

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1. Konsep Bayi

2.1.1. Pengertian Bayi

Bayi baru lahir (BBL) adalah bayi yang baru saja menjalani proses kelahiran, berumur 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (penyesuaian dari kehidupan *intrauterin* ke kehidupan *ektrauterin*) dan toleransi BBL agar dapat hidup dengan baik. Bayi baru lahir, juga dikenal sebagai neonatus, adalah individu yang sedang tumbuh yang baru saja mengalami trauma kelahiran dan harus dapat menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam rahim ke kehidupan di luar rahim (Herman, 2020).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai APGAR >7 dan tanpa cacat bawaan (Octaviani & Widya, 2022).

Menurut kedua teori diatas ditarik kesimpulan bahwa BBL adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai APGAR >7 dan tanpa cacat bawaan.

2.1.2. Karakteristik Bayi Baru Lahir

Menurut Solehah, dkk (2021), mengenai ciri-ciri bayi baru lahir normal sebagai berikut :

- a. Berat badan 2.500-4.000 gram.
- b. Panjang badan 48-52 cm.
- c. Lingkar dada 30-38 cm.
- d. Lingkar kepala 33-35 cm.
- e. Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit.
- f. Pernapasan \pm 40-60 x/menit.
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- h. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- i. Kuku agak panjang dan lemas.
- j. Genitalia: pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora, pada laki-laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- k. Bayi lahir langsung menangis kuat.
- l. Refleks *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- m. Refleks *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- n. Refleks *grasping* (menggenggam) sudah baik.
- o. Refleks *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik

- p. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecokelatan.
- q. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal. Beberapa refleks pada bayi diantaranya:
- 1) Refleks Glabella: Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama.
 - 2) Refleks Hisap: Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan.
 - 3) Refleks Mencari (*rooting*): Misalnya mengusap pipi bayi dengan lembut: bayi menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.
 - 4) Refleks Genggam (*palmar grasp*): Letakkan jari telunjuk pada palmar, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat.
 - 5) Refleks Babynski: Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.
 - 6) Refleks *Morro*: Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.
 - 7) Refleks Ekstrusi: Bayi menjulurkan lidah ke luar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.
 - 8) Refleks Tonik Leher (*Fencing*): Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat

2.2. Konsep Penyakit

2.2.1. Definisi Bayi BBLR

Menurut Sembiring (2017) bayi Berat badan lahir rendah yaitu keadaan bayi lahir dengan berat kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia gestasi. berat lahir adalah berat badan bayi lahir yang ditimbang dalam 1 jam setelah dilahirkan. Bayi yang mengalami Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah jika berat bayi tersebut kurang dari angka 2500 gram atau 2.5 kg tanpa melihat periode waktu bayi berada dalam rahim. Bayi BBLR dapat terjadi dikarenakan usia kehamilan yang kurang dari usia normal yaitu 37 minggu dan berat bayi pun lebih rendah dari bayi pada umumnya (Kemenkes, 2018; Rizka, 2021).

2.2.2. Klasifikasi dan Tanda Gejala

Klasifikasi bayi BBLR menurut karakteristik BBLR atau masa kehamilannya (Idayani, 2013), antara lain :

a. Prematuritas murni

Adalah neonatus dengan usia kehamilan <37 minggu dan mempunyai berat badan sesuai dengan berat badan untuk masa kehamilan atau dikenal dengan nama neonatus kurang bulan sesuai dengan masa kehamilan.

b. Dismaturitas

Adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilan. Bayi dengan kelahiran dismaturitas merupakan bayi yang

tergolong kecil untuk masa kehamilannya. Ada 3 yang tergolong dalam dismaturitas, yang pertama Neonatus kurang bulan - kecil masa kehamilan (NKB-KMK), yang kedua Neonatus cukup bulan kecil masa kehamilan (NCB-KMK), yang ketiga Neonatus Lebih Bulan-Kecil Masa Kehamilan (NLB-KMK).

Menurut Sari (2014) klasifikasi BBLR dibagi menjadi 3, yaitu:

1. Berat badan lahir rendah (BBLR) yaitu bayi lahir dengan berat 1500-2499 gram.
2. Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR) yaitu bayi lahir dengan berat 1000-1500 gram.
3. Bayi berat lahir ekstrem sangat rendah (BBLESR) yaitu bayi lahir dengan berat kurang dari 1000 gram.

2.2.3. Etiologi

Menurut Rizka (2021), penyebab terjadinya bayi BBLR secara umum bersifat multifaktor sehingga kadang mengalami kesulitan untuk melakukan tindakan pencegahan, penyebab terbanyak terjadi bayi BBLR adalah prematur. Semakin muda usia kehamilan semakin besar risiko jangka pendek dan jangka panjang dapat terjadi. Menurut Sudarti (2016), penyebab terbanyak terjadi bayi BBLR adalah kelahiran prematur, faktor ibu umur, paritas dan lain lain. Faktor-faktor yang berkaitan dengan bayi BBLR secara umum yaitu sebagai berikut:

a. Faktor ibu

- 1) Penyakit yang berhubungan langsung dengan kehamilan misalnya: pendarahan antepartum, trauma fisik, psikologis dan DM.

- 2) Usia ibu Angka kejadian prematuritas tertinggi ialah pada usia <20 tahun, dan multi gravida yang jarak kelahiran terlalu dekat. kejadian terendah bayi BBLR ialah pada usia antara 20-35 tahun.
- 3) Keadaan sosial ekonomi Kejadian tertinggi terdapat pada golongan sosial ekonomi rendah. Mengerjakan aktivitas fisik beberapa jam tanpa istirahat. Keadaan gizi yang kurang baik. pengawasan antenatal yang kurang. Kejadian prematuritas pada bayi yang lahir dari perkawinan yang tidak sah, yang terjadi lebih tinggi bila dibandingkan dengan bayi yang lahir dari perkawinan yang sah.
- 4) Ibu perokok, ibu peminum alkohol, ibu pecandu obat narkotika penggunaan obat anti metabolik.

b. Faktor janin

- 1) Kelainan kromosom
- 2) Infeksi janin kronik
- 3) Radiasi
- 4) kehamilan ganda/kembar
- 5) Ketuban pecah dini

c. Faktor plasenta

Berat plasenta kurang atau berongga bisa juga keduanya (hidramion). Alas permukaan berkurang, plasentitis vilus (bakteri, virus dan parasit), infark. Tumor, plasenta yang lepas, sindrom plasenta yang lepas, sindrom transfuse bayi kembar (sindrom parabiostatik).

d. Faktor lingkungan

- 1) Polusi udara atau asap rokok
- 2) Bertempat tinggal di daratan tinggi
- 3) Terkena radiasi
- 4) Terpapar zat beracun.

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya BBLR menurut Hardhi (2016), adalah:

a. Faktor ibu

- 1) Umur ibu hamil kurang dari 20 tahun atau di atas 35 tahun
- 2) Jarak hamil dan bersalin terlalu dekat
- 3) Gizi saat hamil yang kurang
- 4) Faktor pekerja yang terlalu berat
- 5) Penyakit menahun ibu seperti hipertensi, jantung dan lain lain

b. Faktor kehamilan

- 1) Hamil ganda (gemeli)
- 2) Hamil dengan hidramnion
- 3) Perdarahan antepartum

c. Komplikasi kehamilan

- 1) kejang sebelum atau sesudah melahirkan
- 2) ketuban pecah dini

d. Faktor janin

- 1) Cacat bawaan
- 2) Infeksi dalam rahim

- e. Faktor pendukung maternal lainnya menurut Rizka (2021), selain dari faktor-faktor di atas, yang menyebabkan terjadinya bayi BBLR adalah : nutrisi, perokok, peminum alkohol, budaya, sosial ekonomi, dan lain-lain)

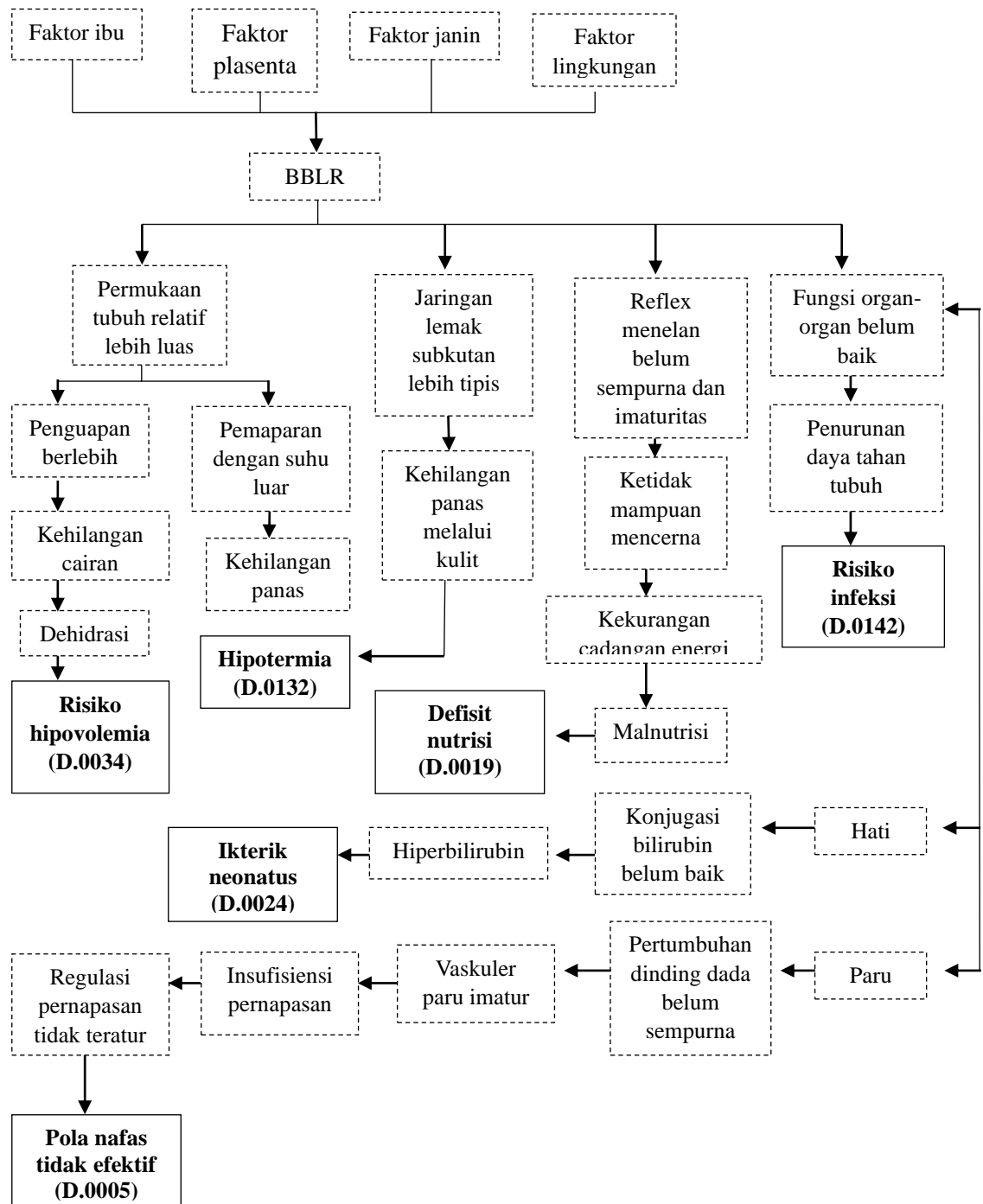
2.2.4. Patofisiologi

Menurut Nisa (2022), semakin kecil berat badan bayi maka semakin prematur bayi tersebut maka akan tinggi juga risiko gizinya. Faktor-faktor yang memberikan efek pada masalah gizi yaitu :

- a. Menurunnya cakupan zat gizi, padahal cadangan makanan di dalam tubuh sedikit, hampir semua lemak, glikogen, dan mineral seperti kalsium, zat besi, seng, dan fosfor di deposit selama 8 minggu terakhir kehamilan. Dengan demikian bayi BBLR mempunyai potensi masalah peningkatan hipoglikemia, anemia, dll. Hipoglikemia menyebabkan bayi kejang terutama pada bayi BBLR yang prematur.
- b. Kurangnya kemampuan untuk mencerna makanan. Bayi *preterm* mempunyai sedikit simpanan garam empedu, yang diperlukan untuk mencerna dan mengabsorpsi lemak dibandingkan dengan bayi *term*.
- c. Belum maksimalnya fungsi mekanis dari saluran pencernaan, koordinasi antara refleks hisap dan menelan belum berkembang dengan baik sampai masa kehamilan 32-34 minggu, padahal bayi BBLR kebutuhan nutrisinya lebih tinggi karena target pencapaian BB nya lebih besar.
- d. Paru yang belum berfungsi secara maksimal dengan peningkatan kerja napas dan kebutuhan kalori yang meningkat.

- e. Potensialnya bayi BBLR akan kehilangan panas akibat luas permukaan tubuh yang tidak sebanding dengan berat badan dan sedikitnya lemak pada jaringan di bawah kulit. Kehilangan panas ini akan meningkatkan kebutuhan kalori bayi BBLR.

2.2.5. WOC



Bagan 1. Pathway BBLR
 Sumber : Nurarif (2015); SDKI DPP PPNI (2017).

2.2.6. Penatalaksanaan

Menurut Natalina (2020), penatalaksanaan bayi dengan BBLR sebagai berikut:

a. Pengaturan Suhu Tubuh

Bayi BBLR mudah dan cepat sekali menderita hipotermia bila berada di lingkungan yang dingin. Kehilangan panas disebabkan oleh permukaan tubuh bayi yang relatif lebih luas bila dibandingkan dengan berat badan, kurangnya jaringan lemak di bawah kulit dan kekurangan lemak coklat (*brown fat*).

Untuk mencegah hipotermia, perlu diusahakan lingkungan yang cukup hangat untuk bayi dan dalam keadaan istirahat konsumsi oksigen paling sedikit, sehingga suhu tubuh bayi tetap normal. Bila bayi dirawat dalam inkubator, maka suhunya untuk bayi dengan berat badan kurang dari 2000 gr adalah 35°C dan untuk bayi dengan BB 2000 gr sampai 2500 gr 34°C, agar ia dapat mempertahankan suhu tubuh sekitar 37°C. Kelembaban inkubator berkisar antara 50-60 persen. Kelembaban yang lebih tinggi di perlukan pada bayi dengan sindroma gangguan pernapasan. Suhu inkubator dapat di turunkan 1°C per minggu untuk bayi dengan berat badan 2000 gr dan secara berangsur angsur ia dapat diletakkan di dalam tempat tidur bayi dengan suhu lingkungan 27°C-29°C.

Bayi dalam inkubator hanya dipakaikan popok. Hal ini penting untuk memudahkan pengawasan mengenai keadaan umum, perubahan tingkah laku, warna kulit, pernapasan, kejang dan sebagainya sehingga penyakit yang diderita dapat dikenal sedini mungkin dan tindakan serta pengobatan dapat dilaksanakan secepat - cepatnya.

b. Pencegahan Infeksi.

Infeksi adalah masuknya bibit penyakit atau kuman ke dalam tubuh, khususnya mikroba. Bayi BBLR sangat mudah mendapat infeksi. Infeksi terutama disebabkan oleh infeksi nosokomial. Kerentanan terhadap infeksi disebabkan oleh kadar imunoglobulin serum pada bayi BBLR masih rendah, aktivitas bakterisidal neutrofil, efek sitotoksik limfosit juga masih rendah dan fungsi imun belum maksimal.

Infeksi lokal bayi cepat menjalar menjadi infeksi umum. Tetapi diagnosa dini dapat ditegakkan jika cukup waspada terhadap perubahan (kelainan) tingkah laku bayi sering menandakan infeksi umum. Perubahan tersebut antara lain : malas menetek, gelisah, letargi, suhu tubuh meningkat, frekuensi pernapasan meningkat, muntah, diare, berat badan mendadak turun.

Fungsi perawatan disini adalah memberi perlindungan terhadap bayi BBLR dari infeksi. Oleh karena itu, bayi BBLR tidak boleh kontak dengan penderita infeksi dalam bentuk apa pun. Digunakan masker dan alat pelindung diri lainnya khusus dalam penanganan bayi, perawatan luka tali pusat, perawatan mata, hidung, kulit, tindakan aseptik dan antiseptik alat - alat yang digunakan, isolasi pasien, jumlah pasien dibatasi, rasio perawat pasien yang ideal, mengatur kunjungan, menghindari perawatan yang terlalu lama, mencegah timbulnya asfiksia dan pemberian antibiotik yang tepat.

c. Pengaturan Intake

Pengaturan *Intake* adalah menentukan pilihan susu, cara pemberian dan jadwal pemberian yang sesuai dengan kebutuhan bayi BBLR. Air Susu Ibu (ASI) merupakan pilihan pertama jika bayi mampu mengisap. ASI juga dapat dikeluarkan dan diberikan pada bayi jika bayi tidak cukup mengisap. Jika ASI tidak ada atau tidak mencukupi khususnya pada bayi BBLR dapat digunakan susu formula SGM BBLR yang komposisinya mirip mirip ASI atau susu formula SGM BBLR khusus bayi BBLR.

Cara pemberian makanan bayi BBLR harus diikuti tindakan pencegahan khusus untuk mencegah terjadinya regurgitasi dan masuknya udara dalam usus. Pada bayi dalam inkubator dengan kontak yang minimal, tempat tidur atau kasur inkubator harus diangkat dan bayi dibalik pada sisi kanannya. Sedangkan pada bayi lebih besar dapat diberi makan dalam posisi dipangku. Pada bayi BBLR yang lebih kecil, kurang giat mengisap dan sianosis ketika minum melalui botol atau menetek pada ibunya, makanan diberikan melalui NGT. Jadwal pemberian makanan disesuaikan dengan kebutuhan dan berat badan bayi BBLR. Pemberian makanan interval tiap jam dilakukan pada bayi dengan Berat Badan lebih rendah.

d. Pernapasan

Jalan napas merupakan jalan udara melalui hidung, pharing, trachea, bronchiolus, bronchiolus respiratorius, dan duktus alveolaris ke alveoli. Terhambatnya jalan napas akan menimbulkan asfiksia, hipoksia dan akhirnya kematian. Selain itu bayi BBLR tidak dapat beradaptasi dengan asfiksia yang terjadi selama proses kelahiran sehingga dapat lahir dengan asfiska perinatal. Bayi BBLR juga berisiko mengalami kurangnya suplai oksigen, sehingga tidak dapat

memperoleh oksigen yang cukup yang sebelumnya di peroleh dari plasenta. Dalam kondisi seperti ini diperlukan pembersihan jalan napas segera setelah lahir (aspirasi lendir), dibaringkan pada posisi miring, merangsang pernapasan dengan menepuk atau menjentik tumit. Bila tindakan ini gagal, dilakukan ventilasi, intubasi endotrakheal, pijatan jantung dan pemberian natrium bikarbonat dan pemberian oksigen dan selama pemberian *Intake* dicegah terjadinya aspirasi. Dengan tindakan ini dapat mencegah sekaligus mengatasi asfiksia sehingga memperkecil kematian bayi BBLR.

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1. Pengkajian

Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Proses keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menentukan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosis, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan. Setiap tahap saling bergantung dan berhubungan (Abarca, 2021).

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pertama dalam proses keperawatan. Tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsi kerja serta respon klien pada saat ini dan sebelumnya. (Hendarsih, 2016).

1) Identitas klien

Pada bayi BBLR identitas klien berupa berat badan bayi <1.500 gram, jenis kelamin, usia gestasi <37 minggu (Mahayana, 2015).

2) Keluhan utama

Menurut Sartika (2016), keluhan utama yang dialami oleh bayi dengan berat badan lahir rendah dengan hipotermia karena sumber panas bagi bayi prematur baik lemak subkutan yang masih sedikit maupun *brown fat* belum terbentuk.

3) Riwayat kesehatan sekarang

Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) merupakan bayi yang baru lahir dengan berat badan <2500 gram (Kosim, 2014).

4) Riwayat kesehatan dahulu

Kehamilan usia muda yaitu <20 tahun lebih memungkinkan mengalami penyulit pada masa kehamilan dan persalinan karena belum cukup dicapainya kematangan fisik, mental dan juga fungsi organ reproduksi. Sedangkan pada usia >35 tahun, dikaitkan dengan terjadi penurunan fungsi organ reproduksi yang mempengaruhi kesehatan ibu maupun janin yang dapat mempersulit dan memperbesar risiko kehamilan (Lestari, 2018).

5) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah anggota keluarga pernah mengalami sakit keturunan seperti kelainan kardiovaskuler.

6) Riwayat kehamilan atau persalinan

a) Riwayat kehamilan

Keadaan ibu yang berisiko tinggi yang menyebabkan bayi BBLR adalah mempunyai penyakit hipertensi, toksemia, plasenta previa, abrupsi plasenta, inkontinens servikal, kehamilan kembar, malnutrisi dan diabetes melitus, status sosial ekonomi yang rendah dan tiadanya perawatan sebelum kelahiran (*prenatal care*), riwayat kelahiran prematur atau aborsi, penggunaan obat-obatan, alkohol, rokok, kafein.

b) Riwayat ibu

Umur di bawah 16 tahun atau diatas usia 35 tahun dan latar pendidikan yang kurang, rendahnya gizi, kehamilan yang berdekatan dan penyakit hubungan seksual lain (Pratiwi, 2015).

c) Riwayat persalinan

d) Riwayat post natal

7) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Riwayat nutrisi

Masalah pemberian ASI pada bayi BBLR terjadi karena ukuran tubuh bayi dengan BBLR kecil, kurang energi, lemah, lambungnya kecil dan tidak dapat menghisap. Bayi dengan BBLR sering mendapatkan pemberian ASI dalam jumlah yang lebih sedikit tetapi sering. Bayi BBLR dengan kehamilan > 35 minggu dan berat lahir 2000 gram umumnya bisa langsung menetek (Proverawati, 2016).

b) Pola makan dan minum

Air susu ibu (ASI) merupakan pilihan pertama jika bayi mampu menghisap. ASI merupakan makanan yang paling utama, sehingga ASI adalah pilihan yang harus didahulukan untuk diberikan. Bila faktor menghisapnya kurang

maka ASI dapat diperas dan diminumkan dengan sendok perlahan-lahan atau memasang sonde ke lambung. Permukaan cairan yang diberikan sekitar 200cc/kg BB/hari. Pemberian makanan interval tiap jam dilakukan pada BBLR. Reflek hisap yang lemah, sehingga pemberian minum sebaiknya sedikit demi sedikit, tetapi dengan frekuensi yang lebih sering (Sulistyorini, 2017).

c) Pola eliminasi

Umumnya klien mengalami gangguan BAB karena organ tubuh terutama pencernaan belum sempurna.

d) Pola kebersihan diri (*personal hygiene*).

Perawat dan keluarga pasien harus menjaga kebersihan pasien, terutama saat BAB dan BAK, saat BAB dan BAK harus diganti popok khusus bayi BBLR yang kering dan halus.

e) Pola tidur

Terlihat gerak bayi masih pasif, tangisannya masih merintih, meskipun keadaan lapar bayi tetap tidak menangis, bayi cenderung lebih banyak tidur dan pemalas. Tonus otot lemah sehingga bayi kurang aktif dan pergerakannya lemah

8) Pemeriksaan fisik

a) Antropometri

Berat badan normal bayi 2500-4000 gram, panjang aterm kepala ke tumit rata-rata 45-53 cm, lingkar kepala normalnya 34-39 cm, lingkar dada ukuran normal 31-33cm, lingkar lengan atas normal saat lahir 11 cm.

b) Kepala

Inspeksi : Simetris/tidak, persebaran rambut merata/tidak.

Palpasi : Fontanela menutup/tidak cekung/tidak, ubun- ubun cekung/cembung/datar, lingkaran kepala, nyeri tekan/tidak, maulding/moulase tulang kepala tumpang tindih/tidak.

c) Wajah

Inspeksi : Simetris/tidak, warna kulit sama/tidak, pucat/tidak.

Palpasi : Nyeri tekan/tidak.

d) Mata

Inspeksi : Pada saat inspeksi lihat apakah mata bayi simetris/tidak, konjungtiva normal/anemis, sklera (putih,bersih,ikterus), pupil miosis/midriasis, bersih/tidak, mata cowong/tidak, bentuk bola mata menonjol/cekung/normal.

Palpasi : Nyeri tekan/tidak

e) Hidung

Inspeksi : Pada saat inspeksi apakah hidung bayi simetris/tidak, pernapasan cuping hidung iya/tidak, adanya pembengkakan sputum hidung/tidak, ada polip/tidak, ada sekret/tidak.

Palpasi : Nyeri tekan/tidak.

f) Telinga

Inspeksi : Simetris/tidak, ada serumen/tidak, tulang rawan sudah matang/belum, ketiak ditekuk kembali/tidak

Palpasi : Daun telinga keras/lunak, ada nyeri tekan /tidak.

g) Dada dan Punggung

Inspeksi : Simetris/tidak, ada pergerakan dada/tidak, adanya penonjolan/tidak

Palpasi : Nyeri tekan/tidak adakah rabut abnormal/tidak

h) Abdomen

Inspeksi : Perut tampak buncit/kembung, pembuluh darah tampak/tidak

Palpasi : Nyeri tekan/tidak pada area abdomen

Auskultasi : Peristaltik usus dapat terdengar antara 9-30 x/menit, timpani/hipertimpani

i) Genetalia dan Anus

Pada bayi perempuan labia minora belum tertutup dengan labia mayora, pada bayi laki-laki didapatkan testis yang belum turun

j) Ekstremitas

Otot-otot masih hipotonik, kepala mengarah kesatu sisi, pergelangan kaki dan sendi lutut dalam fleksi/lurus.

k) Refleks

l) Refleks Rooting

a. Reflek ini merupakan stimulasi taktil pada pipi dan daerah mulut, bayi akan memutar kepala seakan-akan mencari puting susu. Pola perkembangan menghilang di usia 3- 7 bulan bila tak ada respons: Bayi kurang bulan (prematur) atau kemungkinan adanya kelainan sensorik.

b. Reflek *Sucking*

Reflek menghisap bila ada objek disentuh / dimasukkan ke mulut pola perkembangan menghilang di usia 3-7 bulan bila tidak ada respon, reflek menghisap dan menelan akan terjadi pada kehamilan 34 minggu, kelainan saluran pernapasan dan kelainan pada mulut termasuk langit-langit mulut.

c. Refleksi Moro/Startl

Reflek di mana bayi akan mengembangkan tangan dan jari lebar-lebar, lalu mengembalikan dengan yang cepat seakan-akan memeluk jika tiba-tiba dikejutkan oleh suara atau gerakan pola perkembangan hilang di usia 3-4 bulan bila tak ada respons, menunjukkan fraktur atau cedera pada bagian tubuh tertentu.

d. Refleksi menggenggam (Grasp)

Reflek yang timbul bila ibu jari diletakkan pada telapak tangan bayi, maka bayi akan menutup telapak tangannya, menghilang di usia 3-4 bulan bila tak ada respons menunjukkan kelainan pada saraf otak.

e. Reflek Plantar

Reflek yang timbul bila telapak kaki disentuh, maka bayi akan menutup telapak kakinya, menghilang di usia 8 bulan.

b. Analisa Data

Tabel 2.3.1. Analisa Data

| Diagnosa | Data Mayor | Data Minor |
|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Pola napas tidak efektif (D.0005) | Subjektif 1. Dispnea | Subjektif 1. Ortopnea |

| Diagnosa | Data Mayor | Data Minor |
|---------------------------|---|--|
| | Objektif 1. Penggunaan otot bantu pernafasan 2. Fase ekspirasi memanjang 3. Pola napas abnormal (takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, <i>cheyne-stokes</i>) | Objektif 1. Pernapasan pursed-lip 2. Pernapasan cuping hidung 3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat 4. Ventilasi semenit menurun 5. Kapasitas vital menurun 6. Tekanan ekspirasi menurun 7. Tekanan inspirasi menurun 8. Ekskursi dada berubah |
| Defisit nutrisi (D.0019) | Subjektif - Objektif 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal | Subjektif 1. Cepat kenyang setelah makan 3. Kram/nyeri abdomen 4. Nafsu makan menurun Objektif 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare |
| Hipotermia (D.0132) | Subjektif - Objektif 1. Kulit teraba dingin 2. Menggigil 3. Suhu tubuh dibawah nilai normal | Subjektif - Objektif 1. Akrosianosis 2. Bradikardi 3. Dasar kuku sianotik 4. Hipoglikemia 5. Hipoksia 6. Pengisian kapiler >3 detik 7. Konsumsi oksigen meningkat 8. Ventilasi menurun 9. Piloereksi 10. Takikardia 11. Vasokonstriksi perifer 12. Kutis memorata (pada neonatus) |
| Ikterik neonatus (D.0024) | Subjektif - Objektif 1. Profil darah abnormal (hemolisis, bilirubin serum total >2mg/dL, bilirubin serum rentang risiko tinggi menurut usia pada normogram spesifik waktu) 2. Membran mukosa kuning | Subjektif - Objektif - |

| Diagnosa | Data Mayor | Data Minor |
|-----------------------------|---|---|
| | 3. Kulit kuning 4. Sklera kuning | |
| Risiko infeksi (D.0142) | Faktor risiko : 1. Penyakit kronis (Diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Peningkatan paparan organisme lingkungan 4. Malnutrisi 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : a. Gangguan peristaltik b. Kerusakan integritas kulit c. Perubahan sekresi pH d. Penurunan kerja siliaris e. Ketuban pecah lama f. Ketuban pecah sebelum waktunya g. Merokok h. Stasis cairan tubuh 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder a. Penurunan hemoglobin b. Imunosupresi c. Leukopenia d. Supresi respon inflamasi e. Vaksinasi tidak adekuat | Kondisi klinis terkait : 1. AIDS 2. Luka bakar 3. Penyakit paru obstruktif kronis 4. Diabetes melitus 5. Tindakan invasi 6. Kondisi penggunaan terapi steroid 7. Penyalahgunaan obat 8. Ketuban pecah sebelum waktunya 9. Kanker 10. Gagal ginjal 11. Imunosupresi 12. <i>Lymphedema</i> 13. Leukositopenia 14. Gangguan fungsi hati |
| Risiko hipovolemia (D.0034) | Faktor risiko : 1. Kehilangan cairan secara aktif 2. Gangguan absorpsi cairan 3. Usia lanjut 4. Kelebihan berat badan 5. Status hipermetabolik 6. Kegagalan mekanisme regulasi 7. Evaporasi 8. Kekurangan <i>Intake</i> cairan 9. Efek agen farmakologis | Kondisi klinis terkait : 1. Penyakit <i>Addison</i> 2. Trauma/pendarahan 3. Luka bakar 4. AIDS 5. Penyakit <i>Chohn</i> 6. Muntah 7. Diare 8. Kolitis ulseratif 9. |

4.1.1. Perumusan Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan objektif untuk membuat diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan merupakan

proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan.

Proses diagnosa keperawatan dibagi menjadi kelompok interpretasi dan menjamin keakuratan diagnosa dari proses keperawatan itu sendiri. Perumusan pernyataan diagnosa keperawatan memiliki beberapa syarat yaitu mempunyai pengetahuan yang dapat membedakan antara sesuatu yang aktual, risiko, dan potensial dalam diagnosa keperawatan (Sulistiyorini 2015). Berdasarkan manifestasi klinis dengan BBLR, maka diagnosa yang muncul sesuai dengan SDKI, SIKI, SLKI 2018 sebagai berikut :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan deformitas dinding dada (D.0005)
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)
- c. Hipotermia berhubungan dengan kekurangan lemak subkutan (D.0132)
- d. Ikterus neonatus berhubungan dengan usia kurang dari 7 hari (D.0024)
- e. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan pertahanan tubuh sekunder (D.0142)
- f. Risiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif (D.0034)

2.3.3. Perencanaan

Tabel 2.3.2. Intervensi Keperawatan

| No | Diagnosa | Perencanaan |
|----|----------|-------------|
|----|----------|-------------|

| Keperawatan | Tujuan | Intervensi | Rasional |
|---|--|---|---|
| 1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan deformitas dinding dada (D.0005) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas membaik (L.01004), dengan kriteria hasil : a. Dispnea menurun b. Penggunaan otot bantu napas menurun c. Pemanjangan fase ekspirasi menurun | Manajemen jalan napas (I.01011) 1) Monitor pola napas 2) Monitor bunyi napas 3) Monitor seputum 4) Lakukan fisioterapi dada (jika perlu) 5) Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik, (jika perlu) 6) Berikan oksigen sesuai kebutuhan 7) Posisikan semi fowler atau fowler | 1) Pola napas yang abnormal menunjukkan kelainan 2) Bunyi napas yang abnormal menandakan kelainan 3) Adanya seret akan menghambat jalan napas 4) Fisioterapi dada digunakan untuk membuang seret yang ada 5) Penghisapan dilakukan untuk menghisap lendir yang menghambat jalan napas 6) Oksigen dapat membantu meningkatkan kadar oksigen dalam tubuh 7) Posisi semi fowler atau fowler membantu melegakan jalan napas |
| 2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik (L.030331) dengan kriteria hasil : 1) Berat badan bayi meningkat 2) Panjang badan bayi meningkat | Manajemen nutrisi (I.3119) 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 4) Monitor berat badan 5) Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum | 1) Membantu mengetahui tanda dan gejala nutrisi yang kurang dari kebutuhan tubuh 2) Membantu pasien dalam pemberian nutrisi 3) Ketidak mampuan menelan akan membutuhkan selang nasogastrik untuk pemenuhan nutrisi 4) Berat badan yang meningkat menandakan nutrisi |

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Perencanaan | |
|----|--|--|---|--|
| | | | Intervensi | Rasional |
| | | | makan, jika perlu | meningkat |
| | | | 6) Kolaborasi dengan ahli gizi | 5) Oral diberikan agar pasien merasa nyaman 6) Kolaborasi dengan ahli gizi terkait nutrisi yang diberikan |
| 3. | Hipotermia berhubungan dengan kekurangan lemak subkutaneus (D.0132) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termogulasi neonatus membaik (L.14135) dengan kriteria hasil : 1) Suhu tubuh membaik 2) Ventilasi menurun 3) Menggigil menurun | Manajemen hipotermia (I.14507) 1) Monitor suhu tubuh 2) Lakukan penghangatan passif (mis. Selimut, penutup kepala, pakaian tebal) 3) Lakukan penghangatan aktif eksternal (perawatan kangguru) | 1) Untuk mengetahui kenaikan suhu tubuh secara tiba-tiba 2) Agar bayi merasanya nyaman hangat seperti dalam perut ibu 3) Agar bayi merasanya nyaman hangat seperti dalam perut ibu |
| 4. | Ikterus neonatus berhubungan dengan usia kurang dari 7 hari (D.0024) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat (L.14125) dengan kriteria hasil : 1) Suhu kulit membaik 2) Tekstur kulit membaik 3) Hidrasi kulit meningkat 4) Elastisitas kulit meningkat | Fototerapi neonatus (I.03091) 1) Monitor ikterik pada sklera dan kulit bayi 2) Identifikasi kebutuhan cairan sesuai dengan usia gestasi dan berat badan 3) Monitor suhu dan tanda-tanda vital setiap 4 jam sekali 4) Monitor efek samping fisioterapi | 1) Observasi dilakukan untuk memantau terjadinya peningkatan kadar bilirubin 2) Kebutuhan cairan membantu bayi saat dilakukan fototerapi 3) Untuk mengetahui perkembangan bayi 4) Efek samping yang biasanya dialami bayi dengan dilakukannya |

| No | Diagnosa Keperawatan | Perencanaan | | |
|----|----------------------------|----------------------------|--|---|
| | | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| | | | | fototerapi yaitu : dehidrasi, diare, demam,dll. |
| | | | 5) Siapkan lampu fototerapi dan incubator atau kotak bayi | 5) Lampu fototerapi akan mempertahankan penyinaran untuk bayi |
| | | | 6) Lepaskan pakaian bayi kecuali popok | |
| | | | 7) Berikan penutup mata | 6) Untuk mencegah injury pada genitalia bayi |
| | | | 8) Ukur jarak antara lampu dan permukaan bayi | 7) Untuk mencegah injury pada mata bayi |
| | | | 9) Biarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan | 8) Jarak yang pas akan memaksimalkan bayi tersorot sinar lampu fototerapi |
| | | | 10) Gunakan linen berwarna putih | |
| | | | 11) Anjurkan ibu menyusui setiap 20-30 menit | 9) Ubah posisi agar seluruh tubuh bayi terkena sinar fototerapi |
| | | | 12) Anjurkan ibu menyusui sesering mungkin. | 10) Linen berwarna putih dapat memantulkan sinar |
| | | | 13) Kolaborasi pemeriksaan darah vena bilirubin direk dan indirek | 11) Karena bayi akan mengalami dehidrasi nutrisi yang diberikan haru sesering mungkin |
| | | | | 12) Karena bayi akan mengalami dehidrasi nutrisi yang diberikan haru sesering mungkin |
| | | | | 13) Pemeriksaan darah untuk mengetahui kadar bilirubin yang ada di dalam tubuh bayi |
| 5. | Risiko infeksi berhubungan | Setelah dilakukan tindakan | Pencegahan infeksi (I.14539) | |

| No | Diagnosa Keperawatan | Perencanaan | | |
|----|--|--|---|---|
| | | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| | dengan ketidakmampuan pertahanan tubuh sekunder (D.0142) | keperawatan diharapkan risiko infeksi menurun (L.14137), dengan kriteria hasil : 1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun | 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan luar 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 5) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6) Ajarkan keluarga cara mencuci tangan dengan benar 7) Ajarkan keluarga etika batuk 8) Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi 9) Kolaborasi pemberian imunisasi (jika perlu) | 1) Observasi tanda dan gejala infeksi 2) Untuk meminimalisir virus dan kuman yang ada 3) Mencegah infeksi dari petugas kesehatan atau keluarga yang menjenguk 4) Melakukan pencegahan infeksi dengan mempertahankan teknik aseptik 5) Agar keluarga dapat berhati-hati dalam merawat pasien 6) Mencegah timbulnya infeksi 7) Seret yang dikeluarkan saat batuk agar tidak kemana-mana atau sampai terkena pasien 8) Asupan nutrisi yang baik dapat mencegah terjadinya infeksi 9) Imunisasi adalah salah satu cara untuk mencegah bayi terpapar infeksi |
| 6. | Risiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara | Setelah dilakukan tindakan keperawatan status cairan membaik (L.03028), | Manajemen hipovolemia (I.15506) 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia | 1) Untuk mengetahui tanda dan gejala yang muncul |

| No | Diagnosa Keperawatan | Perencanaan | | |
|----|----------------------|---------------------------|--|--|
| | | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| | aktif (D.0034) | dengan kriteria hasil : | 2) Identifikasi penyebab hipovolemia | 2) Untuk mengetahui penyebab terjadinya hipovolemia |
| | | 1) Turgor kulit meningkat | | |
| | | 2) Output urine meningkat | 3) Monitor <i>Intake</i> dan <i>output</i> cairan | 3) Untuk mengetahui apakah cairan di dalam tubuh kurang, terpenuhi atau seimbang |
| | | 3) Membran mukosa membaik | | |
| | | | 4) Timbang berat badan pada waktu yang sama | 4) Untuk mengetahui perkembangan berat badan |
| | | | 5) Posisikan 30-40° | 5) Untuk memberikan posisi nyaman pada pasien |
| | | | 6) Anjurkan melapor jika keluaran urine <0,5 ml/kg/jam dalam 8 jam | 6) Agar segera mendapatkan penanganan yang sesuai |
| | | | 7) Kolaborasi pemberian diuretik | 7) Untuk mempercepat laju pembentukan urine |

Sumber : SDKI PPNI (2017), SLKI PPNI (2017), SIKI PPNI (2017)

2.3.4. Pelaksanaan

Implementasi adalah tahap pelaksanaan dari rencana intervensi yang dilakukan untuk tercapainya intervensi yang jelas. Implementasi merupakan tindakan asuhan keperawatan yang sudah direncanakan dalam tahap perencanaan keperawatan. Tahap implementasi dilakukan setelah rencana intervensi disusun untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan untuk mengatasi masalah kesehatan klien. Pada tahap implementasi ini perawat harus mengetahui berbagai hal seperti bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, teknik komunikasi yang efektif dan terapeutik, serta kemampuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan yang tepat (Sukmawati, 2017)

2.3.5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tindakan intelektual yang bertujuan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Perawat dapat memonitor apa saja yang terjadi selama tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, dan pelaksanaan keperawatan yang telah dilakukan terhadap pasien yang ditangani, Evaluasi yang digunakan berbentuk S (Subjektif), O (Objektif), A (Analisa), P (Perencanaan terhadap analisis), (Marpaung, 2016).