

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP MEDIS

1. Pengertian

Bayi Berat lahir Rendah (BBLR) rendah merupakan bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram. Bayi dengan berat badan rendah akan lebih mudah terkena komplikasi di antaranya hipotermi (penurunan suhu tubuh). Hal ini disebabkan karena saat dilahirkan bayi mengalami perubahan lingkungan intra uterin yang hangat ke lingkungan ekstra uterin yang relatif lebih dingin dan tipisnya lapisan lemak subcutan pada bayi yang dapat menyebabkan penurunan suhu 2-3 0C. Bayi dengan BBLR akan mengalami kesulitan dalam menyesuaikan suhu tubuh dengan lingkungan (Juwahir, 2021).

Bayi berat badan lahir rendah secara umum belum mempunyai kematangan dalam sistem pertahanan tubuh untuk beradaptasi dengan lingkungan ektrauterin, sehingga berisiko menimbulkan komplikasi terutama ketidak stabilan suhu. Ketidakstabilan suhu pada BBLR terjadi karena cadangan lemak di bawah kulit tipis, pusat pengatur panas di otak belum matang, rasio luas permukaan terhadap berat badan yang besar dan produksi panas berkurang akibat lemak coklat yang tidak memadai serta ketidakmampuan untuk menggigil (Setiyawan, 2019)

Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian bayi berat lahir rendah bisa dari faktor ibu, faktor janin, dan faktor plasenta. Faktor ibu karena riwayat keluarga yang melahirkan bayi prematur, status sosial ekonomi, status pendidikan, umur saat hamil, stres, depresi, merokok, kehamilan dengan body mass index rendah, infeksi, penyakit periodontal, kelainan uterus, riwayat pembedahan servik, perdarahan pervagina, kehamilan ganda, polihidramnion, servik yang pendek. Faktor janin meliputi kelainan kromosom (trisomy autosomal), infeksi janin kronik (inklusi sitomegali, rubella bawaan), disautonomia familial, radiasi, kehamilan ganda/kembar; aplasia pankreas. Adanya microbium pada plasenta ikut serta menjadi faktor penyebab dari bayi berat lahir rendah karena gangguan aliran oksigenasi dan nutrisi ke bayi (Indah Nurhayati, 2020)

2. Etiologi

Penyebab utama terjadinya BBLR adalah persalinan kurang bulan/ prematur dan bayi lahir kecil untuk masa kehamilan. Adapun faktor predisposisi yang mempengaruhi diantaranya faktor ibu, faktor plasenta, dan faktor janin (Rizka, 2019).

a. Penyebab utama

1) Persalinan kurang bulan/ premature

Bayi lahir ketika usia kehamilan kurang dari 37 minggu. Bayi dengan prematur mempunyai fungsi organ yang belum matang karena masa gestasi yang kurang sehingga seringkali BBLR akibat prematur mengalami penyulit atau komplikasi.

2) Bayi lahir kecil untuk masa kehamilan

Bayi lahir kecil untuk masa kehamilan adalah bayi yang mengalami hambatan pertumbuhan dalam kandungan. Hal ini dapat disebabkan oleh terganggunya sirkulasi atau efisiensi plasenta, gizi ibu, atau hambatan pertumbuhan dari bayi itu sendiri.

b. Faktor Predisposisi

1) Faktor ibu

Faktor ibu dibagi menjadi dua yaitu penyakit dan usia ibu. Penyakit bawaan dari ibu meliputi toksemia gravidarum, perdarahan antepartum, trauma fisik dan psikologis, nefritis akut, dan Diabetes mellitus. Sedangkan usia ibu hamil yang mempengaruhi kelahiran bayi dengan BBLR yaitu ibu usia kurang dari 16 tahun, ibu dengan usia lebih dari 35 tahun, dan multigravida yang jarak kelahirannya terlalu dekat.

2) Keadaan sosial

Keadaan sosial yang mempengaruhi kelahiran bayi dengan BBLR yaitu golongan sosial ekonomi yang rendah dan perkawinan yang tidak sah.

3) Sebab lain

Adapun sebab lain yang menjadi faktor predisposisi dari ibu yaitu Ibu yang perokok, Ibu peminum alkohol, dan Ibu pecandu narkotik.

4) Faktor janin

Faktor janin meliputi adanya hidramnion, kehamilan ganda, dan kelainan kromosom.

5) Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang mempengaruhi yaitu tempat tinggal dataran tinggi, adanya radiasi, adanya zat – zat racun.

3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala bayi dengan BBLR berdasarkan berat lahir dan usia kehamilan yaitu :

a. Prematuritas murni

- 1) BB < 2500 gram
- 2) Panjang badan < 45 cm
- 3) Lingkar kepala < 33 cm
- 4) Lingkar dada < 33 cm
- 5) Usia kehamilan < 37 minggu
- 6) Kulit tampak tipis dan transparan
- 7) Kepala lebih besar dari badan
- 8) Lemak subkutan kurang
- 9) Pada bayi perempuan labia minora belum tertutup oleh labia mayora dan pada laki-laki testis belum turun
- 10) Imaturnya tulang rawan dan daun telinga
- 11) Reflek tonus leher, reflek hisap, menelan serta reflek batuk lemah
- 12) Sering mengalami apnea

13) Pergerakan bayi kurang dan lemah, serta tangisan bayi lemah

b. Dismaturitas

- 1) Kulit tampak pucat atau bernoda mekonium
- 2) Kulit tampak kering, keriput dan tipis
- 3) Jaringan subkutan tipis
- 4) Bayi terlihat gesit, aktif serta kuat
- 5) Tali pusat berwarna kuning kehijauan (Wahyuni, 2021)

4. Patofisiologi

Salah satu patofisiologi dari BBLR yaitu asupan gizi yang kurang pada ibu-ibu hamil yang kemudian secara otomatis juga menyebabkan kurangnya asupan gizi untuk janin sehingga menyebabkan berat badan lahir rendah. Apabila dilihat dari faktor kehamilan, salah satu etiologinya yaitu hamil ganda yang mana pada dasarnya janin berkembang dan tumbuh lebih dari satu, maka nutrisi atau gizi yang mereka peroleh dalam rahim tidak sama dengan janin tunggal, yang mana pada hamil ganda gizi dan nutrisi yang didapat dari ibu harus berbagai sehingga kadang salah satu janin pada hamil ganda juga mengalami BBLR.

Kemudian jika dikaji dari faktor janin, salah satu etiologinya yaitu infeksi dalam rahim yang mana dapat mengganggu atau menghambat pertumbuhan janin dalam rahim yang bisa mengakibatkan BBLR pada bayi (Santoso, 2021)

5. Penatalaksanaan

Bayi dengan BBLR tidak selalu mendapatkan perawatan yang lama di rumah sakit, Hal ini tergantung pada kondisi bayi itu sendiri. Namun ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam penatalaksanaan bayi dengan BBLR. Berikut penatalaksanaan secara umum pada bayi BBLR (Rizka, 2019):

- a. Stabilisasi suhu, jaga bayi tetap hangat
- b. Jaga jalan napas tetap bersih dan terbuka
- c. Nilai segera tanda vital bayi, seperti pernapasan, denyut jantung, warna kulit, dan aktifitas
- d. Bila bayi mengalami gangguan napas, dikelola gangguan napas
- e. Bila bayi kejang, hentikan kejang dengan antikolvasan
- f. Bila bayi dehidrasi, pasang jalan intravena, berikan cairan rehidrasi IV
- g. Kelola sesuai dengan kondisi spesifik atau komplikasinya.

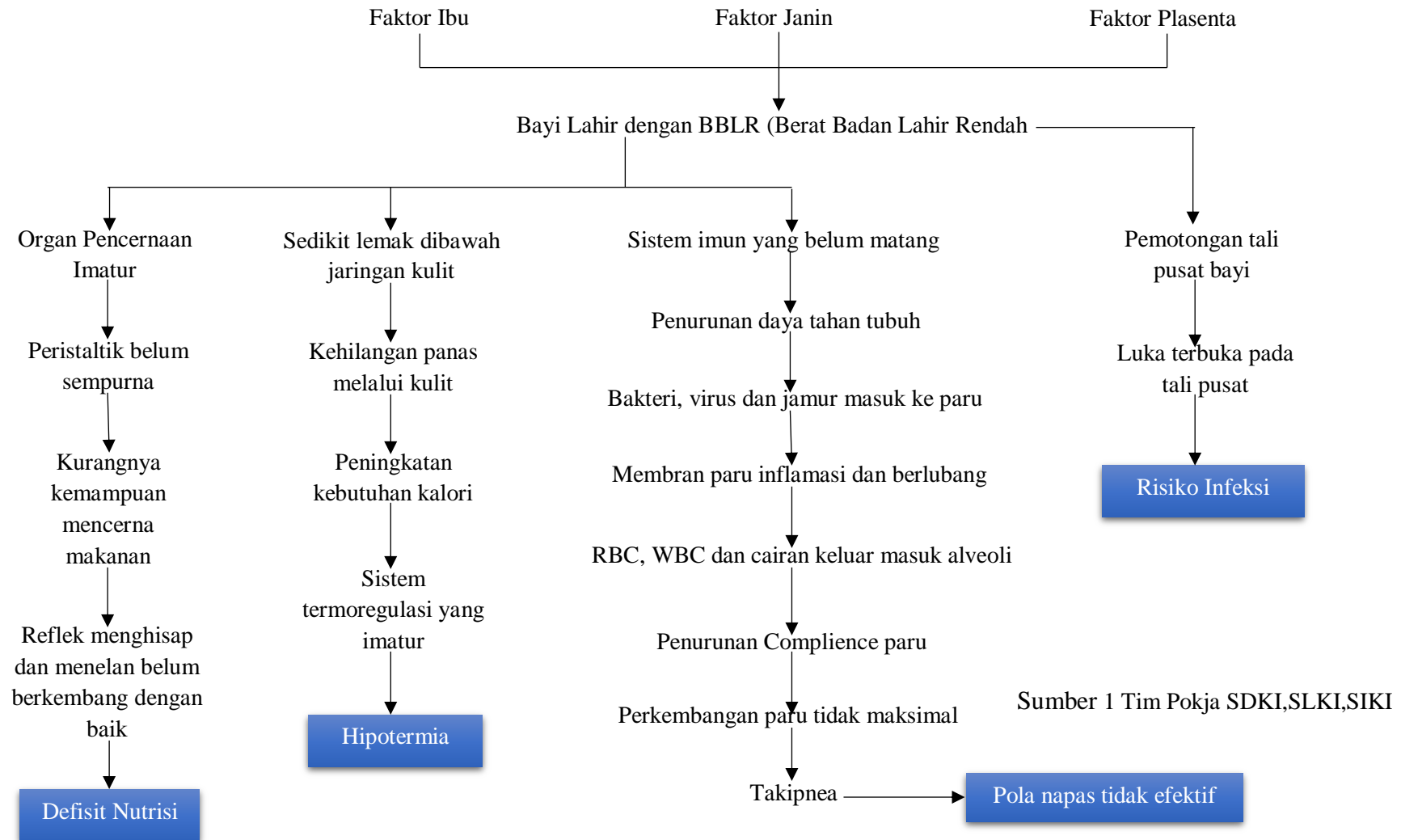
Jika fungsi organ tubuhnya baik tidak terdapat gangguan pernapasan dan dapat mengisap dengan baik maka bayi BBLR bisa dirawat di rumah. Dalam melakukan perawatan bayi BBLR di rumah hendaknya Ibu mampu cara memberi ASI dengan benar, cara memandikan, merawat tali pusat dan rajin mengganti popok. Hal yang harus diperhatikan dalam perawatan bayi BBLR dirumah yaitu sebagai berikut :

- a. Perhatikan suhu tubuh Ruangan di dalam rumah harus selalu hangat, bayi selalu diberi selimut. Adapun cara yang lain yaitu dengan :

- 1) Melakukan metode kangguru atau KMC (Kangaroo Mother Care)
- 2) Bayi dibungkus kain hangat dan kepalanya diberi topi
- 3) Bayi kecil atau bayi sakit diletakkan di ruang hangat (tidak kurang dari 25°C)
- 4) Pastikan tangan selalu hangat saat memegang bayi.

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pathways



2. Pengkajian

Menurut (Erita et al., 2019) Konsep Keperawatan Dasar Anak adalah sebagai berikut :

a. *Family Centered Care (FCC)*

1) Pengertian

Family Centered Care (FCC) atau perawatan yang berpusat pada keluarga didefinisikan sebagai filosofi perawatan berpusat pada keluarga, mengakui keluarga sebagai konstanta dalam kehidupan anak.

Family Centered Care meyakini adanya dukungan individu, menghormati, mendorong dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga. Intervensi keperawatan dengan menggunakan pendekatan family centered care menekankan bahwa pembuatan kebijakan, perencanaan program perawatan, perancangan fasilitas kesehatan, dan interaksi sehari-hari antara klien dengan tenaga kesehatan harus melibatkan keluarga. Keluarga diberikan kewenangan untuk terlibat dalam perawatan klien, yang berarti keluarga dengan latar belakang pengalaman, keahlian dan kompetensi keluarga memberikan manfaat positif dalam perawatan anak. Memberikan kewenangan kepada keluarga berarti membuka jalan bagi keluarga untuk mengetahui kekuatan, kemampuan keluarga dalam merawat anak.

Ada 2 konsep dasar pada proses filosofi family center care, yaitu enabling dan empowering. Enabling adalah dengan

menciptakan kesempatan keluarga untuk menunjukkan kemampuan dan kompetensinya yang berguna dalam memenuhi kebutuhan anak dan keluarga. Dukungan (empowering) menjelaskan interaksi profesional dengan keluarga dimana keluarga memerlukan perasaan aman terhadap kehidupan keluarganya dan mendukung perubahan yang positif sebagai dampak dari perilaku saling tolong menolong, memperkuat kemampuan dan tindakan yang diberikan

2) Manfaat penerapan *Family Centered Care* (FCC)

Manfaat penerapan family centered care adalah sebagai berikut:

- a) Hubungan tenaga kesehatan dengan keluarga semakin menguat dalam meningkatkan kesehatan dan perkembangan setiap anak.
- b) Meningkatkan pengambilan keputusan klinis berdasarkan informasi yang lebih baik dan proses kolaborasi.
- c) Membuat dan mengembangkan tindak lanjut rencana perawatan berkolaborasi dengan keluarga.
- d) Meningkatkan pemahaman tentang kekuatan yang dimiliki keluarga dan kapasitas pemberi pelayanan.
- e) Penggunaan sumber-sumber pelayanan kesehatan dan waktu tenaga profesional lebih efisien dan efektif (mengoptimalkan manajemen perawatan di rumah, mengurangi kunjungan ke unit gawat darurat atau rumah

sakit jika tidak perlu, lebih efektif dalam menggunakan cara pencegahan).

- f) Mengembangkan komunikasi antara anggota tim kesehatan.
- g) Persaingan pemasaran pelayanan kesehatan kompetitif.
- h) Meningkatkan lingkungan pembelajaran untuk spesialis anak dan tenaga profesi lainnya dalam pelatihan-pelatihan.
- i) Menciptakan lingkungan yang meningkatkan kepuasan profesional.
- j) Mempertinggi kepuasan anak dan keluarga atas pelayanan kesehatan yang diterima.

3) Elemen-elemen *Family Centered Care* (FCC)

Dalam family centered care kebutuhan semua anggota keluarga tidak hanya harus dipertimbangkan, dengan mengacu pada elemen penting family centered care yang meliputi:

- a) Memasukkan pemahaman ke dalam kebijakan dan praktik bahwa keluarga bersifat konstan dalam kehidupan anak, sementara sistem pelayanan dari personal pendukung di dalam sistem tersebut berubah-ubah.
- b) Memfasilitasi kolaborasi keluarga/profesional pada semua tingkat pelayanan keperawatan di rumah sakit, rumah, dan di masyarakat.

- c) Perawatan anak secara individual, pengembangan implementasi dan evaluasi program serta pembentukan kebijakan.
- d) Saling bertukar informasi yang lengkap dan jelas antara anggota keluarga dan profesional dalam hal dukungan tentang cara yang supportif di setiap saat.
- e) Menggabungkan pemahaman dan penghormatan terhadap keanekaragaman budaya, kekuatan dan individualitas di dalam dan diantara seluruh keluarga termasuk keanekaragaman suku, ras, spiritual, sosial, ekonomi, bidang pendidikan dan geografi ke dalam kebijakan praktik.
- f) Mengenali dan menghormati metode coping yang berbeda dan menerapkan program dan kebijakan menyeluruh yang menyediakan pelayanan perkembangan, pendidikan, emosi, lingkungan dan dukungan keuangan untuk memenuhi kebutuhan keluarga yang berbeda-beda.
- g) Mendorong dan memfasilitasi dukungan dan jaringan kerja sama keluarga dengan keluarga.
- h) Menetapkan bahwa rumah, rumah sakit, dan pelayanan masyarakat dan system pendukung untuk anak-anak yang memerlukan pelayanan kesehatan khusus dan keluarganya bersifat fleksibel, dapat diakses, dan komprehensif dalam menjawab pemenuhan kebutuhan keluarga yang berbeda sesuai yang diperlukan.

- i) Menghargai keluarga sebagai keluarga, dan anak-anak sebagai anak-anak, mengakui bahwa mereka memiliki beragam kekuatan, perhatian, emosi dan cita-cita yang melebihi kebutuhan mereka untuk mendapatkan layanan dan dukungan kesehatan serta perkembangan khususnya.

4) Prinsip *Family Centered Care* (FCC)

Beberapa prinsip *Family Centered Care* meliputi:

- a) Menghormati setiap anak dan keluarganya.
- b) Perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada anak menghormati anak dan keluarga sebagai subjek perawatan. Perawat menghormati anak dan keluarga memiliki pilihan yang terbaik bagi perawatan mereka.
- c) Menghargai perbedaan suku, budaya, sosial, ekonomi, agama, dan pengalaman tentang sehat sakit yang ada pada anak dan keluarga. Perawat menghargai perbedaan suku, budaya, sosial ekonomi, agama dan pengalaman tentang sehat sakit anak dan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan. Pelayanan yang diberikan mengacu kepada standar asuhan keperawatan dan diperlakukan sama pada semua pasien dan keluarga.
- d) Mengenali dan memperkuat kelebihan yang ada pada anak dan keluarga. Mengkaji kelebihan keluarga dan membantu mengembangkan kelebihan keluarga dalam proses asuhan keperawatan pada klien.

- e) Mendukung dan memfasilitasi pilihan anak dan keluarga dalam memilih pelayanan kesehatannya. Memberikan kesempatan kepada keluarga dan anak untuk memilih fasilitas kesehatan yang sesuai untuk mereka, menghargai pilihan dan mendukung keluarga.
- f) Menjamin pelayanan yang diperoleh anak dan keluarga sesuai dengan kebutuhan, keyakinan, nilai, dan budaya mereka. Memonitor pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan, nilai, keyakinan dan budaya pasien dan keluarga.
- g) Berbagi informasi secara jujur dan tidak bias dengan anak dan keluarga sebagai cara untuk memperkuat dan mendayagunakan anak dan keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan. Petugas kesehatan memberikan informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga, dengan benar dan tidak memihak. Informasi yang diberikan harus lengkap, benar dan akurat.
- h) Memberikan dan menjamin dukungan formal dan informal untuk anak dan keluarga. Memfasilitasi pembentukan support grup untuk anak dan keluarga, melakukan pendampingan kepada keluarga, menyediakan akses informasi support grup yang tersedia di masyarakat.
- i) Berkolaborasi dengan anak dan keluarga dalam penyusunan dan pengembangan program perawatan anak di berbagai

tingkat pelayanan kesehatan. Melibatkan keluarga dalam perencanaan program perawatan anak, meminta pendapat dan ide keluarga untuk pengembangan program yang akan dilakukan.

- j) Mendorong anak dan keluarga untuk menemukan kelebihan dan kekuatan yang dimiliki, membangun rasa percaya diri, dan membuat pilihan dalam menentukan pelayanan kesehatan anak. Petugas kesehatan berupaya meningkatkan rasa percaya diri keluarga dengan memberikan pengetahuan yang keluarga butuhkan dalam perawatan anak

b. Atraumatic Care

1) Pengertian

Atraumatic Care adalah kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan yang terapeutik oleh individu melalui pelaksanaan intervensi keperawatan untuk membatasi atau mengurangi pengalaman yang tidak menyenangkan terhadap anak dan keluarga di tatanan pelayanan kesehatan sangatlah diperlukan.

Atraumatic care atau asuhan atraumatik adalah penyediaan \ asuhan terapeutik dalam lingkungan oleh seseorang (personal) dengan melalui penggunaan intervensi yang menghilangkan atau memperkecil distres psikologis dan fisik yang dialami oleh anak-anak dan keluarga mereka dalam sistem pelayanan kesehatan.

Atraumatic care yang dimaksud di sini adalah perawatan yang tidak menimbulkan adanya trauma pada anak dan keluarga. Perawatan tersebut difokuskan dalam pencegahan terhadap trauma yang merupakan bagian dalam keperawatan anak. Perhatian khusus pada anak sebagai individu yang masih dalam usia tumbuh kembang sangat penting karena masa anak-anak merupakan proses menuju kematangan, yang mana jika proses menuju kematangan tersebut terdapat hambatan atau gangguan maka anak tidak akan mencapai kematangan.

2) Prinsip Atraumatic Care

Beberapa prinsip yang dapat dilakukan oleh perawat antara lain:

- a) Menurunkan atau mencegah dampak perpisahan dari keluarga

Dampak perpisahan dari keluarga maka anak mengalami gangguan psikologis seperti kecemasan, ketakutan, kurang kasih sayang sehingga gangguan ini akan menghambat proses penyembuhan anak dan dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak.

- b) Meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak.

Melalui peningkatan kontrol orang tua pada diri anak, diharapkan anak mandiri dalam kehidupannya, anak akan selalu berhati-hati dalam melakukan aktivitas sehari-hari, selalu bersikap waspada dalam segala hal, serta

pendidikan terhadap kemampuan dan keterampilan orang tua dalam mengawasi perawatan anak.

- c) Mencegah dan mengurangi cedera (injury) dan nyeri (dampak psikologis).

Mengurangi nyeri merupakan tindakan yang harus dilakukan dalam keperawatan anak. Proses pengurangan rasa nyeri sering kali tidak bisa dihilangkan secara cepat akan tetapi dapat dikurangi melalui berbagai teknik misalnya distraksi, relaksasi, imaginary. Apabila tindakan pencegahan tidak dilakukan maka cedera dan nyeri akan berlangsung lama pada anak sehingga dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak.

- d) Tidak melakukan kekerasan pada anak.

Kekerasan pada anak akan menimbulkan gangguan psikologis yang sangat berarti dalam kehidupan anak. Apabila ini terjadi pada saat anak dalam proses tumbuh kembang maka kemungkinan pencapaian kematangan akan terhambat, dengan demikian tindakan kekerasan pada anak sangat tidak dianjurkan karena akan memperberat kondisi anak.

- e) Modifikasi /ingkungan.

Melalui modifikasi lingkungan fisik yang bernuansa anak dapat meningkatkan keceriaan, perasaan aman dan

nyaman bagi lingkungan anak sehingga anak selalu berkembang dan merasa nyaman di lingkungannya.

c. Hospitalisasi

1) Pengertian

Hospitalisasi merupakan perawatan yang dilakukan dirumah sakit dan dapat menimbulkan trauma dan stress pada anak yang baru mengalami rawat inap dirumah sakit. Hospitalisasi dapat diartikan juga sebagai suatu keadaan yang memaksa seseorang harus menjalani rawat inap di rumah sakit untuk menjalani pengobatan maupun terapi yang dikarenakan anak tersebut mengalami sakit. Pengalaman hospitalisasi dapat mengganggu psikologi seseorang terlebih bila seseorang tersebut tidak dapat beradaptasi dengan lingkungan barunya di rumah sakit. Pengalaman hospitalisasi yang dialami anak selama rawat inap tersebut tidak hanya mengganggu psikologi anak, tetapi juga akan sangat berpengaruh pada psikososial anak dalam berinteraksi terutama pada pihak rumah sakit termasuk pada perawat.

Penelitian membuktikan bahwa hospitalisasi anak dapat menjadi suatu pengalaman yang menimbulkan trauma, baik pada anak, maupun orang tua. Sehingga menimbulkan reaksi tertentu yang akan sangat berdampak pada kerja sama anak dan orang tua dalam perawatan anak selama di rumah sakit. Oleh karena itu betapa pentingnya perawat memahami konsep

hospitalisasi dan dampaknya pada anak dan orang tua sebagai dasar dalam pemberian asuhan keperawatan.

2) Manfaat Hospitalisasi

Menurut Erita et al., (2019), cara memaksimalkan manfaat hospitalisasi anak adalah sebagai berikut :

- a) Membantu perkembangan orang tua dan anak dengan cara memberi kesempatan orang tua mempelajari tumbuh-kembang anak dan reaksi anak terhadap stressor yang dihadapi selam dalam perawatan di rumah sakit.
- b) Hospitalisasi dapat dijadikan media untuk belajar orang tua, untuk itu perawat dapat memberi kesempatan pada orang tua untuk belajar tentang penyakit anak, terapi yang didapat, dan prosedur keperawatan yang dilakukan pada anak, tentunya sesuai dengan kapasitas belajarnya.
- c) Meningkatkan kemampuan kontrol diri dapat dilakukan dengan memberi kesempatan pada anak mengambil keputusan, tidak terlalu bergantung pada orang lain dan percaya diri. Tentunya hal ini hanya dapat dilakukan oleh anak yang lebih besar, bukan bayi. Berikan selalu penguatan yang positif dengan selalu memberikan pujian atas kemampuan anak dan orang tua dan dorong terus untuk meningkatkannya.
- d) Fasilitasi anak untuk menjaga sosialisasinya dengan sesamapasien anak yang ada, teman sebaya atau teman

sekolah. Beri kesempatan padanya untuk saling kenai dan berbagi pengalamannya. Demikian juga interaksi dengan petugas kesehatan dan sesama orang tua harus difasilitasi oleh perawat karena selama di rumah sakit orang tua dan anak mempunyai kelompok sosial yang baru.

3) Reaksi anak terhadap hospitalisasi sesuai usia perkembangan anak

a) Bayi (0-1 tahun)

Bila bayi berpisah dengan orang tua, maka pembentukan rasa percaya dan pembinaan kasih sayangnya terganggu. Pada bayi usia 6 bulan sulit untuk memahami secara maksimal bagaimana reaksi bayi bila dirawat, Karena bayi belum dapat mengungkapkan apa yang dirasakannya. Sedangkan pada bayi dengan usia yang lebih dari 6 bulan, akan banyak menunjukkan perubahan.

Pada bayi usia 8 bulan atau lebih telah mengenal ibunya sebagai orang yang berbeda-beda dengan dirinya, sehingga akan terjadi "Stranger Anxiety" (cemas pada orang yang tidak dikenal), sehingga bayi akan menolak orang baru yang belum dikenal. Kecemasan ini dimanifestasikan dengan menangis, marah dan pergerakan yang berlebihan. Disamping itu bayi juga telah merasa memiliki ibunya, sehingga jika berpisah dengan ibunya akan menimbulkan "Separation Anxiety" (cemas akan

berpisah). Hal ini akan kelihatan jika bayi ditinggalkan oleh ibunya, maka akan menangis sejadi-jadinya, melekat dan sangat tergantung dengan kuat.

b) Toddler (1-3 tahun)

Toddler belum mampu berkomunikasi dengan menggunakan bahasa yang memadai dan pengertian terhadap realita terbatas. Hubungan anak dengan ibu sangat dekat sehingga perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan orang yang terdekat bagi diri anak dan lingkungan yang dikenal serta akan mengakibatkan perasaan tidak aman dan rasa cemas. Disebutkan bahwa sumber stress utama pada anak yaitu akibat perpisahan (usia 15-30 bulan). Anxietas perpisahan disebut juga "Analytic Depression'. Respon perilaku anak akibat perpisahan dibagi dalam 3 tahap, yaitu :

(1) Tahap protes (*Protest*)

Pada tahap ini dimanifestasikan dengan menangis kuat, menjerit dan memanggil ibunya atau menggunakan tingkah laku agresif agar orang lain tahu bahwa ia tidak ingin ditinggalkan orang tuanya serta menolak perhatian orang lain.

(2) Tahap putus asa (*Despair*)

Pada tahap ini anak tampak tenang, menangis berkurang, tidak aktif, kurang minat untuk bermain, tidak nafsu makan, menarik diri, sedih dan apatis.

(3) Tahap menolak (*Denial/Detachment*)

Pada tahap ini secara samar-samar anak menerima perpisahan, membina hubungan dangkal dengan orang lain serta kelihatan mulai menyukai lingkungan.

Toddler telah mampu menunjukkan kestabilan dalam mengontrol dirinya dengan mempertahankan kegiatan rutin seperti makan, tidur, mandi, toileting dan bermain. Akibat sakit dan dirawat di Rumah Sakit, anak akan kehilangan kebebasan dan pandangan egosentrisnya dalam mengembangkan otonominya. Hal ini akan menimbulkan regresi.

Ketergantungan merupakan karakteristik dari peran sakit. Anak akan bereaksi terhadap ketergantungan dengan negatifistik dan agresif. Jika terjadi ketergantungan dalam jangka waktu lama (karena penyakit kronik) maka anak akan berespon dengan menarik diri dari hubungan interpersonal.

c) Pra Sekolah (3-6 tahun)

Anak usia Pra Sekolah telah dapat menerima perpisahan dengan orang tuannya dan anak juga dapat

membentuk rasa percaya dengan orang lain. Walaupun demikian anak tetap membutuhkan perlindungan dari keluarganya. Akibat perpisahan akan menimbulkan reaksi seperti: menolak makan, menangis pelan-pelan, sering bertanya misalnya: kapan orang tuanya berkunjung, tidak kooperatif terhadap aktifitas sehari-hari.

Kehilangan kontrol terjadi karena adanya pembatasan aktifitas sehari-hari dan karena kehilangan kekuatan diri. Anak pra sekolah membayangkan bahwa dirawat di rumah sakit merupakan suatu hukuman, dipisahkan, merasa tidak aman dan kemandiriannya dihambat. Anak akan berespon dengan perasaan malu, bersalah dan takut.

Anak usia pra sekolah sangat memperhatikan penampilan dan fungsi tubuh. Mereka menjadi ingin tahu dan bingung melihat seseorang dengan gangguan penglihatan atau keadaan tidak normal. Pada usia ini anak merasa takut bila mengalami perlukaan, anak menganggap bahwa tindakan dan prosedur mengancam integritas tubuhnya. Anak akan bereaksi dengan agresif, ekspresif verbal dan dependensi.

Disamping itu anak juga akan menangis, bingung, khususnya bila keluar darah dari tubuhnya. Maka sulit bagi anak untuk percaya bahwa infeksi, mengukur tekanan

darah, mengukur suhu perrektal dan prosedur tindakan lainnya tidak akan menimbulkan perlukaan.

d) Sekolah (6-12 tahun)

Anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit akan merasa khawatir akan perpisahan dengan sekolah dan teman sebayanya, takut kehilangan ketrampilan, merasa kesepian dan sendiri. Anak membutuhkan rasa aman dan perlindungan dari orang tua namun tidak memerlukan selalu ditemani oleh orang tuanya. Pada usia ini anak berusaha independen dan produktif. Akibat dirawat di rumah sakit menyebabkan perasaan kehilangan kontrol dan kekuatan. Hal ini terjadi karena adanya perubahan dalam peran, kelemahan fisik, takut mati dan kehilangan kegiatan dalam kelompok serta akibat kegiatan rutin rumah sakit seperti bedrest, penggunaan pispot, kurangnya privacy, pemakaian kursi roda, dll.

Anak telah dapat mengekspresikan perasaannya dan mampu bertoleransi terhadap rasa nyeri. Anak akan berusaha mengontrol tingkah laku pada waktu merasa nyeri atau sakit dengan cara menggigit bibir atau menggenggam sesuatu dengan erat. Anak ingin tahu alasan tindakan yang dilakukan pada dirinya, sehingga ia selalu mengamati apa yang dikatakan perawat. Anak akan merasa takut terhadap mati pada waktu tidur.

e) Remaja (12-18 tahun)

Kecemasan yang timbul pada anak remaja yang dirawat di rumah sakit adalah akibat perpisahan dengan teman-teman sebaya dan kelompok. Anak tidak merasa takut berpisah dengan orang tua akan tetapi takut kehilangan status dan hubungan dengan teman sekelompok. Kecemasan lain disebabkan oleh akibat yang ditimbulkan oleh akibat penyakit fisik, kecacatan serta kurangnya "privacy".

Sakit dan dirawat merupakan ancaman terhadap identitas diri, perkembangan dan kemampuan anak. Reaksi yang timbul bila anak remaja dirawat, ia akan merasa kebebasannya terancam sehingga anak tidak kooperatif, menarik diri, marah atau frustrasi. Remaja sangat cepat mengalami perubahan body image selama perkembangannya. Adanya perubahan dalam body image akibat penyakit atau pembedahan dapat menimbulkan stress atau perasaan tidak aman. Remaja akan berespon dengan banyak bertanya, menarik diri dan menolak orang lain.

4) Reaksi keluarga terhadap anak yang sakit dan dirawat di rumah sakit

Seriusnya penyakit baik akut atau kronis mempengaruhi tiap anggota dalam keluarga :

a) Reaksi orang tua

Orang tua akan mengalami stress jika anaknya sakit dan dirawat dirumah sakit. Kecemasan akan meningkat jika mereka kurang informasi tentang prosedur dan pengobatan anak serta dampaknya terhadap masa depan anak. Orang tua bereaksi dengan tidak percaya terutama jika penyakit anaknya secara tiba-tiba dan serius. Setelah menyadari tentang keadaan anak, maka mereka akan bereaksi dengan marah dan merasa bersalah, sering menyalahkan diri karena tidak mampu merawat anak sehingga anak menjadi sakit

b) Reaksi Sibling

Reaksi sibling terhadap anak yang sakit dan dirawat dirumah sakit adalah marah, cemburu, bend dan bersalah. Orang tua seringkali mencurahkan perhatiannya lebih besar terhadap anak yang sakit dibandingkan dengan anak yang sehat. Hal ini akan menimbulkan perasaan cemburu pada anak yang sehat dan anak merasa ditolak

5) Faktor penyebab stress hospitalisasi pada anak

Beberapa faktor yang menyebabkan stres akibat hospitalisasi pada anak adalah:

a) Lingkungan

Saat dirawat di Rumah Sakit klien akan mengalami lingkungan yang baru bagi dirinya dan hal ini akan mengakibatkan stress pada anak.

b) Berpisah dengan keluarga

Klien yang dirawat di Rumah Sakit akan merasa sendiri dan kesepian, jauh dari keluarga dan suasana rumah yang akrab dan harmonis.

c) Kurang informasi

Anak akan merasa takut karena dia tidak tahu apa yang akan dilakukan oleh perawat atau dokter. Anak tidak tahu tentang penyakitnya dan khawatir akan akibat yang mungkin timbul karena penyakitnya.

d) Masalah pengobatan

Anak takut akan prosedur pengobatan yang akan dilakukan, karena anak merasa bahwa pengobatan yang akan diberikan itu akan menyakitkan. Dengan mengerti kebutuhan anak sesuai dengan tahap perkembangannya dan mampu memenuhi kebutuhan tersebut, perawat dapat mengurangi stress akibat hospitalisasi dan dapat meningkatkan perkembangan anak kearah yang normal.

Faktor risiko yang dapat meningkatkan stres pada anak selama hospitalisasi adalah:

- a) Temperamen yang sulit
- b) Ketidakcocokan antara anak dengan orang tua
- c) Usia antara 6 bulan - 5 tahun
- d) Anak dengan jenis kelamin laki-laki
- e) Intelegensi dibawah rata-rata

f) Stres yang berkali-kali dan terus-menerus

6) Peran perawat dalam mengurangi stress akibat hospitalisasi

Anak dan keluarga membutuhkan perawatan yang kompeten untuk meminimalkan efek negatif dari hospitalisasi. Fokus dari intervensi keperawatan adalah meminimalkan stressor perpisahan, kehilangan kontrol dan perlukaan tubuh atau rasa nyeri pada anak serta memberi support kepada keluarga seperti membantu perkembangan hubungan dalam keluarga dan memberikan informasi:

a) Mencegah atau meminimalkan dampak dari perpisahan, terutama pada anak usia kurang dari 5 tahun.

(1) Rooming In

Yaitu orang tua dan anak tinggal bersama. Jika tidak bisa, sebaiknya orang tua dapat melihat anak setiap saat untuk mempertahankan kontak dan komunikasi antara orang tua dan anak.

(2) Partisipasi Orang tua

Orang tua diharapkan dapat berpartisipasi dalam merawat anak yang sakit terutama dalam perawatan yang bisa dilakukan misal : memberikan kesempatan pada orang tua untuk menyiapkan makanan pada anak atau memandikan. Perawat berperan sebagai Health Educator terhadap keluarga.

(3) Membuat ruang perawatan seperti situasi di rumah dengan mendekorasi dinding memakai poster atau kartu bergambar sehingga anak merasa aman jika berada di ruang tersebut.

(4) Membantu anak mempertahankan kontak dengan kegiatan sekolah dengan mendatangkan tutor khusus atau melalui kunjungan teman-teman sekolah, surat menyurat atau melalui telpon.

b) Mencegah perasaan kehilangan kontrol

(1) Physical Restriction (Pembatasan Fisik)

(2) Pembatasan fisik atau imobilisasi pada ekstremitas untuk mempertahankan aliran infus dapat dicegah jika anak kooperatif. Untuk bayi dan toddler, kontak orang tua - anak mempunyai arti penting untuk mengurangi stress akibat restrain. Pada tindakan atau prosedur yang menimbulkan nyeri, orang tua dipersiapkan untuk membantu, mengobservasi atau menunggu diluar ruangan. Pada beberapa kasus pasien yang diisolasi, misal luka bakar berat, dengan menempatkan tempat tidur didekat pintu atau jendela, memberi musik, dll,

(3) Gangguan dalam memenuhi kegiatan sehari-hari
Respon anak terhadap kehilangan, kegiatan rutinitas dapat dilihat dengan adanya masalah dalam makan, tidur, berpakaian, mandi, toileting dan interaksi social.

Teknik untuk meminimalkan gangguan dalam melakukan kegiatan sehari-hari yaitu dengan "Time Structuring". Pendekatan ini sesuai untuk anak usia sekolah dan remaja yang telah mempunyai konsep waktu. Hal ini meliputi pembuatanjadual kegiatan penting bagi perawat dan anak, misal : prosedur pengobatan, latihan, nonton TV, waktu bermain, dll. Jadwal tersebut dibuat dengan kesepakatanantara perawat, orang tua dan anak.

c) Meminimalkan rasa takut terhadap perlakuan tubuh dan rasa nyeri. Persiapan anak terhadap prosedur yang menimbulkan rasa nyeri adalah penting untuk mengurangi ketakutan. Perawat menjelaskan apa yang akan dilakukan, siapa yang dapat ditemui oleh anak jika dia merasa takut, dll. Memanipulasi prosedur juga dapat mengurangi ketakutan akibat perlukaan tubuh, misal: jika anak takut diukur temperaturnya melalui anus, maka dapat dilakukan melalui ketiak atau axilla.

d) Memaksimalkan manfaat dari hospitalisasi Walaupun hospitalisasi merupakan stressfull bagi anak dan keluarga, tapi juga membantu memfasilitasi perubahan kearah positif antara anak dan anggota keluarga:

(1) Membantu perkembangan hubungan orang tua - anak

Hospitalisasi memberi kesempatan pada orang tua

untuk belajar tentang pertumbuhan dan perkembangan anak. Jika orang tua tahu reaksi anak terhadap stress seperti regresi dan agresif, maka mereka dapat memberi support dan juga akan memperluas pandangan orang tua dalam merawat anak yang sakit.

(2) Memberi kesempatan untuk pendidikan

Hospitalisasi memberi kesempatan pada anak dan anggota keluarga belajar tentang tubuh, profesi kesehatan, dll.

(3) Meningkatkan *Self - Mastery*

Pengalaman menghadapi krisis seperti penyakit atau hospitalisasi akan memberi kesempatan untuk self - mastery. Anak pada usianya lebih mudah punya kesempatan untuk mengetest fantasi atau realita. Anak yang usianya lebih besar, punya kesempatan untuk membuat keputusan, tidak tergantung dan percaya diri perawat dan memfasilitasi perasaan self-mastery dengan menekan kemampuan personal anak.

(4) Memberi kesempatan untuk sosialisasi

Jika anak yang dirawat dalam satu ruangan usianya sebaya maka akan membantu anak untuk belajar tentang diri mereka. Sosialisasi juga dapat dilakukan dengan team kesehatan selain itu orang tua juga

memperoleh kelompok social baru dengan orang tua anak yang punya masalah yang sama.

e) Memberi support pada anggota keluarga

Perawat dapat mendiskusikan dengan keluarga tentang kebutuhan anak, membantu orang tua. Mengidentifikasi alasan spesifik dari perasaan dan responnya terhadap stress memberi kesempatan kepada orang tua untuk mengurangi beban emosinya.

(1) Memberi Informasi

Salah satu intervensi keperawatan yang penting adalah memberikan informasi sehubungan dengan penyakit, pengobatan, serta prognosa, reaksi emosional anak terhadap sakit dan dirawat, serta reaksi emosional anggota keluarga terhadap anak yang sakit dan dirawat.

(2) Melibatkan Sibling

Keterlibatan sibling sangat penting untuk mengurangi stress pada anak. Misalnya keterlibatan dalam program rumah sakit (kelompok bermain), mengunjungi saudara yang sakit secara teratur, dll

7) Mempersiapkan anak untuk mendapatkan pelayanan di rumah sakit

Rumah sakit tempat dirawat mungkin merupakan tempat dan suasana baru bagi anak. Oleh karena itu, persiapan sebelum dirawat itu sangat penting. Persiapan anak sebelum dirawat di

rumah sakit didasarkan pada asumsi bahwa ketakutan akan sesuatu yang tidak diketahui.

a) Pada tahap sebelum masuk rumah sakit dapat dilakukan :

(1) Siapkan ruang rawat sesuai dengan tahapan usia dan jenis penyakit dengan peralatan yang diperlukan.

(2) Apabila anak harus dirawat secara berencana, 1-2 hari sebelum dirawat diorientasikan dengan situasi rumah sakit dengan bentuk miniatur bangunan rumah sakit.

b) Sedangkan pada hari pertama dirawat tindakan yang harus dilakukan adalah:

(1) Kenalkan perawat dan dokter yang akan merawatnya.

(2) Orientasikan anak dan orang tua pada ruangan rawat yang ada beserta fasilitas yang dapat digunakannya.

(3) Kenalkan dengan pasien anak lain yang akan menjadi teman sekamarnya.

(4) Berikan identitas pada anak. Misalnya pada papan nama anak.

(5) Jelaskan aturan rumah sakit yang berlaku dan jadwal kegiatan yang harus diikuti.

(6) Laksanakan pengkajian riwayat keperawatan.

(7) Lakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan lainnya sesuai dengan yang diprogramkan.

Pengkajian dasar bayi dengan BBLR perlu untuk dilakukan, karena bila pengkajian dilakukan dengan benar dapat dijadikan sumber informasi yang lengkap berkaitan dengan kondisi klien atau bayi serta keluarga. Pengkajian dilakukan agar petugas kesehatan dapat mengerti dan memahami masalah-masalah yang sering terjadi pada BBLR (Rizka, 2019). Berikut beberapa hal yang perlu ada dalam pengkajian :

a. Masalah yang berkaitan dengan ibu

- 1) Penyakit yang menyertai, seperti hipertensi, toksemia, plasenta previa, abrupsi plasenta, inkompeten servikal, kehamilan kembar, malnutrisi, dan Diabetes Melitus (DM).
- 2) Riwayat kelahiran prematur atau aborsi, penggunaan obat-obatan, alkohol, rokok, dan kafein.
- 3) Riwayat ibu : umur dibawah 16 tahun atau di atas 35 tahun.

b. Bayi pada saat kelahiran

Umur kehamilan biasanya antara 24 sampai 37 minggu, rendahnya berat badan saat kelahiran (kurang dari 2500 gram), kurus, lapisan lemak subkutan sedikit atau tidak ada, kepala relative besar dibanding badan, kelainan fisik yang mungkin terlihat, nilai Apgar pada 1 sampai 5 menit, 0 sampai 3 menunjukkan kegawatan yang parah, 4 sampai 6 kegawatan sedang, dan 7 sampai 10 normal.

c. Kardiovaskular

Denyut jantung rata-rata 120 sampai 160 per menit pada bagian apical dengan ritme yang teratur. Pada saat kelahiran, kebisingan jantung terdengar pada seperempat bagian interkostal, yang

menunjukkan aliran darah dari kanan ke kiri karena hipertensi atau atelektasis paru.

d. Gastrointestinal

Penonjolan abdomen, pengeluaran mekonium biasanya terjadi dalam waktu 12 jam, refleks menelan dan menghisap yang lemah.

e. Integumen

Kulit yang berwarna merah atau merah muda, kekuning-kuningan, sianosis, atau campuran bermacam warna, rambut lanugo di sekujur tubuh, kurus, kulit tampak transparan, halus dan mengkilap, kuku pendek belum melewati ujung jari, rambut jarang atau tidak ada sama sekali.

f. Muskuloskeletal

Tulang kartilago telinga belum tumbuh dengan sempurna, lembut dan lunak, tulang tengkorak dan tulang rusuk lunak, gerakan lemah dan tidak aktif.

g. Neurologis

Gerak refleks hanya berkembang sebagian, menelan dan menghisap lemah, suhu tubuh tidak stabil, gemetar, kejang, dan mata berputarputar (indikasi adanya kelainan neurologis).

h. Paru

Pernapasan 40-60 kali/ menit, pernapasan tidak teratur, terdengar suara gemerisik.

i. Ginjal

Berkemih terjadi setelah 8 jam kelahiran

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah menganalisis data subjektif dan objektif untuk membuat diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan merupakan proses perfikir 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 (Ramadhani, 2022). Berdasarkan manifestasi klinis dengan BBLR, maka diagnose yang muncul sesuai dengan SDKI, SIKI, SLKI 2018 sebagai berikut

a. Hipotermia (D.0132)

1) Pengertian

Hipotermia adalah suhu tubuh berada dibawah rentang normal tubuh.

2) Etiologi

- a) Kerusakan hipotalamus
- b) Konsumsi alkohol
- c) Berat badan ekstrem
- d) Kekurangan lemak subkutan
- e) Terpapar suhu lingkungan rendah
- f) Malnutrisi

- g) Pemaikaian pakaian tipis
 - h) Penurunan laju metabolisme
 - i) Tidak beraktivitas
 - j) Transfer panas (mis. Konduksi, konveksi, evaporasi, radiasi)
 - k) Trauma
 - l) Proses penuaan
 - m) Efek agen farmakologis
 - n) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan hipotermis
- 3) Manifestasi Klinis
- a) Gejala dan tanda mayor
 - Objektif
 - (1) Kulit teraba dingin
 - (2) Menggigil
 - (3) Suhu tubuh dibawah nilai normal
 - b) Gejala dan tanda minor
 - (1) Akrosianosis
 - (2) Brakikardi
 - (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)

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Hipotiroidisme
- b) Anoreksia nervosa
- c) Cedera batang otak
- d) Prematuritas
- e) Berat badan lahir rendah (BBLR)
- f) Tenggelam

b. Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)

1) Pengertian

Pola Napas Tidak Efektif adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

2) Etiologi

- a) Depresi pusat pernapasan
- b) Hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)
- c) Deformitas dinding dada
- d) Deformitas tulang dada
- e) Gangguan neuromuskular
- f) Gangguan neurologis (mis. Elektroensefalogram [EEG], cedera kepala, gangguan kejang)

- g) Imaturitas neurologis
 - h) Penurunan energi
 - i) Obesitas
 - j) Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
 - k) Sindrom hipoventilasi
 - l) Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas)
 - m) Cedera pada medula spinalis
 - n) Efek agen farmakologis
 - o) Kecemasan
- 3) Manifestasi Klinis
- a) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif
 - (1) Dispnea
 - Objektif
 - (1) Penggunaan otot bantu pernapasan
 - (2) Fase ekspirasi memanjang
 - (3) Pola napas Abnormal (mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes)
 - b) Gejala dan tanda minor
 - Subjektif
 - (1) Ortopnea
 - Subjektif
 - (1) Pernapasan *pursed-lip*
 - (2) Pernapasan cuping hidung

- (3) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
- (4) Ventilasi semenit menurun
- (5) Kapasitas vital menurun
- (6) Tekanan eksporasi menurun
- (7) Tekanan inspirasi menurun
- (8) Eksursi dada berubah

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Depresi sistem saraf pusat
- b) Cedera kepala
- c) Trauma thoraks
- d) *Gullian barre syndrome*
- e) *Multiple sclerosis*
- f) *Myasthenia gravis*
- g) Stroke
- h) Kuadriplegia
- i) Intoksikasi alkohol

c. Defisit Nutrisi (D.0019)

1) Pengertian

Defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

2) Etiologi

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien

- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)
- f) Faktod psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)

3) Manifestasi Klinis

a) Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- (1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

b) Gejala dan tanda minor

Subjektif

- (1) Cepat kenyang setelah makan
- (2) Kram/nyeri abdomen
- (3) Nafsu makan menurun

Objektif

- (1) Bising usung 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

4) Kondisi Klinis Terkait

a) Stroke

- b) Parkinson
- c) *Mobius syndrome*
- d) *Cerebral palsy*
- e) *Cleft lip*
- f) *Cleft palate*
- g) *Amyotrophic lateral sclerosis*
- h) Kerusakan neuromuskular
- i) Luka bakar
- j) Kanker
- k) Infeksi
- l) AIDS
- m) Penyakit Cronh's
- n) Enterokolitis
- o) Fibrosis kistik

d. Risiko Infeksi (D.0142)

1) Pengertian

Risiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

2) Etiologi

- a) Penyakit kronis (mis. Diabetes melitus)
- b) Efek prosedur invasif
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :

- (1) Gangguan peristaltik
- (2) Kerusakan integritas kulit
- (3) Perubahan sekresi pH
- (4) Penurunan kerja siliaris
- (5) Ketuban pecah lama
- (6) Ketuban pecah sebelum waktunya
- (7) Merokok
- (8) Statis cairan tubuh

f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

- (1) Penurunan hemoglobin
- (2) Imunosupresi
- (3) Leukopenia
- (4) Supresi respon inflamasi
- (5) Vaksinasi tidak adekuat

3) Manifestasi Klinis

Tidak ada

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) AIDS
- b) Luka bakar
- c) Penyakit paru obstruktif kronis
- d) Diabetes melitus
- e) Tindakan invasif
- f) Kondisi penggunaan terapi steroid

- g) Penyalahgunaan obat
- h) Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW)
- i) Kanker
- j) Gagal ginjal
- k) Imunosupresi
- l) *Lymphedema*
- m) Leukositopenia
- n) Gangguan fungsi hati

4. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana keperawatan kepada klien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi. Dalam teori perencanaan keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Perencanaan keperawatan dan disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas yang ada, sehingga rencana tindakan dapat diselesaikan dengan Spesifik, Measure, Arhievable, Rasional, Time (SMART) selanjutnya akan diuraikan rencana asuhan keperawatan dari diagnosa yang ditegakkan (SDKI, 2016) dalam (Ramadhani, 2022)

a. Hipotermia (D.0130)

SLKI : Termoregulasi Neonatus (L.14135)

1) Definisi

Termoregulasi neonatus adalah pengaturan suhu tubuh neonatus agar tetap berada pada rentang normal.

2) Ekspektasi : Membaik

3) Kriteria Hasil

Tabel 2. 1 SLKI Termoregulasi Neonatus

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Menggigil	1	2	3	4	5
Akrosianosis	1	2	3	4	5
Piloereksi	1	2	3	4	5
Konsumsi oksigen	1	2	3	4	5
Kutis memorata	1	2	3	4	5
Dasar kuku sianotik	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Suhu tubuh	1	2	3	4	5
Suhu kulit	1	2	3	4	5
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Kadar glukosa darah	1	2	3	4	5
Pengisian kapiler	1	2	3	4	5
Piloereksi	1	2	3	4	5
Ventilasi	1	2	3	4	5

SIKI : Manajemen Hipotermia (I.14507)

1) Definisi

Manajemen hipotermia adalah mengidentifikasi dan mengelola suhu tubuh dibawah rentang normal.

2) Tindakan

a) Observasi

(1) Monitor suhu tubuh

(2) Identifikasi penyebab hipotermia (mis. Terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)

(3) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (*hipotermia ringan* : takipnea, disartria, menggigil, hipertensi, diuresis ; *Hipotermia sedang* : aritmia, hipotensi, apatis, koagulopati, refleks menurun ; *Hipotermia berat* : oliguria, refleks menghilang, edema paru, asam-basa abnormal)

b) Terapeutik

(1) Sediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan, pakaian tebal)

(2) Ganti pakaian dan/atau linen yang basah

(3) Lakukan penghangatan pasif (mis. Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)

(4) Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis. Kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, perawatan metode kanguru)

(5) Lakukan penghangatan internal (mis. Infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase pertoneal dengan cairan hangat)

c) Edukasi

(1) Anjurkan makan/minum hangat

b. Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)

SLKI : Pola Napas (L.01004)

1) Definisi

Pola napas adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang memberikan ventilasi yang adekuat.

2) Ekspektasi : Membaik

3) Kriteria Hasil

Tabel 2. 2 SLKI Pola Napas

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Ventilasi semenit	1	2	3	4	5
Kapasitas vital	1	2	3	4	5
Diameter thoraks anterior-posterior	1	2	3	4	5
Tekanan ekspirasi	1	2	3	4	5

Tekanan inspirasi	1	2	3	4	5
-------------------	---	---	---	---	---

	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Dispnea	1	2	3	4	5
Penggunaan otot bantu napas	1	2	3	4	5
Pemanjangan fase ekspirasi	1	2	3	4	5
Ortopnea	1	2	3	4	5
Pernapasan <i>pursed-lip</i>	1	2	3	4	5
Pernapasan cuping hidung	1	2	3	4	5

	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Frekuensi napas	1	2	3	4	5
Kedalaman napas	1	2	3	4	5
Ekskursi dada	1	2	3	4	5

SIKI : Manajemen Jalan Napas (I.01011)

1) Definisi

Manajemen jalan napas adalah mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan napas.

2) Tindakan

a) Observasi

(1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

(2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. *Gurgling*, mengi, *wheezing*, ronkhi kering)

(3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

b) Terapeutik

(1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift* (*jaw-thrust* jika curiga trauma servikal)

(2) Posisikan semi fowler atau fowler

(3) Berikan minum hangat

(4) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu

(5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

(6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal

(7) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill

(8) Berikan oksigen, *jika perlu*

c) Edukasi

(1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, *jika tidak kontraindikasi*

(2) Ajarkan teknik batuk efektif

d) Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*

c. Defisit Nutrisi (D.0019)

SLKI : Status Nutrisi Bayi (L. 03031)

1) Definisi

Status nutrisi bayi adalah keadekuatan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan, metabolisme pada bayi.

2) Ekspektasi : Membaik

3) Kriteria Hasil

Tabel 2. 3 SLKI Status Nutrisi

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Berat badan	1	2	3	4	5
Panjang badan	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Kulit kuning	1	2	3	4	5
Sklera kuning	1	2	3	4	5
Membran mukosa kuning	1	2	3	4	5
Prematuritas	1	2	3	4	5
Bayi cengeng	1	2	3	4	5
Pucat	1	2	3	4	5
Kesulitan makan	1	2	3	4	5
Alergi makanan	1	2	3	4	5

	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Pola makan	1	2	3	4	5
Tebal lipatan kulit	1	2	3	4	5
Proses tumbuh kembang	1	2	3	4	5
Lapisan lemak	1	2	3	4	5

SIKI : Manajemen Nutrisi (I.03119)

1) Definisi

Manajemen nutrisi adalah mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang.

2) Tindakan

a) Observasi

- (1) Identifikasi status nutrisi
- (2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- (3) Identifikasi makanan yang disukai
- (4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
- (5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- (6) Monitor asupan makanan
- (7) Monitor berat badan
- (8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

b) Terapeutik

- (1) Lakukan oral *hygiene* sebelum makan, *jika perlu*
- (2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)

(3) Sajikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

(4) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

(5) Berikan suplemen makanan, *jika perlu*

(6) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik
jika asupan pral dapat ditoleransi

c) Edukasi

(1) Anjurkan posisi duduk, *jika mampu*

(2) Ajarkan diet yang diprogramkan

d) Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis.
Pereda nyeri, antimetik), *jika perlu*

(2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah
kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, *jika perlu*

d. Risiko Infeksi (D.0142)

SLKI : Tingkat Infeksi (L.14137)

1) Definisi

Tingkat infeksi adalah derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi.

2) Ekspektasi : Menurun

3) Kriteria Hasil

Tabel 2. 4 SLKI Tingkat Infeksi

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkatkan	Meningkat
Kebersihan tangan	1	2	3	4	5
Kebersihan badan	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Demam	1	2	3	4	5
Kemerahan	1	2	3	4	5
Nyeri	1	2	3	4	5
Bengkak	1	2	3	4	5
Vesikel	1	2	3	4	5
Cairan berbau busuk	1	2	3	4	5
Sputum berwarna hijau	1	2	3	4	5
Drainase purulen	1	2	3	4	5
Pluna	1	2	3	4	5
Periode malaise	1	2	3	4	5
Periode menggigil	1	2	3	4	5
Letargi	1	2	3	4	5
Gangguan kognitif	1	2	3	4	5

	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Kadar sel darah putih	1	2	3	4	5
Kultur darah	1	2	3	4	5
Kultur urine	1	2	3	4	5
Kultur sputum	1	2	3	4	5
Kultur area luka	1	2	3	4	5
Kultur feses	1	2	3	4	5
Kadar sel darah putih	1	2	3	4	5

SIKI : Pencegahan Infeksi (I.14539)

1) Definisi

Pencegahan infeksi adalah mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserah organisme patogenik.

2) Tindakan

a) Observasi

(1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

b) Terapeutik

(1) Batasi jumlah pengunjung

(2) Berikan perawatan kulit pada area edema

(3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

(4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

c) Edukasi

- (1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- (2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- (3) Ajarkan etika batuk
- (4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- (5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- (6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian imunisasi, *jika perlu*

5. Implementasi Keperawatan

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. (Ramadhani, 2022)

Implementasi yang dilakukan berdasarkan jurnal dari Kurniasih (2022) yaitu perawatan metode kanguru, metode ini dapat membuat suhu tubuh bayi menjadi stabil karena bayi yang berada di dalam perawatan metode kanguru akan merasa seperti ada dalam rahim ibunya, selain itu perawatan metode kanguru ditujukan untuk membantu mempercepat proses peningkatan suhu tubuh bayi serta

dapat menstabilkan suhu tubuh pada bayi yang mengalami berat badan lahir rendah.

6. Evaluasi Keperawatan

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) yang mengacu pada SLKI sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan yaitu hipotermia, pola napas tidak efektif dan defisit nutrisi (Ramadhani, 2022).

C. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

1. Menurut jurnal penelitian dari (Kurniasih, 2022) yang berjudul “Perawatan Metode Kanguru Meningkatkan Suhu Tubuh Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah” yang menyatakan bahwa Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah badan kurang dari 2500 gram yang mempunyai kontribusi terhadap kematian bayi khususnya pada masa perinatal, salah satu intervensi yang dapat dilakukan dengan metode kanguru, metode ini dapat membuat suhu tubuh bayi menjadi stabil karena bayi yang berada di dalam perawatan metode kanguru akan merasa seperti ada dalam rahim ibunya, selain itu perawatan metode kanguru ditujukan

untuk membantu mempercepat proses peningkatan suhu tubuh bayi serta dapat menstabilkan suhu tubuh pada bayi yang mengalami berat badan lahir rendah. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui Perawatan Metode Kanguru Meningkatkan Suhu Tubuh Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah di ruang Perinatologi Rumah Sakit K.R.M.T Wongsonegoro Semarang. Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah metode deskriptif. Didapatkan hasil adanya peningkatan suhu tubuh dari 36,3°C dan 36,5°C sampai 36,9°C dan 36,8°C. Perawatan metode kanguru dapat meningkatkan suhu tubuh, hal ini terbukti pada pasien 1 dan pasien 2 tidak mengalami suhu tubuh dibawah normal. Metode kanguru merupakan cara yang sederhana untuk merawat bayi baru lahir dimana ibu menggunakan suhu tubuhnya untuk menghangatkan bayinya.

2. Menurut jurnal penelitian dari (Setiyawan, 2019) yang berjudul “Pengaruh Pelaksanaan *Kangaroo Mother Care* (KMC) Selama Satu Jam Terhadap Suhu Tubuh Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatologi RSUD Pandan Arang Boyolali” yang menyatakan bahwa Bayi berat badan lahir rendah secara umum belum mempunyai kematangan dalam sistem pertahanan tubuh untuk beradaptasi dengan lingkungan ektrauterin, sehingga berisiko menimbulkan komplikasi terutama ketidak stabilan suhu. Ketidakstabilan suhu pada BBLR terjadi karena cadangan lemak di bawah kulit tipis, pusat pengatur panas di otak belum matang, rasio luas permukaan terhadap berat badan yang besar dan produksi panas berkurang akibat lemak coklat yang tidak memadai

serta ketidakmampuan untuk menggigit adanya ketidakseimbangan panas (hipertermi dan hipotermi), bayi baru lahir akan berusaha menstabilkan suhu tubuhnya terhadap faktor-faktor penyebab. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pelaksanaan Kangaroo Mother Care (KMC) selama satu jam terhadap suhu tubuh Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatologi RSUD Pandan Arang Boyolali. Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah *quasy eksperimenta* dengan rancangan *one group*. Hasil penelitian ini didapatkan rata-rata suhu tubuh pada Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di ruang Perinatologi RSUD Pandan Arang Boyolali sebelum dan setelah pelaksanaan KMC selama satu jam hari pertama, kedua, ketiga adalah 36,66⁰C dan 37,07⁰C. Terdapat pengaruh pelaksanaan Kangaroo Mother Care (KMC) selama satu jam terhadap suhu tubuh Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di ruang Perinatologi RSUD Pandan Arang Boyolali ($p < 0,05$).

3. Menurut jurnal penelitian dari (Nugraeny, 2020) yang berjudul “Pengaruh Perawatan Metode Kangguru (PMK) Terhadap Kenaikan Suhu Tubuh Pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Di RS Mitra Medika Medan” yang menyatakan hipotermia termasuk kondisi kesehatan yang membutuhkan penanganan medis darurat. Keadaan ini terjadi saat temperatur tubuh menurun drastis di bawah suhu normal yang dibutuhkan oleh metabolisme dan fungsi tubuh yaitu di bawah 35⁰C.. Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui suhu tubuh sebelum dan sesudah dilakukan perawatan PMK serta pengaruhnya terhadap

kenaikan suhu tubuh pada bayi berat badan lahir rendah (BBLR) di RS Mitra Medika Medan. Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah *pre eksperimen*. Hasil penelitian menunjukkan Sebelum dilakukan perawatan metode kangguru (PMK) suhu tubuh bayi BBLR pada hari I, II dan III mayoritas hipotermi sedang (32°C - $36,4^{\circ}\text{C}$). Setelah dilakukan perawatan metode kangguru (PMK) suhu tubuh bayi BBLR pada hari I, II dan III mayoritas suhu tubuh normal ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$). Hal ini menunjukkan bahwa, ada pengaruh perawatan metode kangguru (PMK) terhadap kenaikan suhu tubuh pada bayi berat badan lahir rendah (BBLR) di RS Mitra Medika Medan.