adalah tempat pemuasan (oral grafication). Rasa lapar dan haus terpenuhi dengan menghisap putting susu ibunya. Kebutuhan-kebutuhan, persepsi-persepsi dan

cara ekspresi bayi secara primer dipusatkan di mulut, bibir, lidah dan organ lain yang berhubungan dengan daerah mulut. Pada fase oral ini, peran ibu penting untuk memberikan kasih sayang dan memenuhi kebutuhan bayi secepatnya. Jika semua kebutuhannya terpenuhi, bayi akan merasa aman, percaya pada dunia luar.

2) *Fase anal* (1,5 – 3 tahun)

Pada fase ini kepuasan dan kenikmatan anak terletak pada anus. Kenikmatan didapatkan pada waktu menahan berak. Kenikmatan lenyap ketika berak selesai. Jika kenikmatan yang sebenarnya diperoleh anak dalam fase ini ternyata diganggu oleh orangtuanya dengan mengatakan bahwa hasil produksinya kotor, jijik, dan sebagainya, bahkan jika disertai dengan kemarahan atau bahkan ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan, maka hal ini dapat mengganggu perkembangan anak. Oleh karena itu sikap orangtua yang benar yaitu mengusahakan agar anak merasa bahwa alat kelamin dan anus serta kotoran yang dikeluarkan sesuatu yang biasa (wajar) dan bukan sesuatu yang menjijikan.

3) *Fase uretral*

Fase ini merupakan fase perpindahan dari fase anal ke fase phallus. Erotik uretral mengacu pada kenikmatan dalam pengeluaran dan penahanan air seni seperti pada fase anal. Jika fase uretral tidak dapat di selesaikan dengan baik, anak akan mengembangkan sifat uretral yang menonjol yaitu persaingan dan ambisi sebagai akibat timbulnya rasa malu karena kehilangan control terhadap uretra. Jika

fase ini dapat di selesaikan dengan baik, maka anak akan mengembangkan persaingan sehat, yang menimbulkan rasa bangga akan kemampuan diri. Anak laki-laki meniru dan membandingkan dengan ayahnya.

4) *Fase phallus* (3-5 tahun)

Pada fase ini anak mulai mengerti bahwa kelaminnya berbeda dengan kakak, adik atau temannya. Anak mulai merasakan bahwa kelaminnya merupakan tempat yang memberikan kenikmatan ketika ia mempermainkan bagian tersebut. Tetapi orang tua sering marah bahkan mengeluarkan ancaman bila melihat anaknya memegang atau mempermainkan kelaminnya.

5) *Fase genital* (11 tahun – 18 tahun)

Pada fase ini, proses perkembangan psikoseksual mencapai "titik akhir". Organ-organ seksual mulai aktif sejalan dengan mulai berfungsinya hormon-hormon seksual, sehingga pada saat ini terjadi perubahan fisik dan psikis. Secara fisik, perubahan yang paling nyata adalah pertumbuhan tulang dan perkembangan organ seks serta tanda-tanda seks sekunder. Remaja putri mencapai kecepatan pertumbuhan maksimal pada usia 12-13 tahun, sedangkan remaja putra sekitar 14-15 tahun (Minarti, 2010).

2.2.2.11 Perkembangan psikososial anak

1) Tahap 1 : *trust riview mistrust* (0-1 tahun)

Dalam tahap ini, bayi berusaha keras untuk mendapatkan pengasuhan dan kehangatan, jika ibu berhasil memenuhi kebutuhan

anaknyanya, sang anak akan mengembangkan kemampuan untuk mempercayai dan mengembangkan asa (hope). Jika krisis ego ini tidak pernah terselesaikan, individu tersebut akan mengalami kesulitan dalam membentuk rasa percaya dengan orang lain sepanjang hidupnya, selalu menyakinkan dirinya bahwa orang lain berusaha mengambil keuntungan dirinya.

2) Tahap 2 : *autonomy versus shame and doubt* (1-3 tahun)

Dalam tahap ini, anak akan belajar bahwa dirinya memiliki control atas tubuhnya. Orangtua seharusnya menuntun anaknya mengajarkannya untuk mengontrol keinginan atau impuls-impulsnya, namun dengan perlakuan yang kasar. Mereka melatih kehendak mereka, tepatnya otonomi. Harapan idealnya, anak bisa belajar menyesuaikan diri dengan aturan-aturan sosial tanpa banyak kehilangan pemahaman awal mereka mengenai otonomi, inilah resolusi yang diharapkan.

3) Tahap 3 : *initiative versus guild* (3-6 tahun)

Pada metode inilah anak belajar bagaimana merencanakan dan melaksanakan tindakannya. Resolusi yang tidak berhasil dari tahapan ini akan membuat sang anak takut mengambil inisiatif atau membuat keputusan karena takut berbuat salah. Anak memiliki rasa percaya diri yang rendah dan tidak mau mengembangkan harapan-harapan ketika ia dewasa. Bila anak berhasil melewati masa ini dengan baik, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah memiliki tujuan dalam hidupnya.

4) Tahap 4 : *industry versus inferiority* (6-12 tahun)

Pada saat ini, anak-anak belajar untuk memperoleh kesenangan dan kepuasan dari menyelesaikan tugas khususnya tugas-tugas akademik. Penyelesaian yang sukses pada tahap ini akan menciptakan anak yang dapat memecahkan masalah dan bangga akan prestasi yang diperoleh. Keterampilan ego yang diperoleh adalah kompetisi. Disisi lain, anak yang tidak mampu untuk menemukan solusi positif dan tidak mampu mencapai apa yang diraih teman-teman sebaya akan merasa inferior.

5) Tahap : *identity versus rofe confusion* (12-18 tahun)

Pada tahap ini, terjadi perubahan fisik dan jiwa di masa biologis seperti orang dewasa sehingga tampak adanya kontra indikasi bahwa di lain pihak ia dianggap dewasa tetapi di sisi lain ia dianggap belum dewasa. Tahap ini merupakan masa stansarisasi diri yaitu anak mencari identitas dalam bidang seksual, umur dan kegiatan. Peran orangtua sebagai sumber perlindungan dan nilai utama mulai menurun. Adapun peran kelompok atau teman sebaya tinggi.

6) Tahap 6 : *intimacy versus isolation* (masa dewasa muda)

Dalam tahap ini, orang dewasa muda mempelajari cara berinteraksi dengan orang lain secara lebih mendalam. Ketidakmampuan untuk membentuk ikatan social yang kuat akan menciptakan rasa kesepian. Bila individu berhasil mengatasi krisis ini, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah cinta.

7) Tahap 7 : *generativity versus stagnation* (masa dewasa menengah)

Pada tahap ini, individu memberikan sesuatu kepada dunia sebagai balasan dari apa yang telah dunia berikan untuk dirinya, juga melakukan sesuatu yang dapat memastikan kelangsungan generasi penerus di masa depan ketidakmampuan untuk memiliki pandangan generative akan menciptakan perasaan bahwa hidup ini tidak berharga dan membosankan. Bila individu berhasil mengatasi krisis pada masa ini maka keterampilan ego yang dimiliki adalah perhatian.

8) Tahap 8 : *ego integrity versus despair* (masa dewasa akhir)

Pada tahap usia lanjut ini, mereka juga dapat mengingat kembali masa lalu itu terasa menyenangkan dan pencarian saat ini, adalah untuk mengintegrasikan tujuan hidup yang telah dikejar selama bertahun-tahun. Kegagalan dalam melewati tahap ini akan menyebabkan munculnya rasa putus asa (Riendravi, 2013)

2.2.2.12 Perkembangan moral anak

1) Usia 3 tahun

Tingkah lakunya semata-mata di kuasai oleh dorongan yang didasari dengan kecenderungan bahwa apa yang menyenangkan akan diulang, sedangkan yang tidak enak tidak akan diulangi dalam tingkah lakunya. Anak pada masa ini masih sangat mudah secara intelek, untuk menyadari dan mengartikan bahwa sesuatu tingkah lakunya adalah tidak baik, kecuali bila mana hal itu menimbulkan perasaan sakit.

2) Usia 3-6 tahun

Anak memperlihatkan sesuatu perbuatan yang tidak tanpa mengetahui mengapa ia harus berbuat kebaikan. Ia melakukan hal ini untuk menghindari hukuman yang mungkin akan dialami dari lingkungan sosial atau memperoleh pujian. Pada usai 5 atau 6 tahun anak sudah harus patuh terhadap tuntutan atau aturan orangtua dan lingkungan sosialnya. Ucapan-ucapan orang lain seperti, baik, tidak boleh, nakal, akan disosialisasikan anak dengan konsep benar atau salah.

3) Perkembangan moralitas pada anak usia 6 tahun – remaja

Pada masa ini anak laki-laki maupun perempuan belajar untuk bertingkah laku sesuai dengan apa yang diharapkan oleh kelompoknya. Dengan demikian nilai-nilai atau kaidah-kaidah moral untuk sebagian besar lebih banyak ditentukan oleh norma-norma yang terdapat di dalam lingkungan kelompoknya. Pada usia 10-12 tahun anak dapat mengetahui dengan baik alasan-alasan atau prinsip-prinsip yang mendasari suatu aturan. Kemampuannya telah cukup berkembang untuk dapat membedakan macam-macam nilai moral serta dapat menghubungkan konsep-konsep moralitas mengenai kejujuran, hak milik, keadilan dan kehormatan (Satriana, 2010).

2.2.2.13 Perkembangan kognitif anak

Perkembangan kognitif anak atau proses berfikir adalah proses menerima mengelola, sampai memahami info yang diterima. Aspeknya

antara lain intelegensi, kemampuan memecahkan masalah serta kemampuan berfikir logis (Harlimsyah, 2009).

1) Periode sensori motor (0-2 tahun)

Pada periode ini tingkah laku anak bersifat motoric dan anak menggunakan system penginderaan untuk mengenal lingkungannya untuk mengenal obyek.

2) Periode pra operasional (2-7 tahun)

Pada periode ini anak bisa melakukan sesuatu sebagai hasil meniru atau mengamati sesuatu model tingkah laku dan mampu melakukan simbolisasi.

3) Periode konkret (7-11 tahun)

Pada periode ini anak sudah mampu menggunakan operasi. Pemikiran anak tidak lagi didominasi oleh persepsi, sebab anak mampu memecahkan masalah secara logis.

2.3 Konsep imunisasi

2.3.1 BCG

2.3.1.1 Kegunaan : mencegah penyakit tuberkolusis yang infeksi yang disebabkan bakteri mycobacterium.

2.3.1.2 Frekuensi pemberian : hanya 1 kali tidak perlu diulang, saat bayi baru lahir atau dibawah 2 bulan.

2.3.1.3 Reaksi yang timbul : muncul bisul kecil dan bernanah di daerah bekas suntikan setelah 4-6 minggu. Tidak menimbulkan nyeri dan tidak diiringi panas. Bisul akan sembuh sendiri dan meninggalkan luka perut.

2.3.2 DPT

2.3.2.1 Kegunaan : mencegah 3 jenis penyakit, yaitu difteri, tetanus, pertusis (batuk rejan yang biasanya berlangsung dalam waktu lama).

2.3.2.2 Frekuensi pemberian : sebanyak 5 kali, 3 kali diusia bayi (2,4,6 bulan), 1 kali di usia 18 bulan dan 1 kali diusia 1 tahun.

2.3.2.3 Reaksi yang timbul : umumnya muncuul demam yang dapat diatasi dengan obat penurun panas.

2.3.3 Polio

2.3.3.1 Kegunaan : melindungi tubuh terhadap virus polio yang menyebabkan kelumpuhan.

2.3.3.2 Frekuensi pemberian : diberikan saat kunjungan pertama setelah lahir. Selanjutnya vaksin ini diberikan 3 kali yakni saat bayi berumur 2,4,6 bulan.

2.3.3.3 Reaksi yang timbul : hampir tidak ada hanya sebagian kecil anak yang mengalami pusing, diare ringan dan sakit otot.

2.3.4 Campak

2.3.4.1 Kegunaan : melindungi anak dari penyakit campak yang disebabkan virus.

2.3.4.2 Frekuensi pemberian : diberikan saat anak umur 9 bulan. Campak kedua diberikan pada anak SD (6tahun). Jika belum mendapatkan vaksin campak pada umur 9 bulan anak akan bisa diberikan vaksin kombinasi dengan golongan dan campak jerman (*MMR atau Measles, Mumps, Rubella*) diusia 15 bulan.

2.3.4.3 Reaksi yang timbul : pada beberapa anak bisa menyebabkan demam dan diare namun kasusnya sangat kecil. Biasanya demam berlangsung

seminggu kadang juga terdapat efek kemerahan mirip campak selama 3 hari.

2.3.5 Hepatitis B

2.3.5.1 Kegunaan : melindungi tubuh dari virus Hepatitis B, yang bisa menyebabkan kerusakan pada hati.

2.3.5.2 Frekuensi pemberian : dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan pada umur 1 bulan lalu 3-6 bulan.

2.3.5.3 Reaksi yang timbul : berupa keluhan nyeri pada bekas suntikan yang disusul demam ringan dan pembengkakan namun reaksi ini akan hilang dalam waktu 2 hari.

(Depkes RI, 2009)

2.4 Konsep hospitalisasi

2.4.1 Pengertian

Suatu proses karena suatu alasan darurat atau berencana mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangan kembali kerumah. Selama proses tersebut bukan saja anak tetapi orang tua juga mengalami kebiasaan yang asing, lingkungannya yang asing, orang tua yang kurang mendapat dukungan emosi akan menunjukkan rasa cemas. Rasa cemas pada orang tua akan membuat stress anak meningkat. Dengan demikian asuhan keperawatan tidak hanya terfokus pada anak terapi juga pada orang tuanya(Dachin, 2009).

2.4.2 Stressor umum pada hospitalisasi

2.4.2.1 Cemas akibat perpisahan

Selama fase protes, anak-anak beraksi secara agresif terhadap perpisahan dengan orang tua. Mereka menangis dan berteriak memanggil orang tua mereka, menolak perhatian dari orang lain dan kedudukan mereka tidak dapat ditenangkan. Selama fase putus asa, tangisan berhenti dan muncul depresi. Anak tersebut menjadi kurang begitu aktif tidak tertarik untuk bermain atau terhadap makanan dan menarik diri dari orang lain.

Tahap ketiga adalah pelepasan (penyangkalan) secara supervisual tanpa pak bahwa anak akhirnya menyesuaikan diri terhadap kehilangan. Perilaku ini merupakan hasil dari kepasrahan dan bukan merupakan tanda-tanda kesenangan. Anak memisahkan diri dari orang tua dan mengatasinya dengan membentuk hubungan yang dangkal dengan orang lain. Menjadi makin berpusat pada diri sendiri dan semakin berhubungan dengan objek materi (Wong DL, 2009).

2.4.2.2 Kehilangan kendali

- 1) Bayi : bayi berusaha mengendalikan lingkungannya dengan ungkapan emosional, seperti menangis atau tersenyum.
- 2) Todler : pengalaman hospitalisasi atau sakit sangat harapan dan prediksi mereka, karena secara praktis lingkungan rumah sakit sangat berbeda dengan yang ada dirumah. Misalnya, mereka menolak diberi makan yang berbeda dengan makanan yang biasanya dimakan dirumah.

- 3) Anak pra sekolah : mereka memahami berbagai peristiwa dari berbagai sudut pandang mereka sendiri. Misalnya, jika konsep anak pra sekolah tentang perawat adalah mereka yang menyebabkan nyeri, maka akan berfikir bahwa setiap perawat juga akan menyebabkan nyeri.
- 4) Anak usia sekolah : anak usia sekolah biasanya rentang terhadap kejadian yang dapat mengurangi rasa kendali dan kekuatan mereka berusaha keras memperoleh kemandirian dan produktivitas.
- 5) Remaja : remaja dapat merasa terancam dengan orang lain yang menghubungkan fakta-fakta dengan cara merendahkan diri. Remaja ingin mengetahui apakah orang lain dapat berhubungan setingkat dengannya atau tidak (Wong DL, 2009).

2.4.2.3 Karakteristik perkembangan respon anak terhadap nyeri

1) Bayi

- (1) Respon tubuh umum, seperti memukul-mukul
- (2) Menangis dengan keras
- (3) Ekspresi nyeri pada wajah

2) Toodler

- (1) Menangis keras, berteriak
- (2) Ekspresi verbal, seperti “aduh”, “auw” atau ‘sakit”
- (3) Memukul-mukul dengan lengan atau kaki
- (4) Berusaha mendorong stimulus menjauh sebelum nyeri terjadi
- (5) Tidak kooperatif

3) Anak usia sekolah

- (1) Terlihat semua perilaku toodler
- (2) Sikap berdalih seperti “tunggu sebentar” atau “saya belum siap”
- (3) Mengepalkan tangan, jari memucat, gigi gemetar, tubuh kaku, mata tertutup, dahi berkerut

4) Remaja

- (1) Protes vical sedikit
- (2) Aktivitas motoric sedikit
- (3) Ekspresi verbal lebih banyak, seperti “sakit” atau “kamu menyakitiku”
- (4) ketegangan otot dan control tubuh meningkat (Wong DL, 2009)

2.4.3 Efek hospitalisasi pada anak

2.4.3.1 Anak kecil

- 1) Kecenderungan untuk berpegang erat dengan orang tua
- 2) Menuntut perhatian orang tua
- 3) Sangat menentang perpisahan
- 4) ketakutan baru (misalnya mimpi buruk)
- 5) Rewel terhadap makanan
- 6) Menarik diri dan malu

2.4.3.2 Anak yang lebih tua

- 1) Dingin secara emosional, dilanjutkan dengan ketergantungan kepada orang tua yang intens dan menuntut
- 2) Marah pada orang tua
- 3) Cemburu dengan orang lain

2.4.3.3 Reaksi orang tua terhadap hospitalisasi

Pada awalnya orang tua bereaksi dengan tidak percaya, terutama jika penyakit tersebut muncul secara tiba-tiba dan serius. Setelah realisasi penyakit, orang tua bereaksi dengan marah atau rasa bersalah. Orang tua dapat mempertanyakan kelayakan diri mereka sendiri sebagai pemberi perawatan terhadap anaknya. Takut, cemas dan frustrasi berkaitan dengan keseriusan penyakit dan jenis prosedur medis yang dilakukan. Perasaan frustrasi berkaitan dengan kurangnya informasi tentang prosedur dan pengobatan. Orang tua akhirnya dapat bersaksi dengan beberapa tingkat depresi (Wong DL, 2009).

2.4.4 Konsep solusi hospitalisasi

Konsep solusi pada dunia kesehatan meliputi tindakan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dan kali ini akan menjelaskan konsep solusi pada pasien BBLR.

2.4.4.1 Pencegahan

2.4.4.2 Menurut Manuaba (2009), dengan mengetahui berbagai faktor penyebab berat badan lahir rendah dapat dipertimbangkan langkah pencegahan dengan cara :

- 1) Melakukan pengawasan hamil dengan seksama dan teratur.
- 2) Melakukan konsultasi terhadap penyakit yang dapat menyebabkan kehamilan dan persalinan preterm.
- 3) Memberi nasehat tentang :
 - (1) Gizi saat hamil
 - (2) Meningkatkan perhatian keluarga berencana internal

(3) Memperhatikan tentang berbagai kelainan yang timbul dan segera melakukan konsultasi.

(4) Mengajukan untuk pemeriksaan tambahan sehingga secara dini penyakit ibu dapat diketahui dan diawasi/diobati

2.4.4.3 Menurut Erlina (2008), pada kasus Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) mencegah/preventif adalah langkah yang penting. Dan hal-hal yang dapat dilakukan diantaranya :

- 1) Meningkatkan pemeriksaan kehamilan secara berkala minimal 4 kali selama kurun kehamilan dan dimulai sejak umur kehamilan muda. Ibu hamil yang diduga berisiko, terutama faktor resiko yang mengarah melahirkan bayi BBLR harus cepat dilaporkan, dipantau dan dirujuk pada institusi pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
- 2) Penyuluhan kesehatan tentang pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, tanda-tanda bahaya selama kehamilan dan perawatan diri selama kehamilan agar mereka dapat menjaga kesehatannya dan janin dalam kandungannya dengan baik.
- 3) Hendaknya ibu dapat merencanakan persalinannya pada kurun waktu reproduksi sehat (20-34 tahun).
- 4) Perlu dukungan sektor lain yang terikat untuk turut berperan dalam meningkatkan pendidikan ibu dan status ekonomi keluarga agar mereka dapat meningkatkan akses terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal dan status gizi ibu selama hamil.

2.5 Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

2.5.1.1 Identitas Klien

Pada pasien BBLR, angka kejadian BBLR tertinggi ditemukan pada bayi yang dilahirkan oleh ibu-ibu dengan usia <20 tahun dan >35 tahun, selain itu jarak kehamilan yang terlalu pendek (kurang dari 1 tahun) juga mempengaruhi terjadinya BBLR (Depkes RI, 2009).

2.5.1.2 Riwayat Keperawatan

1) Keluhan utama / alasan MRS:

Umur kehamilan biasanya antara 24-37 minggu, rendahnya berat badan pada saat kelahiran, atau terlalu besar dibanding umur kehamilan. Berat biasanya kurang dari 2500 gram, lapisan lemak subkutan sedikit atau tidak ada, kepala relative besar dibanding badan, 3cm lebih besar dibanding lebar dada. Kelainan fisik yang mungkin terlihat, nilai APGAR pada 1-5 menit 0-3 menunjukkan kegawatan yang parah, 4-6 kegawatan sedang, dan 7-10 normal.

Table 2.1 penilaian APGAR, (Sujiyatini, 2011) :

Kriteria	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Seluruhnya biru atau pucat	Warna kulit tubuh normal merah muda,	Warna kulit tubuh, tangan, dan kaki

		tetapi kepala dan ekstremitas biruan (akrcsianosis)	normal merah muda tidak ada sianosis.
<i>Pulse</i> (Denyut Jantung)	Tidak teraba	<100x /menit	>100x /menit
<i>Grimance</i> (Respon reflek)	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Meringis atau menangis lemah ketika di stimulasi	Meringis atau bersin atau batuk saat stimulasi saluran pernafasan.
<i>Activity</i> (Tonus otot)	Lemah atau tidak ada	Sedikit gerakan	Gerakan aktif
<i>Respiration</i> (pernafasan)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Menangis kuat, pernafasan baik dan teratur.

2) Riwayat penyakit saat ini :

Ibu bayi datang ke RS dengan

keluhan Sebelum lahir :

(1) Pembesaran uterus tidak sesuai dengan usia kehamilan,

(2) Pergerakan janin lambat

(3) Pertambahan berat badan ibu lambat dan tidak sesuai yang seharusnya. Setelah lahir :

1) Berat badan \leq 2500 gram.

2) Panjang kurang dari 45 cm.

3) LD < 30 cm.

4) LK < 33 cm.

5) Pernafasan tidak teratur dapat terjadi apnea.

2.5.2.3 Riwayat penyakit yang pernah di derita ibu

1) Toksemia gravidarum

2) Perdarahan antepartum

3) Trauma fisik dan psikologis

4) Nefritis akut

5) Diabetes Mellitus

2.5.2.4 Riwayat penggunaan obat selama kehamilan

Riwayat penggunaan obat selama ibu hamil seperti pengguna narkotika. 2.5.1.3 Riwayat Persalinan

1) Pre natal

(1) Komplikasi kehamilan (ibu menderita Toksemia gravidarum, perdarahan antepartum, trauma fisik dan psikologis, nefritis akut, Diabetes Mellitus)

(2) Riwayat penggunaan obat selama ibu hamil seperti pengguna narkotika.

3) Manifestasi klinis ibu :

- (1) Pembesaran uterus tidak sesuai dengan usia kehamilan,
- (2) Pada anamneses sering dijumpai adanya riwayat abortus, partus prematurus, dan lahir mati.
- (3) Pergerakan janin lebih lambat
- (4) Pertambahan berat badan ibu lambat dan tidak sesuai yang seharusnya.

2) Riwayat Natal

Setelah bayi lahir kelainan fisik yang mungkin terlihat, nilai APGAR pada 1-5 menit, 0-3 menunjukkan kegawatan yang parah, 4-6 kegawatan sedang, dan 7-10 normal, dan tanda-tanda lain seperti :

- (1) Berat badan ≤ 2500 gram
- (2) Panjang kurang dari 45 cm.
- (3) LD < 30 cm.
- (4) LK < 33 cm.
- (5) Umur kehamilan < 37 minggu.
- (6) Kulit tipis, transparan, rambut lanungo banyak, lemak kurang.
- (7) Otot hipotonik lemah.
- (8) Pernafasan tidak teratur dapat terjadi apnea.
- (9) Ekstremitas : paha abduksi, sendi lutut atau kaki fleksi-lurus.
- (10) Tulang rawan daun telinga belum sempurna pertumbuhannya, sehingga seolah-olah tidak teraba tulang rawan.
- (11) Tumit mengkilap, telapak kaki halus.

- (12) Alat kelamin pada laki-laki pigmentasi dan rugae pada skrotum kurang. Testis belum turun ke dalam skrotum. Pada bayi perempuan klitoris menonjol, labia minora belum tertutup oleh labia mayora.
- (13) Fungsi syaraf belum matang menyebabkan reflek menghisap, menelan dan batuk masih lemah.
- (14) Jaringan kelenjar mammae masih kurang akibat pertumbuhan otot dan jaringan lemak masih kurang.

2.5.1.4 Observasi dan Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum klien

2) Tanda-tanda vital

Suhu normal $36,5 - 37,5^{\circ} \text{C}$, frekuensi nadi normal $120 - 160 \text{x /menit}$, frekuensi pernafasan sebaiknya dihitung 1 menit penuh. Normalnya $40 - 60 \text{x /menit}$.

3) Antropometri

Berat badan $\leq 2500 \text{ gram}$, panjang kurang dari 45 cm . LD $< 30 \text{ cm}$. LK $< 33 \text{ cm}$, Circumferentia suboccipitalis 31 cm , Circumferential fronto occipitalis 34 cm , Circumferential mento occipital 35 cm .

4) B1 (*breathing*)

- (1) Inspeksi : pernafasan belum teratur dan sering terjadi apnea, bentuk dada normal atau tidak, RR $40-60 \text{ x/menit}$.
- (2) Palpasi : tidak ada nyeri tekan, merasakan getaran vocal fremitus ada atau tidak

(3) Auskultasi : adanya suara tambahan, dengkur, wheezing atau tidak, rhonchi atau tidak, normalnya vesikuler.

(4) Perkusi : sonor atau pekak.

5) B2 (*blood*)

(1) Inspeksi : Pembuluh darah kulit banyak terlihat, sianosis atau tidak.

(2) Palpasi : nadi rata-rata 120-160 per menit pada bagian apical dengan ritme teratur.

(3) Perkusi : normal redup, ukuran dan bentuk jantung normal atau tidak.

(4) Auskultasi : pada saat kelahiran, kebisingan jantung terdengar pada seperempat bagian intercosta, yang menunjukkan aliran darah dari kanan ke kiri karena hipertensi atau atelektasis paru. Adanya suara tambahan gallop atau tidak, mur-mur atau tidak.

6) B3 (*brain*)

(1) Inspeksi :Reflex dan gerakan pada tes neurologis tampak tidak resisten gerak reflek hanya berkembang sebagian, menelan, menghisap dan batuk sangat lemah atau tidak efektif. Otot hipotonik, tungkai abduksi, sendi lutut dan kaki fleksi, lebih banyak tidur dari pada terbangun.

(2) Refleks moro : timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan (Saifuddin. 2006).

(3) Refleks rooting : bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi (Saifuddin, 2006).

(4) Refleks graphs : refleks genggaman telapak tangan dapat dilihat dengan meletakkan pensil atau jari di telapak tangan bayi (Frasser, 2009).

(5) Reflek suckling : terjadi ketika bayi yang baru lahir secara otomatis menghisap benda yang ditempatkan di mulut mereka (Frasser, 2009).

Refleks menghisap pada bayi ikterus kurang (Surasmi, 2006).

(6) Reflek tonicneck : pada posisi terlentang, ekstremitas di sisi tubuh dimana kepala menoleh mengalami ekstensi, sedangkan di sisi tubuh lainnya fleksi (Frasser, 2009).

7) B4 (*bladder*)

Inspeksi : genetalia imatur biasanya testis belum sempurna, labia minor belum tertutup labia mayor.

8) B5 (*bowel*)

(1) Inspeksi : cavum oris, lidah untuk melihat ada tidaknya kelainan, ada tidaknya penegangan abdomen, ada atau tidak anus. Pengeluaran meconium biasanya terjadi pada waktu 12 jam

(2) Palpasi : ada nyeri atau tidak, di kuadran mana

(3) Auskultasi : imatur peristaltic.

(4) Perkusi : jika dilambung, , kandung kemih berbunyi timpani. Jika pada hati, pancreas ginjal berbunyi pekak.

9) B6 (*bone*)

(1) Inspeksi : tulang kartilago telinga belum tumbuh dengan sempurna, lembut dan lunak, tulang tengkorak dan tulang rusuk lunak, gerakan lemah dan aktif atau letargik

(2) Perkusi : reflek patella

(3) Palpasi : ada nyeri tekan atau tidak, kaji kekuatan otot dengan penentuan tingkat kekuatan otot dengan nilai kekuatan otot.

10) B7 Sistem Penginderaan

Pada BBLR akan di jumpai lebih banyak

tidur 11) B8 Sistem Endocrin

Pada BBLR akan mengalami hipoglikemia, karena cadangan glukosa rendah.

Pemeriksaan Antropometri :

Panjang badan kurang dari 45 cm, berat badan kurang dari 2500 gram, lingkar dada kurang dari 30 cm, lingkar lengan atas kurang dari 9 cm, lingkar kepala fronto occipitalis kurang dari 12 cm, lingkar kepala submetobregmatika kurang dari 9,5 cm.

2.5.1.5 Analisa data

Data dan informasi yang didapatkan dari masalah kesehatan pasien sehingga dapat ditentukan tindakan yang harus diambil untuk mengatasi masalah tersebut yang menyangkut aspek fisik, mental, sosial, dan spiritual serta faktor lingkungan yang mempengaruhinya. Data tersebut harus akurat dan mudah dianalisis oleh perawat (Rampengan T.H, 2009)

2.5.2 Diagnosa keperawatan

- 2.5.1 Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan imaturitas otot-otot pernafasan dan penurunan ekspansi paru-paru.
- 2.5.2 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan imaturitas reflek menghisap.
- 2.5.3 Diskontinuitas pemberian ASI berhubungan dengan prematuritas
- 2.5.4 Disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan ketidakadekuatan atau imatur aktivitas peristaltic.

2.5.5 Resiko ketidakseimbangan suhu tubuh berhubungan dengan kegagalan mempertahankan suhu tubuh, penurunan jaringan lemak subkutan.

2.5.6 Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan imunologis yang kurang

2.5.7 Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang perawatan Bayi BBLR (NANDA Nic Noc, 2015).

2.5.3 Perencanaan

2.5.3.1 Diagnosa keperawatan 1

Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan imaturitas otot-otot pernafasan dan penurunan ekspansi paru-paru.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam

diharapkan pola nafas neonatus kembali efektif. Kriteria hasil :

- 1) Klien tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu bernafas dengan mudah)
- 2) Klien bernafas spontan
- 3) Tidak ada pernafasan cuping hidung
- 4) Tanda-tanda vital : RR 30 – 40 x/menit. Nadi : 140 - 160 x/menit

Intervensi keperawatan

- 1) Observasi frekuensi, kedalaman pernafasan dan ekspansi dada. Catat upaya pernafasan, termasuk penggunaan otot bantu/pelebaran nasal.
Rasional :kecepatan biasanya meningkat. Dyspnea dan terjadi peningkatan kerja napas. Kedalaman pernafasan bervariasi tergantung derajat gagal nafas. Ekspansi dada terbatas yang berhubungan dengan atelektasis dan nyeri dada pleuritik
- 2) Tinggikan kepala dan bantu mengubah posisi.

Rasional : untuk memberikan posisi semi fowler dan memberikan rasa nyaman serta memberi ruang untuk bernafas.

- 3) Berikan rangsangan taktil bila terjadi apnea. Perhatikan adanya sianosis, bradikardi, hipoventilasi.

Rasional : agar dapat memberikan pertolongan secepat mungkin dan mencegah adanya komplikasi lebih lanjut.

- 4) Kolaborasi pemberian oksigen sesuai indikasi

Rasional : untuk mencukupi kebutuhan oksigen dan mencegah terjadinya apnea.

- 5) Berikan bantalan gulungan handuk pada pundak bayi

Rasional : membuka jalan nafas

2.5.3.2 Diagnosa keperawatan 2

ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan imaturitas reflek menghisap.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam

diharapkan adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan. Kriteria hasil :

- 1) Klien tidak menunjukkan tanda-tanda adanya malnutrisi.
- 2) Menunjukkan peningkatan fungsi menelan.
- 3) Adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan.

Intervensi keperawatan

- 1) Jelaskan pada keluarga pasien tentang kebutuhan nutrisi

Rasional : untuk memahami kebutuhan nutrisi bayi

- 2) Anjurkan kepada keluarga pasien untuk memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan.

Rasional : untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi karena pada usia 0-6 bulan, nutrisi bayi hanya dari ASI atau susu formula.

- 3) Observasi BB pasien

Rasional : untuk mengetahui terjadinya peningkatan atau penurunan BB pada pasien.

- 4) Observasi intake dan output nutrisi pasien

Rasional : untuk mengetahui kebutuhan nutrisi pasien.

- 5) Observasi reflek hisap bayi

Rasional : untuk mengetahui kemampuan hisap bayi.

- 6) Kolaborasi dengan tim gizi.

Rasional : proses penyembuhan.

2.5.3.3 Diagnosa keperawatan 3

Diskontinuitas pemberian ASI berhubungan dengan prematuritas

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan kebutuhan ASI terpenuhi.

Kriteria hasil :

- 1) Ibu klien mampu menyusui klien secara mandiri.
- 2) Tetap mempertahankan laktasi.
- 3) Mengetahui tanda-tanda penurunan suplai ASI

Intervensi keperawatan

1) Posisikan bayi semi fowler

Rasional : memberikan posisi nyaman pada bayi selama proses menyusui sedang berlangsung agar kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi.

2) Letakkan puting di atas lidah bayi.

Rasional : memberikan stimulus atau rangsangan terhadap bayi untuk menyusui.

3) Monitor atau evaluasi reflek menelan sebelum memberikan susu.

Rasional : mencegah terjadinya tersedak ASI kepada bayi karena reflek menelan belum sempurna.

4) Pantau berat badan bayi jika diperlukan.

Rasional : untuk mengetahui apakah ada penambahan BB atau tidak selama proses menyusui.

2.5.3.4 Diagnosa keperawatan 4

Disfungsi motilitas gastrointestinal b.d ketidakadekuatan / imatur aktivitas peristaltic.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam

peristaltic usus dalam batas normal 15-30x /menit. Kriteria hasil :

1) tidak ada distensi abdomen

2) tidak ada darah di feses, tidak diare, tidak ada muntah, tidak ada kembung,

3) reflek menelan baik

Intervensi keperawatan

1) Monitor bising usus

Rasional : untuk memantau peristaltic usus dalam batas normal 15-30x /menit atau tidak.

2) Monitor tanda – tanda vital

Rasional : untuk mengetahui kondisi umum pasien apakah dalam batas normal atau tidak

3) Catat intake dan output secara akurat

Rasional : memantau pemberian ASI secukupnya dan mengurangi dehidrasi atau kekurangan ASI

4) Jelaskan penyebab masalah

Rasional : agar pasien mengetahui penyebab terjadi masalah karena fungsi pencernaan masih belum stabil.

5) Kolaborasi dengan ahli gizi jumlah kalori dan jumlah zat gizi yang dibutuhkan

Rasional : mengurangi resiko kekurangan nutri dan mempercepat proses penyembuhan,

2.5.3.5 Diagnosa keperawatan 5

Resiko ketidakseimbangan suhu tubuh b.d kegagalan mempertahankan suhu tubuh, penurunan jaringan lemak subkutan.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam

diharapkan suhu badan normal 36,5-37,5° C Kriteria hasil :

1) Klien tidak mengalami menggigil / hipotermi, dehidrasi adekuat.

2) Suhu badan normal 36,5 – 37,5

3) Akral hangat

4) Turgor < 2 detik

5) Kulit lembab

1) Observasi suhu. Periksa suhu rektal pada awalnya lalu selanjutnya periksa suhu axila.

Rasional :memantau perkembangan suhu dan mencegah adanya hipotermi.

2) Tempatkan bayi pada penghangat, isollete, incubator

Rasional : mencegah bayi hipotermi dan untuk mempertahankan suhu tubuh agar tetap stabil.

3) Monitor adanya tanda-tanda hipotermia, missal : warna kemerahan dan keringat dingin.

Rasional : mendeteksi adanya penurunan suhu tubuh.

4) Observasi adanya takipnea atau apnea, sianosis umum, kulit belang, bradikardi, menangis buruk atau letargia. Evaluasi derajat dan lokasi ikterik

Rasional : untuk memantau perkembangan sistem fungsional bayi dan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

5) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian

terapi Rasional : proses penyembuhan.

2.5.3.6 Diagnosa keperawatan 6

Resiko infeksi b.d pertahanan imunologis yang kurang.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, klien tidak mengalami infeksi.

Kriteria hasil :

1) Tidak ada tanda-tanda infeksi (tumor, dolor calor, rubor dan fungtio lease) pada tubuh klien, RR : 30 – 40 x/menit, Nadi : 140 – 160 x/menit, leukosit :

2) Jumlah leukosit dalam batas normal

1) Observasi adanya tanda-tanda infeksi

Rasional : mengetahui secara dini terjadinya infeksi.

2) Pisahkan bayi yang terkena infeksi dengan bayi yang tidak mengalami infeksi.

Rasional : mencegah terjadinya infeksi nosocomial.

3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien. Rasional : meminimalkan pemajanan pada organisme infeksi.

4) Bersihkan atau sterilkan alat yang digunakan klien.

Rasional : meminimalkan pasien terkena bakteri atau kuman yang ada disekitar pasien.

5) Kolaborasi pemberian vitamin sesuai dengan instruksi.

Rasional : dapat membantu pembentukan dan meningkatkan daya tahan tubuh.

6) Kolaborasi pemeriksaan laboratorium (leukosit)

Rasional : leukosit meningkat menunjukkan terjadinya infeksi

2.5.3.7 Diagnosa keperawatan 7

Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengankurang informasi tentang perawatan bayi BBLR

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, klien mampu mengerti pentingnya ASI.

Kriteria hasil :

- 1) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan
- 2) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar
- 3) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya

Intervensi :

- 1) Bina hubungan saling percaya antara ibu klien

Rasional : Agar ibu klien kooperatif

- 2) Jelaskan tentang perawatan bayi BBLR

Rasional : Agar ibu klien mengerti manfaat dan pentingnya asi serta berapa lama pemberian asi eksklusif

- 3) Ajarkan teknik perawatan bayi BBLR

Rasional : Agar asi berjalan dengan lancar

2.5.4 Pelaksanaan

Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa perintah dokter, tindakan keperawatan mandiri ini ditetapkan dengan standart praktik

American Nursing Associate (1973), undang-undang praktik keperawatan Negara bagian dan kebijaksanaan institusi perawat kesehatan.

Tindakan keperawatan kolaboratif, diimplementasikan bila perawat bekerja dengan anggota tim perawat kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah klien.

Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap tindakan keperawatan, dokumentasi merupakan pernyataan dari kejadian atau aktifitas yang otentik dengan mempertahankan catatan-catatan yang tertulis. Dokumentasi merupakan wahana untuk komunikasi dari salah satu professional ke professional lainnya tentang status klien. Dokumentasi klien memberikan bukti tindakan keperawatan mandiri dan kolaboratif yang diimplementasikan oleh perawat (Rampengan T.H, 2007).

2.5.5 Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien.

2.5.5.1 Tujuan evaluasi

- 1) Menjamin asuhan keperawatan secara optimal.
- 2) Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan
- 3) Mengakhiri rencana tindakan keperawatan

- 4) Menyatakan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum
- 5) Meneruskan rencana tindakan keperawatan
- 6) Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
- 7) Dapat menentukan penyebab apabila tujuan asuhan keperawatan belum tercapai.

2.5.5.2 Hasil evaluasi untuk menilaitercapai atau tidak tujuan evaluasi

- 1) Tujuan tercapai / masalah teratasi : jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standart yang telah ditetapkan.
- 2) tujuan tercapai sebagian / masalah teratasi sebagian : jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari standart dan kriteria yang ditetapkan.
- 3) tujuan tidak tercapai / masalah tidak terselesaikan bahkan timbul masalah baru (Rahmaryna, 2011)

Evaluasi diagnosa keperawatan Ketidakefektifan pola nafas b.d imaturitas oto-otot pernafasan dan penurunan ekspansi paru-paru. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pola nafas bayi kembali efektif. Klien mampu batuk dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu bernafas dengan mudah).

Evaluasi diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d imaturitas reflex menghisap. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan. Klien tidak menunjukkan adanya tanda-tanda malnutrisi, BB naik, menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan.

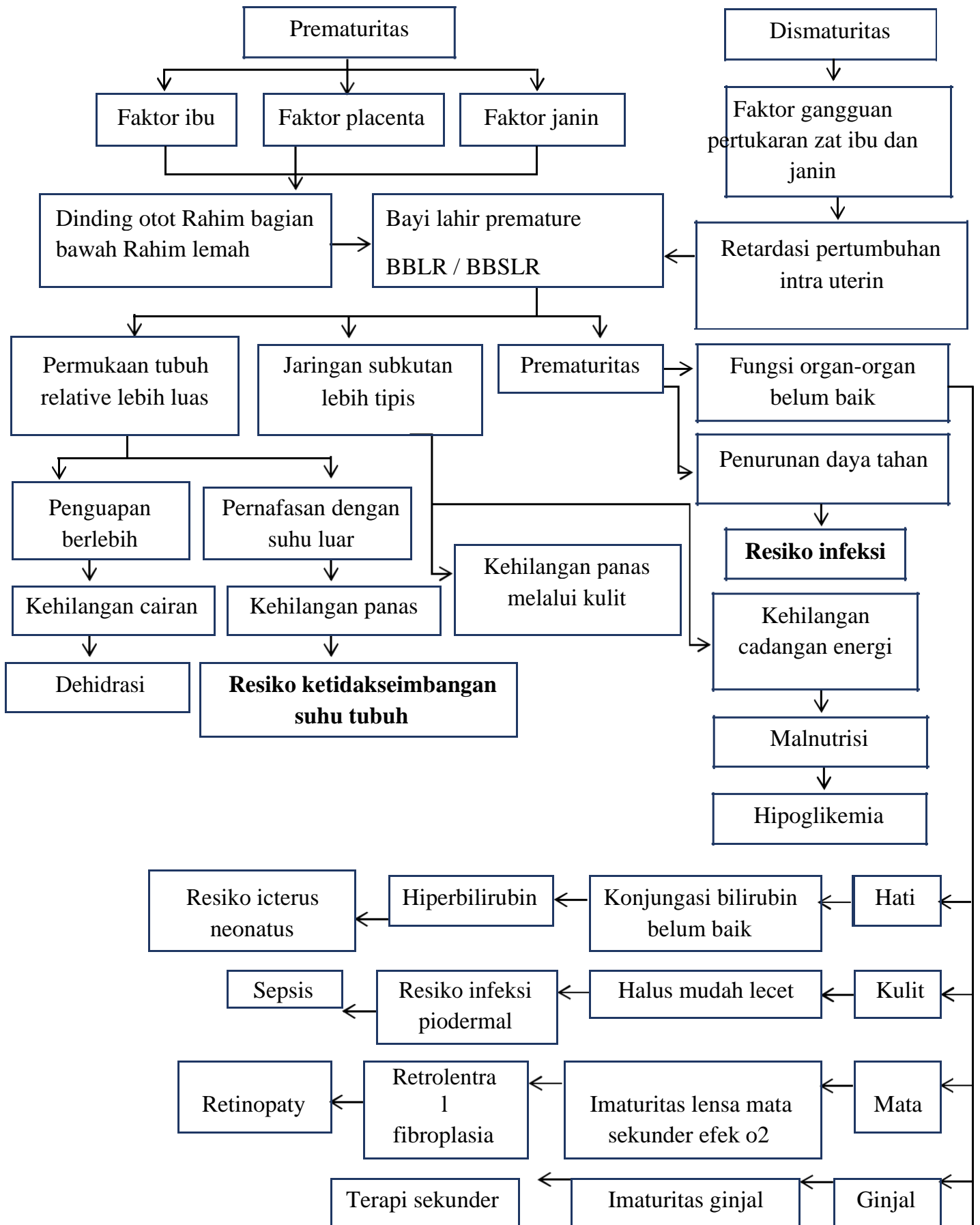
Evaluasi diagnosa keperawatan diskontinuitas pemberian ASI d.b prematuritas. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan kebutuhan ASI terpenuhi. Ibu klien mampu menyusui secara mandiri, tetap mempertahankan laktasi, mengetahui tanda-tanda penurunan suplai ASI.

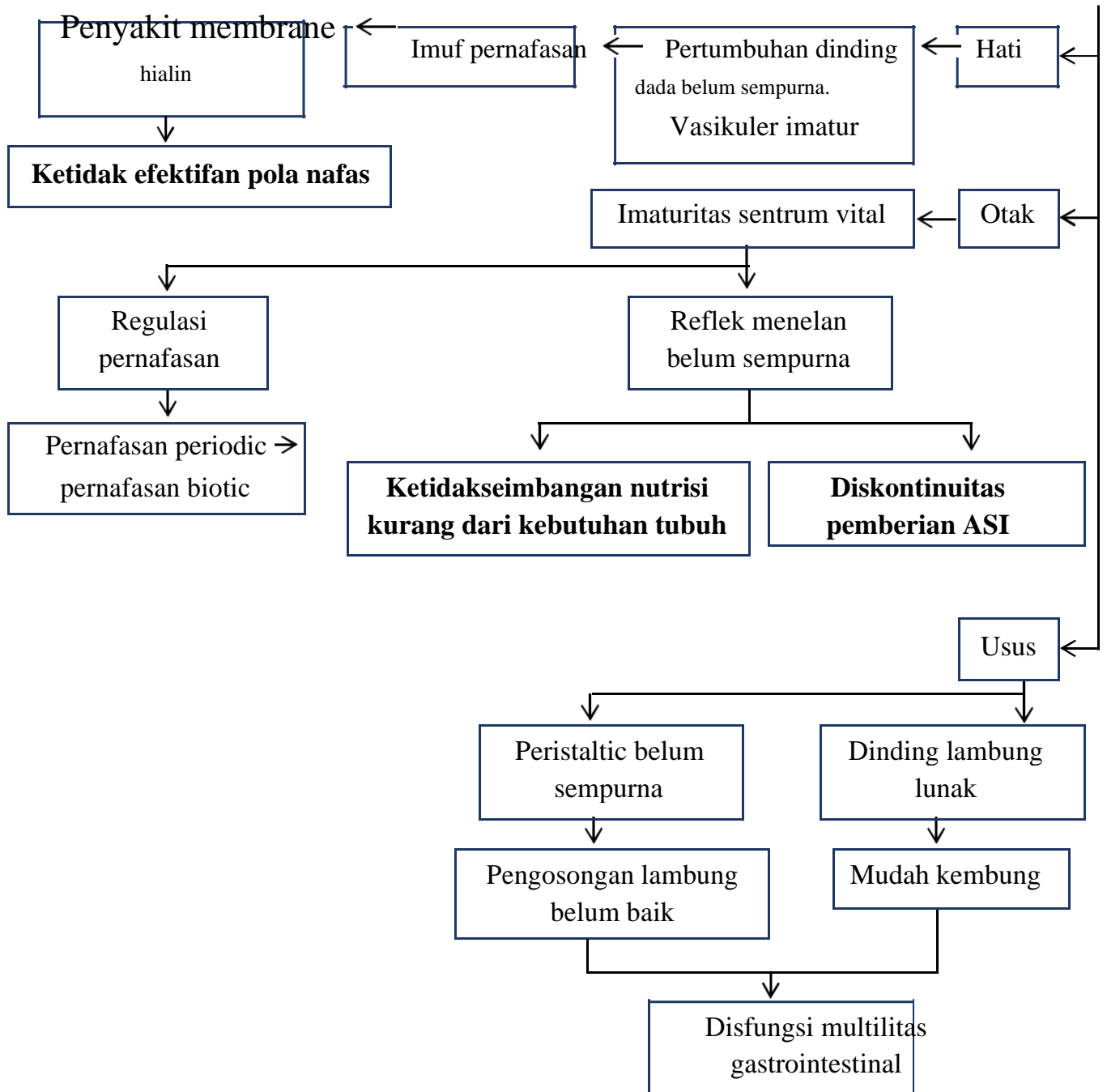
Evaluasi diagnosa keperawatan disfungsi motilitas gastrointestinal b.d ketidakadekuatan / imatur aktivitas peristaltic. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam peristaltic usus dalam batas normal 15-30x /menit. Tidak ada distensi abdomen, tidak ada darah di feses, tidak diare, tidak muntah, nafsu makan meningkat.

Evaluasi diagnosa keperawatn resiko ketidakseimbangan suhu tubuh b.d kegagalan mempertahankan suhu tubuh, penurunan jaringan lemak subkutan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan suhu badan normal 36-37° C. klien tidak mengalami menggigil / hipotermi, hidrasi adekuat.

Evaluasi diagnosa keperawatan resiko infeksi b.d pertahanan imunologis yang kurang. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, klien tidak mengalami infeksi. Tidak ada tanda-tanda infeksi (tumor, dolor calor, rubor dan fungtio laesa) pada tubuh klien, TTV dalam batas normal, lekosit normal, klien tidak mengalami sepsis.

2.5 Kerangka masala





Gambar 2.1 : Kerangka Masalah BBLR NANDA Noc-Nic 2015

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan keperawatan pada bayi dengan BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah), maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 30 Januari 2019 sampai 02 Februari 2019 jam 13.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari Ibu Klien dan file No. Registrasi 386xxx sebagai berikut :

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 Identitas

Klien adalah seorang bayi perempuan yang lahir pada tanggal 30 Januari 2019 pada pukul 10.35 WIB yang bernama By. Ny “L” yang berusia 0 hari, klien anak ke empat dari Tn. M usia 49 tahun dan Ny. L usia 48 tahun. Klien tinggal di daerah Rekesan – Sadangrejo – Rejoso – Pasuruan, orang tua klien beragama Islam dan pekerjaan ayah adalah karyawan swasta dan ibu sebagai rumah tangga. Klien masuk Rumah Sakit pada tanggal 28 Januari 2019 jam 10.35 WIB.

3.1.2 Identitas Saudara Kandung

Klien adalah anak ke empat dari Tn. M dan Ny. L. Anak pertama dari Tn. M dan Ny. L adalah Nn. N yang berusia 20 tahun ,An. M yang berusia 11 tahun, dan An. Ayang berumur 5 tahun hubungan dengan klien adalah kakak.

3.1.3 Riwayat Keperawatan

3.1.3.1 Keluhan Utama atau alasan MRS

BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) dan reflex menghisap lemah

3.1.3.2 Riwayat Penyakit Saat Ini

Ny. L mengatakan melahirkan di rumah sakit di ruang OK pada pukul 10.35 WIB di tolong oleh dokter. Ny. L melahirkan bayi premature dengan SC selama kurang lebih 2 jam beserta dengan pemulihan, dengan jenis kelamin perempuan, dengan berat badan : 1600 gram, panjang badan : 39 cm, dengan APGAR SCORE : 4-6, ketuban jernih, letak kepala keluar terlebih dahulu, saat berada di Ruang Perinatologi klien tampak sesak dan lemas.

Saat mengkaji di Ruang Perinatologi klien dengan keluhan umum : gerak tangis (+), klien tampak lemah, kesadaran Composmentis, tidak terpasang infus, tidak menggunakan alat bantu nafas, tidak ada retraksi otot bantu nafas, sesak (-), reflex menghisap lemah (+), dan diperoleh pemeriksaan fisik APGAR SCORE : 7-8.

3.1.3.3 Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1) Prenatal Care

Ibu klien mengatakan bahwa selama hamil rutin control ke dokter kandungan untuk memeriksakan kehamilannya kurang lebih 8 kali dan mendapat imunisasi TT tidak terkaji, dan selama hamil Ny. L mengalami kenaikan berat badan 9kg. Ny. L tidak ada keluhan selama hamil.

2) Natal Care

Ny. L mengatakan melahirkan di rumah sakit dengan usia kehamilan 7 bulan 2 minggu dengan lama persalinan kurang lebih 2 jam dengan SC, dengan bantuan penolong persalinan dokter dan ada komplikasi eklamsi selama persalinan.

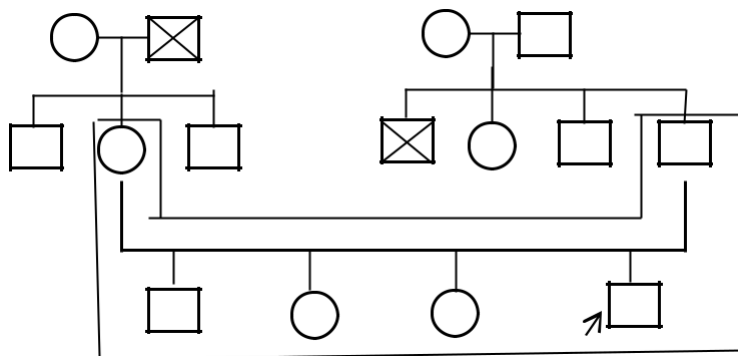
3) Post Natal

Kondisi klien lahir BBLR 1.600 gram, dengan panjang bayi (PB) 39 cm, APGAR SCORE 4-6 dengan ketuban jernih. Klien dilakukan perawatan di incubator.

3.1.4 Riwayat Tumbuh Kembang

Riwayat tumbuh kembang pada klien tidak terkaji

3.1.5 Pengkajian Keluarga (genogram 3 generasi)



Keterangan :

○ : Laki-laki

┌┐ : Garis Pernikahan

□ : Perempuan

⊗ : Meninggal

┆ : Garis Keturunan

————— : Garis tinggal serumah

↗ □ : Pasien

Gambar 3.1 Genogram By. Ny. L

3.1.6 Riwayat Nutrisi

3.1.6.1 Pemberian ASI

Bayi Ny. L diberi susu formula, dan cara pemberian OGT dengan jumlah pemberian 8x15cc/hari. Ny. L mengatakan bahwa belum mengetahui tentang pentingnya ASI bagi anaknya. Data di peroleh dengan cara Ny. L di beri pertanyaan tentang ASI dan pasien tidak bisa menjawab tentang ASI, Ibu pasien tidak mengerti tentang perawatan BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah)

3.1.6.2 Pemberian Susu Formula

Klien di berikan susu formula dengan alasan ASI ibu belum keluar sehingga klien diberi susu formula, dan reflek menghisap klien lemah (+), dengan jumlah pemberian susu formula sebanyak 8x15cc/hari dan cara pemberian dengan OGT.

3.1.7 Riwayat Psikososial

Ny. L mengatakan hubungan antar anggota keluarganya baik, dan bayi Ny. L akan tinggal satu rumah dengan Ayah, Ibu dan Kakak, dan akan di asuh oleh Ayah dan Ibunya sendiri. Ny. L mengatakan sangat cemas pada kondisi anaknya dan ingin anaknya segera sembuh dan bisa pulang ke rumah.

3.1.8 Observasi dan Pengkajian fisik

3.1.8.1 Keadaan umum klien

Bayi Ny. L tampak lemah, dan reflek menghisap lemah

3.1.8.2 Tanda-tanda vital suhu : 37,5°C tempat pengukuran di aksila, frekuensi nadi 120x/menit, dan frekuensi pernafasan respirasi : 38x/menit, Bayi di letakkan di inkubator

3.1.8.3 Pemeriksaan Antropometri diperoleh : panjang badan 39cm, berat badan lahir 1.600 gram, berat badan sekarang 1.700 gram, lingkaran lengan 11 cm, lingkaran dada 26 cm, lingkaran kepala 26 cm, SOB 36cm.

3.1.8.4 Sistem Pernafasan (B1)

Inpeksi : Bentuk dada simetris, pergerakan dada sama kanan dan kiri, klien tidak menggunakan alat bantu nafas, frekuensi pernafasan : 38x/menit tidak ada batuk dan tidak ada sputum dan tidak ada retraksi otot bantu nafas, .Palpasi : vocal premitusnya tidak terkaji, dengan perkusi thorak sonor, Auskultasi : suara nafas vesikuler.

3.1.8.5 Sistem Kardiovaskuler (B2)

Inpeksi : Pulpasi kuat, tidak ada clubbing finger tidak juga sianosis.Palpasi : CRT < 3 detik, perkusi : tidak terkaji dan Auskultasi : dengan bunyi jantung S1 dan S2 tunggal.

3.1.8.6 Sistem Persyarafan (B3)

Bentuk kepala simetris kanan/kiri, ubun-ubun datar, tidak ada caput, kesadaran klien composmentis gerak tangis (+), dengan reflex suckling lemah (+), reflek menggenggam ada tapi lemah, reflek babinsky ada tapi lemah, reflek moro ada tapi lemah, dan reflek rooting ada tapi lemah, reflek patella ada tapi lemah, dan tidak ada kejang, nyeri kepala tidak terkaji, istirahat tidur pasien tampak selalu tidur dan sesekali membuka mata.

3.1.8.8 Sistem perkemihan (B4)

Labia minor menutupi labia mayor, klitoris menonjol, alat kelamin normal, kebersihan kelamin bersih, bau urine khas, produksi urin 16cc/kg/BB ml/hr, tempat yang di gunakan pempers.

3.1.8.9 Sistem Pencernaan (B5)

Mulut sianosis, Mukosa bibir kering, kondisi bibir simetris, lidah tampak putih, jaringan lemak subkutan tipis, aerola payudara datar tidak ada tonjolan, pada abdomen terdapat tali pusat, tidak ada lesi dan tanda-tanda infeksi pada tali pusat. Peristaltic usus normal, dengan buang air besar (BAB) 15 cc/KgBB/jam dengankonsistensi encer, warna kuning pucat, dengan bau yang khas.

3.1.8.10 Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B6)

Klien tampak lemah, tidak ada fraktur dan dislokasi, akral dingin, dan turgor menurun, tidak lembab, tidak ada oedema, kulit bersih, warna kulit merah muda, licin/ halus tampak tipis, lanugo banyak.

3.1.8.11 Sistem Pengindraan (B7)

Pupil isokor kanan/kiri, reflek cahaya positif kanan/kiri, konjungtiva merah muda kanan/kiri tidak ada secret, telinga simetris kanan/kiri, bentuk telinga normal kanan/kiri sedikit melengkung, lunak lambat membalik.

3.1.8.12 Sistem Endokrin (B8)

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, dan juga tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak hiperglikemi, juga hipoglikemia.

3.1.9 Pemeriksaan Diagnostik

3.1.10 Terapi tgl 30 Januari 2019

3.1.10.1 Injeksi vit K 1 mg, Fungsi : mencegah perdarahan BBL.

3.1.10.2 Injeksi viccilin 2 x 125 mg, Fungsi : mencegah ISPA.

3.2 Analisa Data

Tanggal : 30 Januari 2019

Nama Pasien : By. Ny. L

Umur : 0 hari

No. RM : 386419

Table 3.1 Analisa Data

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS:- DO : K/U : Lemah - Daya hisap lemah (+) - Mukosa kering - BBL : 1.600 gram - BBS : 1.700 gram - BU : 8x15cc/kgBB/jam - Jaringan lemak subkutan tipis	Premature ↓ Fungsi organ otak belum sempurna ↓ Reflek menelan belum sempurna ↓ Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan	Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan
2	DS:- DO : K/U : Lemah Kesadaran : Composmentis - Retraksi otot bantu pernafasan (-)	Premature ↓ Fungsi organ paru belum sempurna ↓	Resiko ketidakefektifan pola nafas

	<ul style="list-style-type: none">- Sesak (-)- Suara nafas vesikuler- Sianosis (-)- Tidak terpasang O2	Pertumbuhan paru – paru belum sempurna ↓ Resiko ketidakefektifan pola nafas	
--	---	---	--

3.2.1 Diagnosa Keperawatan Sesuai Dengan Prioritas Masalah

1. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
2. Resiko ketidakefektifan pola nafas

3.2.2 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

1. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan reflek menghisap lemah.
2. Resiko ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan imatunitas otot-otot bantu nafas

3.3 INTERVENSI KEPERAWATAN

Tanggal : 30 Januari 2019

Nama Pasien :By. Ny. L

Umur : 0 hari

No. RM : 386xxx

Table 3.2 Rencana Tindakan Keperawatan (NANDA Nic Noc, 2015)

No.DX	Tujuan/Kriteria hasil	Intervensi	PROBLEM
1.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan pemenuhan nutrisi tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB naik - Asupan nutrisi terpenuhi - Daya hisap kuat - Membrane mukosa lembab BU normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga pasien tentang kebutuhan nutrisi (pengertian, fungsi, macam-macam nutrisi) 2. Anjurkan kepada keluarga pasien untuk memberikan nutrisi (ASI Eksklusif selama 6 bulan) 3. Observasi BB pasien 4. Observasi intake 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memahami kebutuhan nutrisi bayi 2. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi 3. Untuk mengetahui ada peningkatan atau penurunan BB 4. Untuk mengetahui

		dan output nutrisi 5. Observasi reflek hisap bayi Kolaborasi dengan tim gizi	kebutuhan pasien 5. Mengetahui kemampuan hisap bayi Proses penyembuhan
2.	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan pola nafas efektif dengan kriteria hasil : - Irama suara irregular - Suara nafas vesikuler - Tidak ada retraksi - Tidak ada sianosis - Mampu bernafas spontan - Tanda-tanda vital dalam batas normal : Frekuensi pernafasan : 40 –	1. Jelaskan kepada keluarga tentang (definisi, etiologi) 2. Posisikan bayi pada posis abdomen atau posisi terlentang dengan gulungan popok dibawah bahu untuk menghasilkan sedikit hiperekstensi. 3. Memberikan rangsangan taktil jika bayi apneu. 4. Observasi frekuensi pernafasan dan pola pernafasan	1. Keluarga mampu memahami tentang pengertian dan penyebab. 2. Untuk memberikan posisi ekstensi dan memberikan rasa nyaman dan bebas untuk bernafas. 3. Mempertahankan jalan nafas. 4. Mencegah terjadinya hipoksia

	60 x/menit.		
3	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1x 30 menit di harapkan klien mengerti tentang ASI dan perawatan BBLR dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu menjelaskan kembali tentang ASI - Klien mampu menjelaskan kembali pentingnya ASI - Klien mampu mengetahui cara pemberian ASI yang benar - Klien mampu dan mau memberikan ASI eksklusif 	<p>1. Jelaskan tentang ASI dan pentingnya ASI</p> <p>2. Mengajarkan cara pemberian ASI yang benar</p> <p>3. Tanyakan kembali tentang ASI, Pentingnya ASI dan cara pemberian ASI yang benar</p>	<p>1. Meningkatkan pengetahuan tentang ASI</p> <p>2. Untuk mencegah tersedak pada saat menyusui bayi</p> <p>3. Mereview kembali apa yang sudah di informasikan</p>

3.4 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama pasien : By. Ny. L

No.RM :386xxx

Umur : 0 hari

Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan

No. DX	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama / tanda tangan
1.	30 Januari 2019	09.25 09.45 09.59	<p>1. Menjelaskan kepada keluarga tentang pentingnya kebutuhan nutrisi (pengertian, fungsi, macam-macam nutrisi)</p> <p>- Keluarga mampu memahami penjelasan tersebut</p> <p>2. Menganjurkan keluarga pasien tentang pentingnya memberikan nutrisi (ASI Eksklusif selama 6 bulan)</p> <p>- By. Ny. N di beri susu formula karena ASI Ny. N belum keluar.</p> <p>3. Mengobservasi BB Pasien</p> <p>- BBL : 1.600 gram</p> <p>- BBS : 1.700 gram</p> <p>- Dan penimbangan dilakukan setiap hari</p>	

		10.10	4. Mengobservasi intake dan output. - Susu formula 8x15cc (input) - BAB dan BAK 15 cc/KgBB	
		10.20	5. Mengobservasi daya hisap lemah (+)	
		10.30	6. Berkolaborasi dengan tim gizi	
2.	30 Januari 2019	11.00	1. Menjelaskan kepada keluarga tentang kebutuhan oksigen (definisi, etiologi) - Dan keluarga mampu memahami penjelasan tersebut.	
		11.45	2. Memberikan rangsang taktil jika bayi apneu, dengan cara kaki disentil. - Apneu (-)	
		12.00	3. Mengobservasi pernafasan dan pola pernafasan - Irama regular - Rochi (-) Wheezing (-) - Vesikuler (-) - RR : 38x/menit	

3.5 Evaluasi keperawatan

Nama pasien : By. Ny. L

No.RM : 386xxx

Umur : 1 hari

Tabel 3.4 Catatan Perkembangan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
31 Januari 2019	Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflex menghisap lemah	<p>S : -</p> <p>O : K/u : lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Daya hisap lemah (+) - BBL : 1.600 gram - BBS : 1.900 gram - Membran mukosa kering - Jaringan lemak subkutan tipis <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>No. 6</p>	
31 Januari 2019	Resiko ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan imaturitas otot-otot pernafasan	<p>S : -</p> <p>O : K/u : lemah</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS 4-5-6 - Sesak (-) - Retraksi (-) - Tidak terpasang nasal canule 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Suara nafas : vesikuler - Irama nafas : irregular - RR : 38x/menit - Sianosis <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>No. 3</p>	
--	--	---	--

Tabel 3.4 Catatan Perkembangan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
01 Februari 2019	Resiko ketidakseimbangan nutris kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflex menghisap lemah	<p>S : -</p> <p>O : K/u : lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Daya hisap lemah (-) - BBL : 1.600 gram - BBS : 1.800 gram - Membran mukosa kering - Jaringan lemak subkutan tipis <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>No. 6</p>	
01	Resiko ketidakefektifan	S : -	

<p>Februari 2019</p>	<p>pola nafas berhubungan dengan imaturitas otot-otot pernafasan</p>	<p>O : K/u : lemah Kesadaran : composmentis - GCS 4-5-6 - Sesak (-) - Retraksi (-) - Tidak terpasang nasal canule - Suara nafas : vesikuler - Irama nafas : irregular - RR : 40x/menit - Sianosis (-) A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan No. 3</p>	
--------------------------	--	--	--

Nama pasien : By. Ny. L

No.RM : 386xxx

Umur : 3 hari

Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
02 Februari 2019	Resiko ketidakseimbangan nutris kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflex menghisap lemah	<p>S : -</p> <p>O : K/u : lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Daya hisap lemah (-) - BBL : 1.600 gram - BBS : 1.800 gram - Membran mukosa kering - Jaringan lemak subkutan tipis <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p>	
02 Februari 2019	Resiko ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan imaturitas otot-otot pernafasan	<p>S : -</p> <p>O : K/u : lemah</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS 4-5-6 - Sesak (-) - Retraksi (-) - Suara nafas : vesikuler - Irama nafas : irregular 	

		<ul style="list-style-type: none">- RR : 40x/menit- Sianosis (-) <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p>	
--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan secara langsung pada By Ny. L dengan diagnosa medis BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Bangil yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

4.1.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan keluarga secara terbuka, mengerti dan kooperatif.

Identitas klien : Pada tinjauan pustaka pada pasien BBLR, angka kejadian BBLR tertinggi ditemukan pada bayi yang dilahirkan oleh ibu-ibu dengan usia <20 tahun dan >35 tahun (Depkes RI, 2009), sedangkan dari hasil tinjauan kasus ditemukan hal yang sama yaitu bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan usia 18 tahun. Pada pengkajian ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena pada tinjauan kasus bayi yang di lahirkan oleh ibu dengan usia 18 tahun.

4.1.2 Riwayat Keperawatan

4.1.2.1 Keluhan utama :

Pada tinjauan pustaka berat badan bayi biasanya kurang dari 2500 gram, lapisan lemak subkutan sedikit atau tidak ada, kepala relative besar dibanding badan. Kelainan fisik yang mungkin terlihat, nilai APGAR pada 1-5 menit, 0-3

menunjukkan kegawatan yang parah, 4-6 kegawatan sedang, dan 7-10 normal, sedangkan pada tinjauan kasus yang ditemukan BB : 1.600 gram, lapisan lemak subkutan tipis, bentuk kepala simetris kanan/kiri, APGAR score 4-6, bayi tampak lemah dan reflek menghisap lemah. Pada pengkajian ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena pada tinjauan kasus berat badan bayi kurang dari 2.500 gram.

4.1.2.2 Riwayat penyakit ibu

Pada tinjauan pustaka teori mengatakan ada riwayat yang pernah di derita ibu pada hamil seperti : Toksemia gravidarum, perdarahan antepartum, Trauma fisik dan psikologis, Neffritis akut, Diabetes Mellitus. Sedangkan dari hasil tinjauan kasus ibu klien tidak mempunyai riwayat penyakit yang di derita selama kehamilan yaitu eklamsi. Pada pengkajian ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjau kasus, karena ibu pasien tidak memiliki riwayat penyakit saat hamil yaitu eklamsi.

4.1.2.3 Riwayat penyakit saat ini :

Pada tinjauan pustaka teori mengatakan keadaan umum bayi berat badan \leq 2500 gram, Panjang kurang dari 45 cm, LD < 30 cm, LK < 33 cm, Pernafasan tidak teratur dapat terjadi apnea, sedangkan hasil dari tinjauan kasus diperoleh gerak tangis (+) klien tampak lemah, kesadaran Composmentis, tidak terpasang infuse, tidak menggunakan alat bantu nafas, pola nafas vesikuler, retraksi otot bantu nafas (-), reflek menghisap lemah (+), dan diperoleh pemeriksaan fisik APGAR SCORE : 7-8, Panjang badan 39 cm, LD : 26 cm, LK : 26 cm, RR :38 x/menit. Pada pengkajian ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka

dan tinjauan kasus, karena pada tinjauan kasus pernafasannya teratur dan tidak apnea.

4.1.3 Riwayat persalian

4.1.3.1 Riwayat kehamilan dan persalinan :

Prenatal care :

Pada tinjauan pustaka komplikasi kehamilan (ibu menderita Toksemia gravidarum, perdarahan antepartum, trauma fisik dan psikologis, nefritis aku, Diabetes Mellitus). Riwayat penggunaan obat selama ibu hamil seperti pengguna narkotika. Manifestasi klinis ibu : Pembesaran uterus tidak sesuai dengan usia kehamilan, pada anamneses sering dijumpai adanya riwayat abortus, partus prematurus, dan lahir mati, pergerakan janin lebih lambat, penambahan berat badan ibu lambat dan tidak sesuai yang seharusnya. Tetapi pada tinjauan kasus berbeda karena ibu tidak mempunyai riwayat komplikasi seperti DM dan lain-lain, serta ibu klien tidak menggunakan obat selama kehamilan. Karena klien adalah anak ke empat. Ibu klien mengatakan bahwa selama hamil rutin control ke dokter kandungan untuk memeriksakan kehamilannya kurang lebih 8 kali dan imunisasi TT tidak terkaji, dan selama hamil Ny. L mengalami kenaikan berat badan 9 kg. Ny. L tidak mengalami mual muntah pada trimester pertama. Pada pengkajian ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena pada tinjauan kasus ibu pasien pada saat hamil tidak mengkonsumsi narkoba dan obat-obatan.

Natal care :

Ibu melahirkan dengan umur kehamilan antara 39-40 minggu, rendahnya berat badan pada saat kelahiran, atau terlalu besar dibanding umur

kehamilan, sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan. Ny. L mengatakan melahirkan di rumah sakit dengan usia kehamilan 7 bulan dengan lama persalinan kurang lebih 2 jam dengan SC, dengan bantuan penolong persalinan di OK dan ada komplikasi selama persalinan yaitu eklamsi. Pada pengkajian ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena pada tinjauan kasus usia kehamilan kurang dari 39-40 minggu.

4.1.3.2 Post natal

Pada tinjauan pustaka teori mengatakan setelah bayi lahir kelainan fisik yang mungkin terlihat. Nilai Apgar pada 1-5 menit, 0-3 menunjukkan kegawatan yang parah, 4-6 kegawatan sedang, dan 7-10 normal (sujiyatini, 2011). Dan tanda-tanda lain seperti : Berat badan ≤ 2.500 gram, Panjang kurang dari 45 cm, LD < 30 cm, LK < 33 cm, Umur kehamilan < 37 minggu, Kulit tipis, transparan, rambut lanugo banyak, lemak kurang. Tinjauan kasus di temukan kondisi klien lahir BBLR 1.600 gram, dengan panjang bayi (PB) 39 cm, LD : 26 cm, LK : 26 cm, kulit bersih, lanugo banyak, lemak subkutan tipis APGAR score 4-6 dengan ketuban jernih. Klien di lakukan perawatan intensif di incubator. Pada pengkajian ini tidak ada terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena tinjauan kasus APGAR score 4-6 dengan ketuban jernih.

4.1.4 Observasi dan pemeriksaan fisik

4.1.4.1 Antropometri

Pada tinjauan pustaka pemeriksaan antropometri yang meliputi : Berat badan ≤ 2.500 gram, panjang badan kurang dari 45 cm, LD < 30 cm, LK < 33 cm, circumferential suboccipitalis brengmantika 31 cm, circumference fronto occipitalis 34 cm, circumference mento occipitalis 35 cm. Sedangkan tinjauan

pustaka dan tinjauan kasus panjang badan 39 cm, berat badan 1.600 gram, lingkaran lengan atas 11 cm, lingkaran dada 26 cm, lingkaran kepala SOB 31 cm, FOB 30 cm, MOB 31 cm. Pada pengkajian ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena tinjauan kasus panjang badan 39 cm atau kurang dari 45 cm.

4.1.4.2 Pada pemeriksaan fisik B1 (*Breathing*)

Menurut tinjauan pustaka di subyektif : sesak atau tidak, jumlah pernafasan 40-60 permenit di selingi apnea. Inspeksi : pernafasan belum teratur dan sering terjadi apnea, bentuk dada normal atau tidak. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, merasakan getaran vocal fremitus ada atau tidak, suara nafas normalnya vesikuler. Perkusi : sonor atau pekak. Sedangkan pada tinjauan kasus di temukan data yaitu Inspeksi : Bentuk dada simetris, pergerakan dada sama kanan dan kiri, klien tidak menggunakan alat bantu nafas, frekuensi pernafasan : 38x/menit tidak ada batuk dan tidak ada sputum dan tidak ada retraksi otot bantu nafas, .Palpasi : vocal premitusnya tidak terkaji, dengan perkusi thorak sonor, Auskultasi : suara nafas vesikuler. Pada pengkajian ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena pada tinjauan kasus pernafasan teratur dan tidak mengalami apnea.

4.1.4.3 Pada pemeriksaan fisik B2 (*Blood*)

Pada tinjauan pustaka di dapat Inspeksi : pembuluh darah kulit banyak terlihat, sianosis atau tidak,. Palpasi : nadi rata-rata 120-160 per menit pada bagian apical dengan ritme teratur. Perkusi : normal redup, ukuran dan bentuk jantung normal atau tidak. Auskultasi :pada saat kelahiran, kebisingan jantung terdengar pada seperempat bagian intercosta yang menunjukkan aliran

darah dari kanan ke kiri karena hipertensi atau atelectasis paru. Adanya suara tambahan gallop atau tidak, mur-mur atau tidak. Sedangkan pada tinjauan kasus di temukan Inpeksi : tidak ada clubbing finger tidak ada sianosis.Palpasi : Pulsasi kuat, CRT < 3 detik, perkusi : tidak terkaji dan Auskultasi : dengan bunyi jantung S1 dan S2 tunggal. Pada pengkajian ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena tinjauan kasus palpasi kuat dan tidak ada sianosis.

4.1.4.4 Pada pemeriksaan fisik B3 (*Brain*)

Pada tinjauan pustaka di dapatkan data Inspeksi : Kesadaran composmentis, reflek sucling ada, menggenggam ada, babinsky ada, morro ada (saifuddin, 2006), patella ada, kejang tidak ada, dan tidak ada kelainan nervus kranialis. Sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan hasil yaitu, Bentuk kepala simetris kanan/kiri, ubun-ubun datar, tidak ada caput, kesadaran klien composmentis gerak tangis (+), dengan reflex suckling lemah (+), reflek menggenggam ada tapi lemah, reflek babinsky ada tapi lemah, reflek morro ada tapi lemah, dan reflek rooting ada tapi lemah, reflek patella ada tapi lemah, dan tidak ada kejang, nyeri kepala tidak terkaji, istirahat tidur pasien tampak selalu tidur dan sesekali membuka mata. Pada pengkajian ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena tinjauan kasus kesadaran composmentis gerak tangis (+), reflek suckling lemah (+), reflek genggam ada tapi lemah, reflek babinsky ada tapi lemah, reflek morro ada tapi lemah.

4.1.4.5 Pada pemeriksaan fisik B4 (*Bladder*)

Pada tinjauan pustaka Inspeksi : genitalia imatur biasanya testis belum sempurna, labia minor belum tertutup labia mayor. Sedangkan tinjauan

kasus di temukan Labia minor menutupi labia mayor, klitoris menonjol, alat kelamin normal, kebersihan kelamin bersih, bau urine khas, produksi urin 16cc, tempat yang di gunakan pempers. Pada pengkajian ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena pada tinjauan pustaka labia minor menutupi labia mayor.

4.1.4.6 Pada pemeriksaan fisik B5 (*System pencernaan*)

Tinjauan pustaka Subyektif : pengeluaran meconium biasanya terjadi dalam waktu 12 jam. Inspeksi : cavum oris, lidah untuk lihat ada tidaknya kelainan, ada tidaknya penegangan abdomen, ada atau tidaknya anus. Auskultasi : imatur peristaltic. Palpasi : ada nyeri atau tidak di kuadran mana. Perkusi : jika di lambung, usus, kandung kemih berbunyi timpani. jika pada hati, pancreas ginjal berbunyi pekak. Sedangkan pada tinjauan kasus di temukan Mulut sianosis, Mukosa bibir kering, kondisi bibir simetris, lidah tampak putih, jaringan lemak subkutan tipis, aerola payudara datar tidak ada tonjolan, pada abdomen terdapat tali pusat, tidak ada lesi dan tanda-tanda infeksi pada tali pusat. Peristaltic usus normal, dengan buang air besar (BAB) 15 cc/KgBB/jam dengan konsistensi encer, warna kuning pucat, dengan bau yang khas. Pada pengkajian ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena pada tinjauan kasus peristaltic usus normal.

4.1.4.7 Pada pemeriksaan fisik B6 (*Musculoskeletal dan integumen*)

Pada tinjauan pustaka Subyektif : gerakan lemah dan tidak aktif atau letargik. Inspeksi : tulang kartilago telinga belum tumbuh dengan sempurna lembut dan lunak, tulang tengkorak dan tulang rusuk lunak. Perkusi : reflek patella. Palpasi : ada nyeri tekan atau tidak, kaji kekuatan otot dengan skala

lovett's (memiliki nilai 0-5). Sedangkan pada tinjauan kasus di temukan Klien tampak lemah, tidak ada fraktur dan dislokasi, akral dingin, dan turgor menurun, tidak lembab, tidak ada oedema, kulit bersih, warna kulit merah muda, licin/ halus tampak tipis, lanugo banyak. Pada pengkajian ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena pada tinjauan kasus pasien tampak lemah dan tidak ada fraktur.

4.1.4.8 Pada pemeriksaan fisik B7 (*Sistem pengindraan*)

Pada tinjauan pustaka konjungtiva tampak merah muda, refleksi cahaya (+), refleksi menghisap (+), sedangkan tinjauan kasus Pupil isokor kanan/kiri, refleksi cahaya positif kanan/kiri, konjungtiva merah muda kanan/kiri tidak ada sekret, telinga simetris kanan/kiri, bentuk telinga normal kanan/kiri sedikit melengkung, lunak lambat membalik. Pada pengkajian ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena pada tinjauan kasus konjungtiva berwarna merah muda.

4.1.4.9 Pada pemeriksaan fisik B8 (*Sistem endokrin*)

Pada tinjauan pustaka biasanya pada bayi tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, kelenjar parotis, tidak hiperglikemi dan juga tidak hiperglikemia, sedangkan pada tinjauan kasus Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, dan juga tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak hiperglikemi, juga hipoglikemia. Pada pengkajiuan ini tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena pada tinjauan kasus Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, dan juga tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak hiperglikemi, juga hipoglikemia.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan tinjauan pustaka yaitu :

4.2.1 ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan imaturitas otot-otot pernafasan dan penurunan ekspansi paru-paru

4.2.2 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan imaturitas reflek menghisap

4.2.3 Diskontinuitas pemberian ASI berhubungan dengan prematuritas

4.2.4 Disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan ketidakadekuatan atau imatur aktivitas peristaltic

4.2.5 Resiko ketidakseimbangan suhu tubuh berhubungan dengan kegagalan mempertahankan suhu tubuh, penurunan jaringan lemak subkutan

4.2.6 Resiko infeksi berhubungan dengan penambahan imunologis yang kurang

(NANDA Nic Noc, 2015)

Dari enam diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka tidak semua ada pada tinjauan kasus. Terdapat dua diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus yaitu :

4.2.7 Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflek menghisap lemah

4.2.8 Resiko ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan imaturitas otot-otot pernafasan

(NANDA Nic Noc, 2015)

4.3 Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dari tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada

pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (Kognitif), Keterampilan mengenai masalah (Afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (Psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus di cantumkan kriteria hasil waktu pengkajian pada kasus nyata dengan keadaan pasien langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang di tampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran , data dan kriteria hasil yang telah di tetapkan.

Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflek menghisap lemah. Setelah di berikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil : BB naik, asupan nutrisi terpenuhi, daya hisap kuat, membrane mukosa lembab, BU normal

Resiko ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan imaturitas otot-otot pernafasan. Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam di harapkan tanda-tanda vital dalam batas normal : 40-60 x/ menit, suara nafas vesikuler, mampu bernafas spontan, tidak ada retraksi otot bantu nafas.

4.4 Implementasi

Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, implementasi yang di lakukan pada klien tidak ada kesenjangan karena peneliti menggunakan implementasi yang sama dengan tinjauan pustaka, tetapi pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat di realisasikan karena masih di rencanakan dalam bentuk tulisan

belum di implementasikan langsung (Rampengan T.H, 2007). Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah di susun dan di realisasikan pada klien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan yang nyata di lakukan ke klien.

Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflek menghisap lemah dilakukan tindakan keperawatan menjelaskan kepada keluarga tentang pentingnya kebutuhan nutrisi (pengertian, fungsi, macam-macam nutrisi), menganjurkan kepada keluarga pasien untuk memberikan nutrisi (ASI Eksklusif selama 6 bulan), mengobservasi BB pasien, mengobservasi intake dan output, mengobservasi daya hisap lemah, berkolaborasi dengan tim gizi.

Resiko ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan imaturitas otot-otot bantu nafas di lakukan tindakan keperawatan menjelaskan kepada keluarga tentang kebutuhan oksigen (definisi, etiologi), memberikan ganjalan popok di bahu di bahu pasien jika sesak, memberikan rangsangan taktil jika bayi terjadi apneu dengan cara kaki di sentil, mengobservasi pernafasan dan pola nafas.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat di laksanakan karena kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat di lakukan, karena dapat di ketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung (Rahmaryna, 2011)

Pada waktu di lakukan evaluasi Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflek menghisap lemah. Kebutuhan pasien sudah terpenuhi selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil di laksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 02 Februari 2019. Pada diagnose kedua Resiko ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan immaturitas otot-

otot pernafasan. Pasien tidak sesak, tidak ada retraksi otot bantu nafas, RR : 40 x/menit karena tindakan yang tepat dan telah berhasil di lakukan dan masalah teratasi pada tanggal 02 Februari 2019.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada By.Ny.L sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien pulang pada tanggal 03 Februari 2019.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada bayi dengan kasus BBLR di ruang Perinatologi RSUD Bangil, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada bayi dengan diagnose medis BBLR.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada bayi dengan diagnose BBLR maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

- 5.1.1 Pada pengkajian pasien diperoleh gerak tangis (+) klien tampak lemah, kesadaran Composmentis, tidak menggunakan alat bantu pernafasan, tidak ada retraksi otot bantu nafas, sesak (-), reflek menghisap lemah (+), dan diperoleh pemeriksaan fisik APGAR SCORE : 7-8, panjang badan 39 cm, berat badan lahir 1.600 gram, berat badan sekarang 2.100 gram, LLA 11 cm, lingkar dada 26 cm, lingkar kepala 26 cm, SOB 36cm, FOB 35cm, MOB 36 cm, jaringan lemak subkutan tipis, frekuensi pernafasan 38x/menit, frekuensi nadi : 120x/menit, BU : 8 x15 cc/kgBB/jam, suhu : 37,5°C dan bayi berada dalam incubator dan terpasang OGT.
- 5.1.2 Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflek menghisap lemah. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi

dengan kriteria hasil : BB naik, asupan nutrisi terpenuhi, daya hisap kuat, membrane mukosa lembab, BU normal

- 5.1.3 Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflek menghisap lemah. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan criteria hasil : BB naik, asupan nutrisi terpenuhi, daya hisap kuat, membrane mukosa lembab, BU normal. Resiko Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan imaturitas otot – otot pernafasan. Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pola nafas efektif dengan criteria hasil: bayi tidak sesak, tidak ada retraksi, tidak ada sianosis, mampu bernafas spontan, tanda-tanda vital dalam batas normal, frekuensi pernafasan : 40-60 x/menit.
- 5.1.4 Beberapa tindakan mandiri perawat pada bayi dengan diagnosa BBLR menganjurkan orang tua untuk tetap memperhatikan intake seimbang yaitu dengan cara memberikan asupan nutrisi ASI. Pelaksanaan asuhan keperawatan banyak tindakan keperawatan yang memerlukan kerja sama antara perawat, pasien dan keluarga.
- 5.1.5 Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerja sama yang baik tarapasien, keluarga, dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada By. Ny. L sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien pulang kerumah bersama keluarga.

5.2 Saran

Beetolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

- 5.2.1 Untuk pencapaian hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim medis lainnya.
- 5.2.2 Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan seminar atau suatu pertemuan untuk membahas tentang masalah kesehatan pada suatupasien.
- 5.2.3 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada bayi dengan diagnosa BBLR.
- 5.2.4 Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.
- 5.2.5 Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal atau informal.

DAFTAR PUSTAKA

- Atikah dan Cahyo, 2010. *Ilmu kesehatan anak*. EGC : Jakarta
- Askar, 2012. *Tumbuh Kembang Anak*. EGC : Jakarta
- Christianti, 2012. *Perkembangan Bayi dan Anak*. EGC : Jakarta
- Depkes RI, 2009. *Asuhan Keperawatan berdasarkan Medis & NANDA NIC NOC*. Jogjakarta. Media action.
- Erlina, 2008. *Cara Mencegah BBLR*. EGC : Jakarta
- Frasser, 2009. *Macam-macam Reflek Bayi*. EGC : Jakarta
- Hidayat, 2008. *Perkembangan Bayi dan Anak*. EGC : Jakarta
- Harlimsyah, 2009. *Perkembangan Bayi dan Anak*. EGC : Jakarta
- Huda danHardhi. 2013. *Rencana Asuhan Keperawatan*. EGC : Jakarta
- Minarti, 2010. *Perkembangan Bayi dan Anak*. EGC : Jakarta
- Manuaba, 2009. *Pencegahan BBLR*. EGC : Jakarta
- Maryunani, 2009. *Perkembangan Bayi dan Anak*. EGC : Jakarta
- Mitayani, 2009. *Rencana Asuhan Keperawatan*. EGC : Jakarta
- Nurarif, H.A dan Kusuma Hardi .*Asuhan Keperawatan berdasarkan Medis & Prawirohardjo, sarwono. 2009. Ilmu kebidanan* .Jakarta :Yayasan Bina Pustaka
 Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan, 2010.
- Rampengan T.H, 2009. *Asuhan Keperawatan berdasarkan Medis & NANDA NIC NOC*.EGC : Jakarta.
- Riendravi, 2013.. *Perkembangan Bayi dan Anak*. EGC : Jakarta
- Rio, 2014. *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa BBLR*. Diakses pada tanggal 16 Juni 2017 padapukul 17.00 WIB
- Slamet, B. 2018. Golden Period Bayi BBLR hanya 1 jam, Jawa Pos, : Surabaya
- Saifuddin, 2009. *Asuhan Keperawatan berdasarkan medis*. EGC : Jakarta
- Satriana.2010. *Perkembangan Bayi dan Anak*.EGC : Jakarta.
- Soetjiningsih. 2009. *Tumbuh Kembang Anak*. EGC : Jakarta.

Sulistiyawati, 2014. *Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan*. EGC : Jakarta.

Sugeng, 2011. *Penanganan* BBLR. Diakses pada tanggal 15 Juli 2017 pukul 13.00 WIB.

Winkjosastro, 2009. *Asuhan Keperawatan berdasarkan medis*. EGC : Jakarta

Wong L.D. 2009. *Buku ajar keperawatanneonatus*.EGC : Jakarta.

Lampiran 1***INFORMED CONSENT***

Judul: “**Asuhan Keperawatan Pada Bayi dengan Diagnosa Medis BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) Di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan**”.

Tanggal pengambilan studi kasus.....Bulan.....Tahun.....

Sebelum tanda tangan di bawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya. Nona/Nyonya/Tuan.....

Dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Partisipan

Saksi

(.....)

(.....)

Peneliti

(.....)