

## BAB 3

### TINJAUAN STUDI KASUS

#### Hasil Studi Dokumentasi

#### 3.1 Pengkajian

##### 1.1.1 Biodata

##### 1. Identitas Klien

- a. Nama / Nama Panggilan: By.Ny.S
- b. Tanggal lahir : 8 Mei 2020
- c. Jenis kelamin : Perempuan
- d. Agama : Islam
- e. Alamat : Jl.Sepakat,Tenayan Raya
- f. Tanggal masuk : 8 Mei 2020
- g. Tanggal pengkajian : 9 Mei 2020
- h. Diagnosa Medik : BBLR

##### 2. Identitas Orang Tua

##### 1. Ayah

- a. Nama : Muhammad Saputra
- b. Usia : 25 tahun
- c. Pendidikan : SMA
- d. Pekerjaan : buruh
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Jl. Sepakat,Tenayan Raya

##### 2. Ibu

- a. Nama : Santy Rhamadani
- b. Usia : 20 Tahun

- c. Pendidikan : SMP
- d. Pekerjaan : IRT
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Jl.Sepakat,Tenayan raya

### 3. Identitas Saudara Kandung

- a. Klien anak pertama dan tidak memiliki saudara kandung.

#### 3.1.2 Riwayat Kesehatan

##### 1. Riwayat Kesehatan Sekarang

- a. Keluhan Utama :

Bayi Ny.S masuk keruang perinatologi dikarenakan berat badan lahirnya rendah 1985 gram.

- b. Keluhan saat ini :

Bayi Ny.S berada didalam inkubator dikarenakan suhu tubuh bayi 35,9<sup>o</sup>C, akral dingin,kulit agak tipis,rambut lanugo sedikit dan jaringan lemak subkutan tipis,daya hisap dan menelan lemah, ,bayi terpasang Oral Gasrtic Tube (OGT) dan bibir tampak kering, RR 45x/menit,Nadi 136x/menit.

##### 2. Riwayat Kesehatan Lalu :

( khusus untuk anak usia 0-5 tahun)

Pre Natal Care

- a. Pemeriksaan kehamilan : 2 kali

- b. Keluhan selama hamil : muntah-muntah, ngidam dan selera makan yang kurang
- c. Kenaikan berat badan selama hamil : Berat badan sebelum hamil 45 kg, berat badan hamil 52 kg, dan tinggi badan 155 cm, Ibu tidak pernah melakukan perawatan payudara dan tidak melakukan konsultasi gizi selama hamil.

#### Natal

- a. Tempat melahirkan : Rumah Sakit
- b. Jenis persalinan : Spontan ( persalinan pervaginam ) dengan G1P0A0 36 minggu
- c. Penolong persalinan : Dokter
- d. Komplikasi waktu lahir : robek perineum

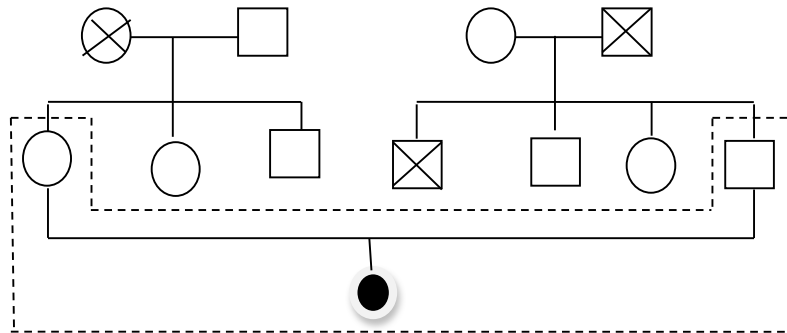
#### Post Natal

- a. Kondisi bayi : skor APGAR 8 ,BB lahir 1985 gram, PB 40 cm
- b. Apakah anak mengalami : penyakit kuning ( - ), kebiruan ( - ), kemerahan ( - ), problem menyusui (√ ).  
( Untuk Semua Umur )
- c. Penyakit yang pernah dialami : Tidak ada
- d. Kecelakaan yang pernah dialami : Tidak ada
- e. Riwayat operasi : Tidak ada
- f. Alergi : tidak ada
- g. Konsumsi obat-obatan bebas : Tidak ada
- h. Perkembangan anak dibanding saudara-saudaranya: belum mempunyai saudara kandung

#### 3. Riwayat Kesehatan Keluarga

a. Penyakit anggota keluarga : Ny.S mengatakan bahwa di keluarganya tidak ada riwayat melahirkan anak dengan berat badan lahir rendah. Keluarga klien tidak ada riwayat hipertensi, diabetes, ginjal, jantung.

b. Genogram



Keterangan :

○ : Perempuan

⊗ : Meninggal

□ : Laki-laki

----- : Tinggal serumah

● : Pasien

### 1.1.3 Riwayat Imunisasi

By.Ny.S hanya diberikan imunisasi hepatitis pada saat lahir

### 1.1.4 Riwayat Tumbuh Kembang

a. Pertumbuhan Fisik

1. Berat badan : BB lahir ( 1985 gr )
2. Tinggi badan : PB lahir ( 41 cm )
3. Waktu tumbuh gigi : Belum ada gigi

### 3.1.5 Riwayat Nutrisi

a. Pemberian ASI

1. Pertama kali disusui : Setelah lahir
2. Cara pemberian : Bayi mendapat intake oral ASI 5-10 cc setiap 3 jam melalui Oral Gastric Tube (OGT).

b. Pemberian Susu Tambahan

1. Alasan pemberian : Tidak ada
2. Jumlah pemberian : Tidak ada
3. Cara pemberian : Tidak ada

Pola perubahan nutrisi tiap tahapan usia sampai nutrisi saat ini

Tabel 3.1 pola perubahan nutrisi tiap usia

Usia	Jenis nutrisi	Lama pemberian
1. 0 – 3 bulan	ASI	Sampai sekarang
2. 4 – 12 bulan	Belum ada	Belum ada

3.1.6 Riwayat Psikososial

1. Anak tinggal di : rumah kontrakan ( bayi belum pulang kerumah)
2. Lingkungan berada di : desa
3. Rumah dekat dengan : dengan jalan raya
4. Apakah ada tangga yang bisa berbahaya : tidak ada
5. Hubungan antar anggota keluarga : harmonis
6. Pengasuh anak : orang tua

3.1.7 Riwayat Spiritual

1. Support sistem dalam keluarga : Keluarga Ny.S selalu berdoa agar bayinya cepat sembuh dan bisa pulang kerumah seperti bayi-bayi lainnya.

2. Kegiatan keagamaan : Ny.S dan suami selalu Berdoa dan Sholat.

### 3.1.8 Reaksi Hospitalisasi

a. Pemahaman keluarga tentang sakit dan rawat inap

1. Ibu membawa anaknya ke RS karena : berat badan bayi rendah

2. Apakah dokter menceritakan tentang kondisi anak : Ya

3. Bagaimana perasaan orang tua saat ini : cemas, takut, dan khawatir dengan kondisi bayinya

4. Apakah orang tua akan selalu berkunjung : Ya

5. Siapa yang akan tinggal dengan anak : ayah dan ibu

b. Pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap

Tidak dapat dikaji, karena pasien masih bayi

### 3.1.9 Aktivitas sehari-hari

1. Pola Makan

Tabel 3.2 Pola Makan

Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
1. selera makan	Tidak dapat dikaji	Reflek menghisap
2. menu makan	Tidak dapat dikaji	belum ASI
3. frekuensi makan	Tidak dapat dikaji	Tiap 3 jam
4. makanan yang disukai	Tidak dapat dikaji	-
5. makanan pantangan	Tidak dapat dikaji	-
6. ritual saat makan	Tidak dapat dikaji	-

2. Pola Minum

Tabel 3.3 Pola Minum

Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
1. jenis minuman 2. frekuensi minum 3. cara pemenuhan	Tidak dapat dikaji Tidak dapat dikaji Tidak dapat dikaji	ASI Tiap 3 jam Pemberian menggunakan Oral Gastric Tube (OGT)

### 3. Pola Bab/Bak

Tabel 3.4 Pola Bab/Bak

Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
1. tempat pembuangan 2. frekuensi (waktu) 3. konsistensi 4. kesulitan	Tidak dapat dikaji Tidak dapat dikaji Tidak dapat dikaji Tidak dapat dikaji	Pampers 3 jam Lembek dan cair Tidak ada

### 4. Istirahat tidur

Tabel 3.5 Istirahat tidur

Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
1. jam tidur 2. pola tidur 3. kesulitan	Tidak dapat dikaji Tidak dapat dikaji Tidak dapat dikaji	± 18 jam Teratur Tidak ada

### 5. Personal hygiene

Tabel 3.6 Personal hygiene

Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
1. mandi (cara dan frekuensi) 2. cuci rambut ( cara dan frekuensi )	Tidak dapat dikaji Tidak dapat dikaji	Belum dimandiiin dikarenakan bayi mengalami hipotermi suhu 35,9□ dan

		perawatan tali pusat Setiap pagi
--	--	-------------------------------------

### 3.1.10 Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum klien : lemah
- b. Tanda – tanda vital :
  1. Suhu : 35,9 °C
  2. Nadi : 136 x / menit
  3. Respirasi : 45 x / menit
  4. Tekanan darah : -
- c. Antropometri :
  1. Panjang badan : 41 cm
  2. Berat badan : 1985 gram
  3. Lingkar kepala : 30 cm
  4. Lingkar dada : 26 cm
  5. Lingkar perut : 28 cm
  6. Lila (kiri) : 8 cm
- d. Sistem pernafasan :
  1. Hidung : Normal, nafas cuping hidung (-), Frekuensi nafas 45 x/menit
  2. Leher dan kepala : Ubun-ubun tidak cekung dan tidak menonjol,wajah simetris  
tetapi gerak leher lemah
  3. Bentuk dada : normal
  4. Gerakan dada : simetris



5. Suara nafas tambahan : tidak ada
- e. Sistem kardiovaskuler :
1. Conjungtiva : normal
  2. Arteri carotis : kuat
  3. Bunyi jantung normal, murmur (-), HR: 136x/menit
- f. Sistem pencernaan
1. Bibir : bentuk bibir simetris
  2. Mulut : Normal
  3. Kemampuan menelan : belum sempurna
  4. Abdomen : Warna dinding abdomen kemerahan, edema tali pusat (-), bentuk abdomen datar,lingkar perut 28 cm
  5. Anus : normal,ditandai dengan bayi sudah BAB
  6. Genitalia : Labia mayor belum menutupi labia minor
- g. Sistem indera
1. Mata : bentuk mata simetris,tidak terdapat kotoran,bulu mata belum tumbuh,sklera tidak ikterik.
  2. Hidung : normal dan tidak ada lesi dan sumbatan
  3. Telinga : bersih dan fungsi pendengaran normal
- h. Sistem syaraf
1. Fungsi cerebral : kesadaran compos mentis
  2. Fungsi cranial : tidak ada masalah
- i. Ekstremitas
1. Atas :Bentuk simetris,jari-jari tangan lengkap,akral hangat, tidak terdapat benjolan dan lesi

2. Bawah : Bentuk simetris, jari-jari kaki lengkap, akral hangat, terpasang IVFD D5% NS Mikro drip dikaki sebelah kanan dengan 10 tetes/menit, tidak terdapat benjolan dan lesi.

### 3.1.11 Pemeriksaan tingkat perkembangan ( 0 – 6 tahun )

Dengan menggunakan DDST

#### 1. Motorik kasar

By.Ny.S baru bisa menggerakkan kaki dan tangannya jika dirangsang dan menangis.

#### 2. Motorik halus

By.Ny.S sudah mulai bisa menggenggam jari

#### 3. Bahasa

By.Ny.S hanya bisa menangis saja

#### 4. Personal sosial: -

### 3.1.12 Test Diagnostik

#### 1. Laboratorium

( hasil labor tanggal 13 Mai 2019 )

Batas Normal

Hemoglobin 17.5

14.9 – 23.7 g/dl

Hematokrit 49

47 – 75 %

Leukosit 18,5

4,8-10,8  $10^3/uL$

Eritrosit 4.09

3.7-6.5  $10^6/uL$

Trombosit 159

150-440  $10^3/uL$

MPV 11,1

7.2- 11.1 fL

PDW 14.1

9 – 13 fL

RDW-CV 16.8	11.5 – 14.5 %
MCV 105.1	85 – 123 fL
MCH 37.3	28 – 40 Pg
MCHC 35.5	29 – 37 %
Basofil 0.3	0 – 1 %
Monosit 11.4	4 – 8 %
Eosinofil 1.9	1 – 6 %
Limfosit 35	22 – 40 %
Neutrofil 51.4	53 – 62

### 3.1.13 Terapi saat ini

1. ASI eksklusif melalui Oral Gastric Tube (OGT)
2. IVFD D5%
3. Ampicillin 2x 110 mg
4. Gentamicin 1x 11 mg
5. metronidazole 1x20 mg

### 3.1.14 Data Fokus

Data Subjektif	Data Objektif
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ny.S mengatakan berat badan bayinya rendah</li> <li>2. Ny.S mengatakan suhu bayinya rendah 35,9<sup>o</sup>C dan kaki bayinya dingin</li> <li>3. Ny.S mengatakan kulit bayinya tipis</li> <li>4. Ny.S mengatakan bahwa bayinya belum bisa mengisap ASI.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bayi berada didalam inkubator dengan suhu 35,9<sup>o</sup>C</li> <li>2. Kulit agak tipis,rambut lanugo sedikit dan lemak kulit tipis</li> <li>3. Akral dingin</li> <li>4. BB 1985 gram</li> <li>5. RR 45 x/menit,Nadi136 x/menit</li> <li>6. Terpasang selang Oral Gastric Tube (OGT)</li> <li>7. Reflek menghisap dan menelan lemah</li> <li>8. Leukosit : 18,5 10<sup>3</sup>/uL</li> </ol>

### 3.1.15 Analisa Data

Tabel 3.7 Analisa Data

No	Data fokus	Etiologi	Masalah
1.	<p>Ds :</p> <p>a. Ibu bayi mengatakan berat badan bayinya rendah,kaki bayinya dingin.</p> <p>Do :</p> <p>a. Bayi berada didalam inkubator dengan suhu 35,9 °C</p> <p>b. Kulit agak tipis,rambut lanugo sedikit dan lemak kulit tipis</p> <p>c. Akral dingin</p> <p>d. Daya hisap lemah</p> <p>e. Suhu tubuh 35,9 °C</p> <p>f. BB 1985 gram</p> <p>g. RR 45 x/menit</p> <p>h. Nadi 136 x/menit</p>	Jaringan lemak subkutan tipis	Hipotermi
2.	<p>Ds :</p> <p>a. Ibu mengatakan anaknya belum bisa mengisap ASI</p> <p>Do :</p> <p>b. Terpasang selang Oral Gastric Tube (OGT)</p> <p>c. Reflek menghisap dan menelan lemah</p> <p>d. BB 1985 gram</p> <p>e. Terpasang IVFD D5%</p> <p>f. Bibir tampak kering</p>	reflek menghisap dan menelan yang belum sempurna	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3.	<p>Ds : : ibu bayi mengatakan berat badan bayi rendah dan kulit bayi tipis</p> <p>Do :</p> <p>a. BB 1985 gram</p> <p>b. Leukosit : 18,5 10<sup>3</sup>/uL</p> <p>c. Nadi : 136 x/menit</p> <p>d. Suhu : 35,9 □</p> <p>e. RR : 45 x/menit</p> <p>f. Terpasang infuse di ekstermitas bawah kanan</p>	<p>pertahanan imunologis yang kurang</p>	<p>Resiko Infeksi</p>
4.	<p>DS :</p> <p>a. Ibu dan keluarga mengatakan cemas karena kondisi bayinya</p> <p>DO :</p> <p>a. Ibu dan keluarga tampak cemas dan takut</p> <p>b. Keluarga sering bertanya-tanya tentang kondisi bayinya</p>	<p>Reaksi Hospitalisasi ansietas / cemas orang tua</p>	<p>Kondisi Bayi</p>

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Hipotermi berhubungan dengan jaringan lemak subkutan yang tipis
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflek menghisap dan menelan yang belum sempurna
3. Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan imunologis yang kurang
4. Reaksi hospitalisasi : Ansietas / cemas orang tua berhubungan dengan Kondisi Bayi

### 3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Hipotermi berhubungan dengan jaringan lemak subkutan yang tipis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan suhu bayi kembali normal dengan kriteia hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat badan mengalami penambahan</li> <li>2. Tidak terjadinya Hipotermi</li> <li>3. Tidak terjadinya Hipertmi</li> <li>4. Suhu bayi dalam batas normal 36,5 □ -37,5 □</li> <li>5. Akral hangat</li> <li>6. Bayi tidak gelisah</li> <li>7. Tidak terjadi perubahan warna pada kulit</li> <li>8. RR 30 - 60 x/menit</li> <li>9. HR 120 – 140 x/menit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Letakkan bayi dalam inkubator</li> <li>2. Monitor suhu tubuh bayi</li> <li>3. Monitor warna bayi baru lahir</li> <li>4. Pantau vital sign bayi</li> <li>5. Pertahankan suhu inkubator</li> <li>6. Observasi hipotermi bayi</li> <li>7. Pertahankan popok bayi agar tetap kering</li> <li>8. Edukasi ibu bayi untuk melakukan metode kanguru setelah keadaan bayi stabil</li> </ol> <p><b>Rasional</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga bayi agar tetap hangat</li> <li>2. Menentukan intervensi lebih lanjut</li> <li>3. Menjaga kehangatan bayi dan dapat meningkatkan berat badan bayi</li> <li>4. Menjaga kebersihan bayi dengan tetap mempertahankan kehangatan</li> </ol>
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflek menghisap dan menelan yang belum sempurna	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam kebutuhan nutrisi klien terpenuhi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV normal</li> <li>2. BB meningkat 25-30 gram/hari</li> </ol>	<p><b>Intervensi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau intake dan output</li> <li>2. pantau berat badan setiap hari.</li> <li>3. Lakukan perwatan mulut</li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Berat Badan Ideal 2500 gram</li> <li>4. Reflek hisap dan menelan kuat</li> <li>5. Tidak ada residu lambung</li> <li>6. Bibir lembab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Kaji kemampuan reflek menghisap</li> <li>5. Lakukan pengecekan residu lambung</li> <li>6. Berikan ASI 5 – 10 cc/3 jam melalui Oral Gastric Tube (OGT)</li> <li>7. ajarkan ibu cara menyiapkan ASI yang benar</li> <li>8. kelola pemberian terapi IVFD D5%</li> </ul> <p><b>Rasional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. mengetahui keseimbangan nutrisi bayi</li> <li>2. Mengetahui perkembangan bayi</li> <li>3. Memberikan kenyamanan pada bayi</li> <li>4. Indikasi bayi mampu menyerap nutrisi</li> <li>5. Mengetahui kapasitas lambung bayi</li> <li>6. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi, nutrisi yang sedikit tapi sering untuk lambung yang belum matur</li> <li>7. Mencegah kerusakan ASI untuk mencukupi kebutuhan nutrisi bayi</li> <li>8. Memberi tambahan asupan nutrisi</li> </ul>
3.	Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan imunologis yang kurang	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, klien terhindar dari infeksi, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. TTV normal</li> </ul>	<p><b>Intervensi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji tanda-tanda vital dan tanda-tanda infeksi, suhu,leukosit.</li> </ul>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu berada di rentang 36,5 ° - 37,5 °</li> <li>2. Respirasi pada rentang 40 – 60 x/menit</li> <li>3. Nadi dalam rentang 120 – 140 x/menit</li> <li>4. Jumlah leukosit dalam batas normal</li> </ol> <p>b. Tidak ada tanda – tanda infeksi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Lakukan perawatan tali pusat</li> <li>3. Gunakan tehnik aseptik sebelum dan sesudah kontak dengan bayi</li> <li>4. Anjurkan ibu mencuci tangan, membersihkan puting dan payudara dengan air matang sebelum memeras ASI</li> <li>5. Bersihkan inkubator secara berkala</li> <li>6. Kolaborasi pemeriksaan darah lengkap terutama Leukosit</li> </ol> <p><b>Rasional</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menentukan intervensi lebih lanjut</li> <li>2. Mencegah terjadinya infeksi dan mempercepat pengeringan tali pusat</li> <li>3. Meminimalkan terjadinya infeksi silang ibu dan bayi</li> <li>4. Untuk meminimalkan pertumbuhan bakteri</li> <li>5. Leukosit tinggi mengindikasikan adanya infeksi</li> </ol>
4.	<p>Reaksi hospitalisasi :          Ansietas / cemas orang tua berhubungan dengan Kondisi Bayi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan cemas, dan kecemasan ibu dan keluarga berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ibu dan keluarga dapat berpartisipasi dalam perawatan</li> </ol>	<p><b>Intervensi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meminimalkan stressor</li> <li>2. Memberikan dukungan psikologis pada Ibu dan keluarga</li> <li>3. Melibatkan orang tua dalam</li> </ol>



		pada bayi memberi ASI dan melakukan metode Kangguru care.	<p>memberikan perawatan anak</p> <p>4. Memberikan support kepada ibu dan keluarga</p> <p><b>Rasional</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. untuk mempercepat proses penyembuhan</li> <li>2. memberikan kepercayaan kepada ibu dan keluarga</li> <li>3. dapat memberi rasa aman dan mencegah ketidakpercayaan</li> <li>4. mengurangi kecemasan</li> </ol>
--	--	---	--

### 3.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan

No	Hari, Tanggal /jam	No Dx	Implementasi	Paraf
1.	Kamis, 9 Mei 2020/Jam 08.00 wib	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meletakkan bayi dalam inkubator</li> <li>2. Memonitor suhu tubuh dan warna bayi setiap 3 jam</li> <li>3. Mengukur tanda-tanda vital bayi seperti Suhu, Nadi dan pernafasan</li> <li>4. Mempertahankan suhu inkubator</li> <li>5. Mengobservasi hipotermi pada bayi</li> <li>6. Mempertahankan pakaian bayi agar tetap kering</li> <li>7. Mengedukasi ibu bayi untuk melakukan metode kanguru</li> </ol>	
		2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau berat badan setiap hari.</li> <li>2. Melakukan pengecekan residu lambung</li> <li>3. Memantau intake dan output bayi</li> <li>4. Kaji kemampuan reflek menghisap</li> <li>5. Memberikan ASI 5 – 10 cc/3 jam melalui Oral Gastric Tube (OGT)</li> <li>6. Mengajarkan ibu cara menyiapkan ASI yang benar</li> </ol>	
		3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tanda-tanda vital dan tanda-tanda infeksi</li> <li>2. Melakukan perawatan tali pusat</li> </ol>	

			<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menggunakan tehnik aseptik sebelum dan sesudah kontak dengan bayi</li> <li>4. Menganjurkan ibu mencuci tangan, membersihkan puting dan payudara dengan air matang sebelum memeras ASI</li> </ol>	
		4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan dukungan pada ibu dan keluarga dan menganjurkan ibu dan keluarga untuk banyak berdoa agar bayinya bisa pulang.</li> <li>2. Melibatkan orang tua dalam perawatan bayi seperti memberi ASI dan mengobservas metode Kangguru care.</li> </ol>	
2.	Jumat,10 Mei 2020/jam 11.00 wib	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meletakkan bayi dalam inkubator</li> <li>2. Memonitor suhu tubuh dan warna bayi setiap 3 jam</li> <li>3. Mengukur tanda-tanda vital bayi seperti Suhu,Nadi dan pernafasan</li> <li>4. Mempertahankan suhu inkubator</li> <li>5. Mengobservasi hipotermi pada bayi</li> <li>6. Mempertahankan pakaian bayi agar tetap kering</li> <li>7. Mengedukasi ibu bayi untuk melakukan metode kanguru</li> </ol>	
		2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau berat badan setiap hari.</li> <li>2. Melakukan pengecekan residu lambung</li> <li>3. Memantau intake dan output bayi</li> <li>4. Kaji kemampuan reflek menghisap</li> <li>5. Memberikan ASI 5 – 10 cc/3 jam melalui Oral Gasrtic Tube (OGT)</li> <li>6. Mengajarkan ibu cara menyiapkan ASI yang benar</li> </ol>	
		3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tanda-tanda vital dan tanda-tanda infeksi</li> <li>2. Melakukan perawatan tali pusat</li> <li>3. Menggunakan tehnik aseptik sebelum dan sesudah kontak dengan bayi</li> <li>4. Menganjurkan ibu mencuci tangan, membersihkan puting dan payudara dengan air matang sebelum memeras ASI</li> </ol>	
		4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan dukungan pada ibu dan keluarga dan menganjurkan ibu dan keluarga untuk banyak berdoa agar bayinya bisa pulang.</li> <li>2. Melibatkan orang tua dalam perawatan bayi seperti memberi ASI dan mengobservasi metode Kangguru care.</li> </ol>	

3.	Sabtu, 11 Mei, 2020/jam 15.00 wib	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meletakkan bayi dalam inkubator</li> <li>2. Memonitor suhu tubuh dan warna bayi setiap 3 jam</li> <li>3. Mengukur tanda-tanda vital bayi seperti Suhu, Nadi dan pernafasan</li> <li>4. Mempertahankan suhu inkubator</li> <li>5. Mengobservasi hipotermi pada bayi</li> <li>6. Mempertahankan pakaian bayi agar tetap kering</li> <li>7. Mengedukasi ibu bayi untuk melakukan metode kanguru</li> </ol>	
		2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau berat badan setiap hari.</li> <li>2. Melakukan pengecekan residu lambung</li> <li>3. Memantau intake dan output bayi</li> <li>4. Kaji kemampuan reflek menghisap</li> <li>5. Memberikan ASI 5 – 10 cc/3 jam melalui Oral Gastric Tube (OGT)</li> <li>6. Mengajarkan ibu cara menyiapkan ASI yang benar</li> </ol>	
		3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tanda-tanda vital dan tanda-tanda infeksi</li> <li>2. Melakukan perawatan tali pusat</li> <li>3. Menggunakan teknik aseptik sebelum dan sesudah kontak dengan bayi</li> <li>4. Menganjurkan ibu mencuci tangan, membersihkan puting dan payudara dengan air matang sebelum memeras ASI</li> </ol>	
		4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan dukungan pada ibu dan keluarga dan menganjurkan ibu dan keluarga untuk banyak berdoa agar bayinya bisa pulang.</li> <li>2. Melibatkan orang tua dalam perawatan bayi seperti memberi ASI dan mengobservasi metode Kangguru care.</li> </ol>	

### 3.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.10 Evaluasi Keperawatan

Hari, Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)	Paraf
Kamis, 9 Mei 2020	Hipotermi berhubungan dengan jaringan	<p>S : - Ibu bayi mengatakan suhu anaknya belum normal</p> <p>O : Bayi berada di inkubator, suhu bayi 35,9<sup>o</sup>C, kadaan hipotermi bayi</p>	

Jam 08.30 Wib	lemak subkutan yang tipis	<p>masih belum stabil, Berat badan bayi 1985 gram. Vital sign Suhu 35,9<sup>o</sup>C, Respirasi 45 x/m dan Nadi 136 x/m</p> <p>A : masalah belum teratasi.</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Atur suhu inkubator sesuai indikasi</li> <li>Observasi kadaan umum bayi</li> <li>Monitoring kadaan suhu bayi</li> <li>Edukasi ibu bayi untuk melakukan metode kanguru</li> </ol>	
	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflek menghisap dan menelan yang belum sempurna	<p>S : ibu bayi mengatakan bayinya belum bisa mengisap ASI</p> <p>O : Intake ASI diberikan 5-10 cc/3 jam pada bayi melalui OGT, IVFD D5%, output: Urin, Residu 0,5 cc, berat badan 1985 gram</p> <p>A : kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d reflek hisap dan menelan lemah</p> <p>P : intervensi dilanjutkan, monitor BB bayi, monitor asupan intake dan output, kaji kemampuan reflek hisap, kelola pemberian ASI 5-10 cc/3 jam</p>	
	Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan imunologis yang kurang	<p>S : ibu mengatakan paham terhadap anjuran</p> <p>O : ibu tampak mengerti dengan anjuran perawat tentang mencuci tangan, membersihkan puting dan payudara dengan air matang sebelum memeras ASI, tali pusat kering menghitam, tidak ada tanda infeksi, Leukosit : 18,5 <math>10^3</math>/uL</p>	

		<p>A : Resiko infeksi,tujuan tercapai sebagian</p> <p>P :lanjutkan intervensi ,lakukan perawatan tali pusat setiap hari, pantau leukosit, pantau tanda-tanda infeksi dan berikan antibiotik sesuai resep dokter</p>	
	<p>Reaksi hospitalisasi : Ansietas / cemas orang tua berhubungan dengan Kondisi Bayi</p>	<p>S : Ibu mengatakan ia cemas dengan kondisi anaknya</p> <p>O : Ibu dan keluarga Tampak gelisah dan cemas</p> <p>A : Masalah reaksi Hospitalisasi : ketakutan belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
<p>Jumat, 10 Mei 2020 Jam 11.30 Wib</p>	<p>Hipotermi berhubungan dengan jaringan lemak subkutan yang tipis</p>	<p>S : Ibu bayi mengatakan “iya saya bersedia melakukan metode kanguru tapi tolong di bantu”.</p> <p>O : keadaan umum bayi cukup, bayi mulai ada sedikit aktifitas, suhu bayi 36,2° (dalam rentang normal).</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>a. Obsevasi keadaan suhu tubuh bayi.</p> <p>b. Observasi keadaan umum bayi dan vital sign.</p> <p>c. Lakukan observasi pada bayi saat keluar inkubator.</p>	
	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan</p>	<p>S : ibu bayi mengatakan anaknya belum bisa mengisap ASI</p> <p>O : Intake ASI diberikan 5-10 cc/3 jam pada bayi melalui OGT,IVFD</p>	

	dengan reflek menghisap dan menelan yang belum sempurna	D5%,output : Urin dan BAB Residu 0,5 cc, berat badan 1985 gram A : kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d reflek hisap dan menelan lemah P : lanjutkan intervensi,monitor BB bayi,monitor asupan intake dan output,kaji kemampuan reflek hisap,kelola pemberian ASI 5-10 cc/3 jam	
	Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan imunologis yang kurang	S : ibu mengatakan paham terhadap anjuran O : ibu tampak mengerti dengan anjuran perawat tentang mencuci tangan, membersihkan puting dan payudara dengan air matang sebelum memeras ASI,tali pusat kering menghitam,tidak ada tanda infeksi, Leukosit : $17,5 \cdot 10^3/uL$ A :Resiko infeksi,tujuan tercapai sebagian P:lanjutkan intervensi ,lakukan perawatan tali pusat setiap hari,pantau leukosit,pantau tanda-tanda infeksi dan berikan antibiotik sesuai resep dokter	
	Reaksi hospitalisasi : Ansietas / cemas orang tua berhubungan dengan Kondisi Bayi	S :Ibu mengatakan masih cemas dengan kondisi bayinya O :Ibu dan keluarga Tampak gelisah dan cemas A :Masalah reaksi Hospitalisasi : ketakutan belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
Sabtu,11 Mei,2020/	Hipotermi berhubungan dengan jaringan	S : Ibu bayi mengatakan suhu anaknya sudah mulai normal O :	

Jam 15.30 wib	lemak subkutan yang tipis	<p>- Kadaan umum bayi baik, bayi tampak lebih aktif, suhu tubuh bayi 36,7° (36,5° - 37,5° dalam batasan normal), akral hangat, keadaan suhu bayi dalam batasan normal selama 3 kali 24 jam pengkajian.</p> <p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P:Hentikan intervensi, pertahankan/ Pantau suhu tubuh bayi.</p>	
	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflek menghisap dan menelan yang belum sempurna	<p>S : ibu bayi mengatakan anaknya belum bisa mengisap ASI</p> <p>O : Intake ASI diberikan 5-10 cc/3 jam pada bayi melalui OGT, IVFD D5%, output : Urin, berat badan 2000 gram</p> <p>A :kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d reflek hisap dan menelan lemah</p> <p>P : lanjutkan intervensi, monitor BB bayi, monitor asupan intake dan output, kaji kemampuan reflek hisap, kelola pemberian ASI 5-10 cc/3 jam.</p>	
	Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan imunologis yang kurang	<p>S : ibu mengatakan paham terhadap anjuran</p> <p>O : ibu tampak mengerti dengan anjuran perawat tentang mencuci tangan, membersihkan puting dan payudara dengan air matang sebelum memeras ASI, tali pusat kering menghitam, tidak ada tanda infeksi, Leukosit : <math>14,5 \cdot 10^3/uL</math></p> <p>A : Resiko infeksi, tujuan tercapai sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi , lakukan perawatan tali pusat setiap hari, pantau leukosit, pantau tanda-</p>	

		tanda infeksi dan berikan antibiotik sesuai resep dokter	
	Reaksi hospitalisasi : Ansietas / cemas orang tua berhubungan dengan Kondisi Bayi	S : Ibu mengatakan kecemasan sudah berkurang dikarenakan keadaan bayinya semakin membaik O : Ibu dan keluarga tidak terlalu cemas A :Masalah reaksi Hospitalisasi : ketakutan sebagian teratasi P : Intervensi dilanjutkan	