

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Lokasi penelitian dilakukan di RSUD Ende yang merupakan salah satu Rumah Sakit Pemerintah bertipe C yang berada di jalan Prof. W. Z. Yohanes. Sebagai salah satu pelayanan Kesehatan, RSUD Ende telah menyediakan berbagai fasilitas pelayanan antara lain, instalasi gawat darurat, instalasi rawat jalan (poli penyakit dalam, poli bedah, poli kandungan, poli anak, poli gigi, poli fisioterapi), instalasi rawat inap (ruang penyakit dalam, ruang rawat penyakit bedah, ruang rawat penyakit kandungan dan kebidanan, ruang rawat penyakit anak, ruang rawat perinatal, ruang rawat intensif/ICU, ruang rawat paviliun, ruang perawatan khusus), unit penunjang medis (farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisioterapi) sedangkan unit penunjang non medis (administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, instalasi pemeliharaan sarana Rumah Sakit/IPSRS, unit kamar jenazah, bilik asuh, sentral oxygen dan sistem informasi manajemen Rumah Sakit.

Ruangan perinatal merupakan salah satu ruangan rawat inap yang melakukan perawatan kepada bayi-bayi yang mengalami gangguan kesehatan dan tidak bisa dirawat gabung dengan ibunya. Ruangan Perinatal terdiri dari 1 ruang perawat atau ners station, 4 ruang perawatan dengan 17 bed, diantaranya 1 bed diruangan tindakan, 8 bed dilevel I, 4 bed dilevel II, dan 4 bed dilevel III (NICU), 1 ruang perawatan, 1 ruang pojok laktasi.

2. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 28 Januari 2025 pada pasien berinisial By. Ny. W. M yang lahir pada tanggal 26 Januari 2025, berumur 2 hari, berjenis kelamin laki-laki, alamat jalan Samratulangi dan beragama Katolik dengan diagnosa medis BBLR.

a. Biodata Pasien

By. Ny. W. M berumur 2 hari, pasien dirawat di ruang perinatal kamar NICU, pasien beragama Katolik, beralamat di jalan Samratulangi dan pasien merupakan anak kedua. Penanggung jawab pasien yaitu Tn. F. G yang berumur 20 tahun beragama Katolik, bekerja sebagai mahasiswa, yang berasal dari Boawae. Pengkajian dilakukan pada tanggal 28-31 Februari 2025

b. Keluhan Utama

By. Ny. W. M dilahirkan pada tanggal 26 Februari 2025 di RSUD Ende secara normal dengan usia kehamilan 34 minggu dengan berat badan lahir klien 1.800g. Sesudah dilahirkan kemudian klien langsung dipindahkan ke ruangan perinatal khususnya ke ruang tindakan untuk mendapatkan penanganan yang lebih lanjut. Setelah beberapa jam kemudian klien dipindahkan ke ruangan NICU untuk mendapatkan perawatan yang intensif.

c. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

1) Antenatal Care (ANC)

Ibu pasien mengatakan selama hamil dirinya melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 5 kali dan hanya mendapatkan imunisasi kahamilan sebanyak 1 kali yakni imunisasi TT di Puskesmas Boawae dan RSUD Raja dengan HPHT 1Juni 2024 dan HPL 23 Maret 2025, selama pemeriksaan ibu pasien mendapatkan obat-obatan berupa SF, Vit. C, Kalk serta pendidikan kesehatan yang ia dapatkan seperti makan-makanan yang bergizi, minum air putih yang cukup, dan minum obat yang teratur. Ibu pasien mengatakan pada saat awal kehamilan kira-kira 1-3 bulan pertama dirinya mengalami mual-muntah di pagi hingga siang hari sehingga tidak bisa makan dan hanya bisa mengandalkan air putih dan pada sore hingga malam hari ibu pasien baru bisa makan. Ibu pasien mengatakan pada usia kehamilan 4-7 bulan ia mulai makan tetapi dalam porsi kecil, makan 1-3 kali sehari serta tidak ada pantangan saat kehamilan. Ibu pasien mengatakan ia sering melakukan aktivitas yang berat seperti mencuci pakaian dalam jumlah banyak, mengangkat air dan berjalan kaki dikarekan ibu pasien sedang berkuliah disalah satu kampus di Kota Ende dan jarak dari tempat tinggal ke kampus cukup dekat sehingga ibu pasien sering mangalami sakit pinggang serta kelelahan. Ibu pasien mengatakan selama kehamilan ia rajin untuk mengkonsumsi makanan tambahan seperti susu ibu hamil ataupun biskuit khusus ibu hamil. Ibu pasien juga

mengatakan bahwa selama kehamilan berat badannya bertambah yang awalnya 50kg naik hingga 55,5kg.

2) Intranatal Care (INC)

Ibu pasien mengatakan awal persalinannya ia merasa sakit perut bagian bawah kurang lebih 2-5 menit dan semakin lama semakin rasa sakit mulai bertambah hingga area pinggang serta keluarnya bercak darah dan pada saat itu juga suaminya langsung membawa ibu klien ke RSUD Ende. Waktu persalinan 1-3 jam, persalinan dilakukan secara normal di RSUD Ende dengan usia kehamilan 34 minggu dan bayi lahir pada pukul 21.20 WITA. Ibu pasien mengatakan tidak mengalami komplikasi saat persalinan berlangsung.

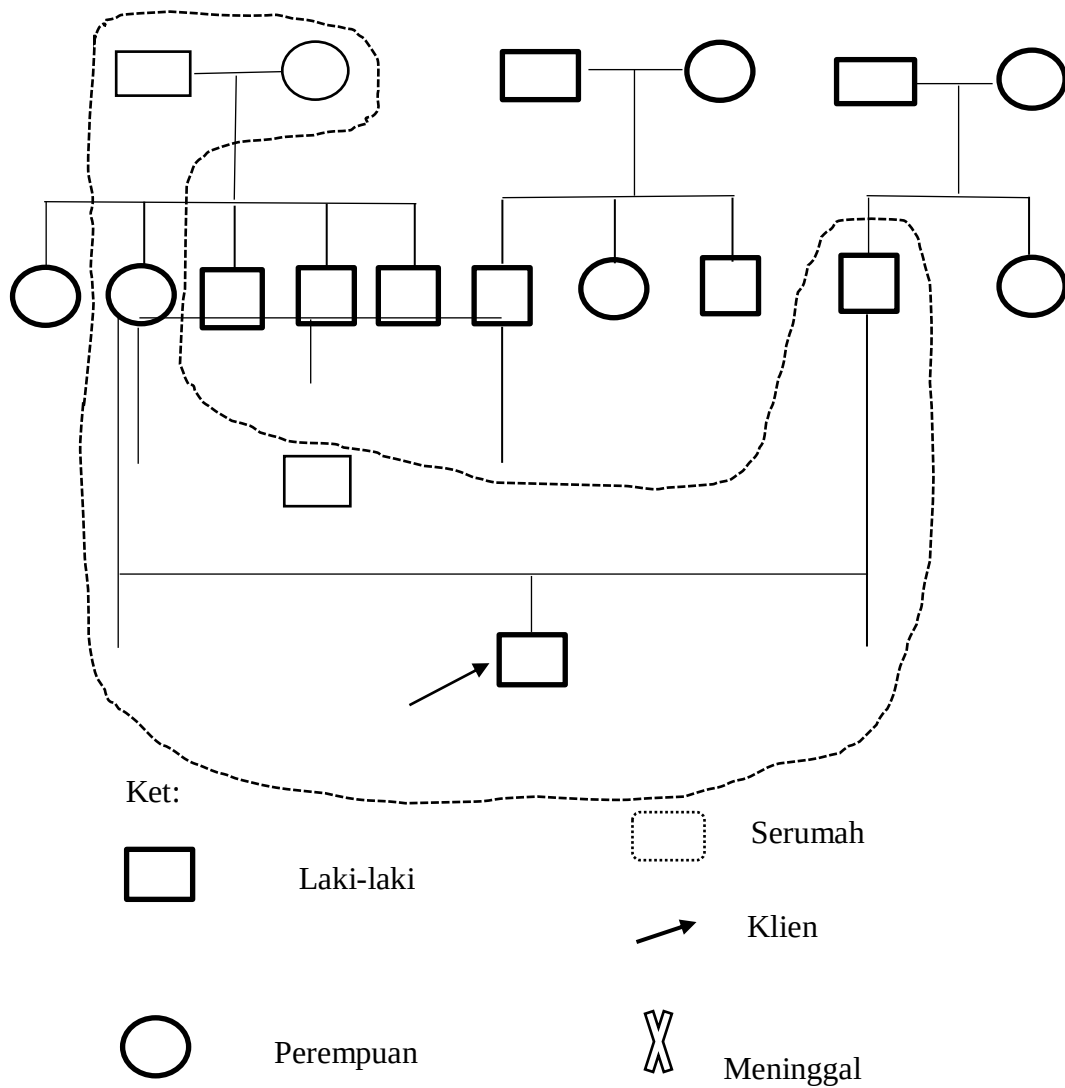
3) Post Natal Care (PNC)

Setelah lahir pasien bernapas spontan, APGAR SCORE 8 dimenit pertama dan 9 dimenit kelima ,dengan berat lahir 1.800 gram, panjang badan 44 cm, lingkar kepala 29 cm, lingkar perut 28 cm, lingkar dada 28 cm, lingkar lengan 20 cm, kulit lemak subkutan tipis. obat-obatan yang didapatkan oleh klien berupa Hb0. Interaksi ibu dan pasien kualitasnya rendah dikarenakan pasien dan ibunya dirawat terpisah dan ibunya merasa cemas dengan kondisi bayinya kerana ibu klien tidak melakukan insiasi menyusui dini (IMD). Ibu pasien hanya bisa memberikan asi dengan cara mengisi asi dalam dot yang kemudian diberikan atau dilayani kepada klien melalui OGT.

d. Riwayat Keluarga

Ibu pasien mengatakan bahwa sebelumnya dirinya pernah mempunyai riwayat BBLR sebelumnya pada anak pertamanya tetapi dengan pasangan yang berbeda.

Genogram :



e. Riwayat Sosial

Ibu pasien mengatakan keluarga yang dapat dihubungi ialah suaminya dan keluarganya sendiri.

f. Riwayat Psikologis

Ny. W. M mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan pasien serta menanyakan tentang keadaan pasien baik secara langsung maupun tidak langsung (*via whatsapp*)

g. Keadaan Saat Ini

Pasien dengan diagnosa medis BBLR, pasien berusia 2 hari, tampak lemah, berat badan 1.800 gram kulit lemak subkutan tipis. Status nutrisi klien Asi/OGT 3cc/6jam dan terpasang infus dengan cairan infus D1/2 drip 6cc/jam. Terdapat beberapa tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien seperti pemasangan O₂ CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) Babel, pemasangan infus, pemasangan OGT, pengaturan posisi tidur, pemberian penghangatan aktif eksternal menggunakan plastik bening dan selimut bayi serta meletakkan klien di bawah infant warmer dan memantau tanda-tanda vital.

h. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : pasien tampak lemah, tampak kecil, mukosa bibir kering, kulit teraba dingin, kulit tampak merah, akral teraba dingin, kulit lemak subkutan tipis sehingga bisa terlihat pembuluh darah, banyak lanugo pada tangan, perawatan di bawah infant warmer, berat badan 1.800 gram, panjang badan 44 cm, lingkar kepala 29 cm, lingkar dada 28 cm,

lingkar perut 28 cm, lingkar lengan 20 cm. Tanda-tanda vital : suhu 36,3⁰C, RR 42x/menit, HR 124x/menit, SPO² 97%, CRT<3detik.

1) Refleks :

- a) Refleks kejut (*Reflex Moro*) : pasien menunjukkan refleks kaget pada saat diberi rangsangan dengan bunyi ketukan yang besar
- b) Refleks Menggenggam (*Gaspig/Palmar Grasp Reflex*) : pasien menunjukkan refleks menggenggam namun belum kuat
- c) Refleks Menghisap (*Sucking reflex*) : pasien menunjukkan refleks menghisap masih lemah
- d) Refleks Mencari (*Rooting Reflex*) : pasien menunjukkan refleks mencari pada saat diberi rangsangan disekitar area mulut
- e) Refleks berkedip (*Glabella Reflex*) : pasien menunjukkan refleks mengerutkan dahi pada saat diberi rangsangan ketukan pada dahi
- f) Refleks telapak kaki (*Babinski Refleks*) : pasien menunjukkan refleks mencengkrang pada saat diberi rangsangan usapan pada telapak kaki
- g) Refleks leher (*Tonic Neck Reflex*) : pasien menunjukkan refleks dimana kekuatan otot ekstremitas klien meningkat saat klien menoleh ke sisi kiri dan kanan.

2) Tonus/aktivitas : gerak masih lemah, menangis keras

3) Kepala/leher : bentuk bulat, ubun-ubun cembung, sutura sagitalis tepat, rambut tipis, lurus dan hitam, wajah simetris, tidak terdapat caput secedeneum dan cepalohematoma.

- 4) Mata : simetris antara kiri dan kanan, mata tampak bersih
- 5) Telinga : simetris, bersih, daun telinga lunak dan lentur
- 6) Hidung : normal, bersih, terpasang O₂ CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) Babel FIO 35% 8 lpm
- 7) Mulut : normal, reflex menghisap dan menelan masih lemah, terpasang OGT, membran mukosa kering, tampak sisa-sisa residu asi
- 8) Abdomen : inspeksi : kembung, terpasang infus pada umbilicus; palpasi : lunak; auskultasi : tidak terdengar bunyi peristaltik usus
- 9) Thoraks : inspeksi : simetris, terdapat retraksi dinding dada, putting susu belum terbentuk
- 10) Paru-paru : suara nafas ronchi, RR 42x/menit, menggunakan O₂ CPAP(Continuous Positive Airway Pressure) Babel FIO 35% 8 lpm
- 11) Jantung : auskultasi : bunyi normal, HR 124x/menit
- 12) Ekstermitas
 - a) Ekstermitas atas : simetris, terdapat lanugo disekitar tangan, jari-jari lengkap, tidak ada kelainan, gerak lemah, refleks menggenggam belum kuat.
 - b) Ekstermitas bawah : simetris, jari-jari lengkap, akral teraba dingin, gerak lemah, tidak ada kelainan
- 13) Genitalia : laki-laki normal, testis belum turun dan normalnya pada BBLR testis akan turun pada usia 6 bulan.
- 14) Anus : normal

15) Kulit : tampak kemerahan, kulit lemak tipis dan bisa terlihat pembuluh darah, teraba dingin

16) Suhu : 36,0°C

i. Pengkajian Perpola

a) Pola eliminasi :

a) BAB (Buang Air Besar) : pasien BAB 1 kali dalam sehari dengan konsistensi encer, berwarna kuning kehijauan, bau khas feses bayi pada umumnya dan menggunakan pampers

b) BAK (Buang Air Kecil) : pasien BAK menggunakan pampers dan diganti 3 kali dalam sehari

b) Pola Nutrisi

Berat badan pasien 1.800 gram, refleks menghisap dan menelan masih lemah, saat ini pasien mendapatkan nutrisi asi/OGT 3cc/6 jam.

c) Pola napas

Pernapasan belum teratur dan terdapat retraksi dinding dada dengan frekuensi pernapasan 42x/menit serta terpasang O2CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) Babel FIO 35% 8 lpm.

d) Pola sirkulasi : suhu tubuh 36,3°C.

e) Pola aktivitas : gerakan pasien masih lemah, tangisan keras, pasien lebih banyak tidur dan hanya bergerak sedikit jika merasa terganggu, rata-rata tidur pasien 22-23 jam perhari.

j. Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.1 Hasi Pemeriksaan Darah Tanggal 26 Januari 2025

	Result	Flags	Unit	Expected values
WBC	8.9*		$10^3/\text{wl}$	4,0 / 10,0
LYM	5,8*H		$10^3/\text{WL}$	0,8 / 4,0
MID	0,6*		$10^3/\text{WL}$	0,1 / 1,5
GRA	2,5*		$10^3/\text{WL}$	2,0 / 7,0
LYM%	64,7*H		%	20,0 / 40,0
MID%	7,0 *		%	3,0 / 15,0
GRA%	28,3*L		%	50,0 / 70,0
RBC	4,79		$10^6/\text{WL}$	4,00 / 5,0
HGB	16,7 H		g/dL	14,0 / 16,0
HCT	50,9		%	40,0 / 54,0
MCV	106,2 H		fL	80,0 / 100,0
MCH	34,9		pg	27,0 / 34,0
MCHC	32,8		g/dL	32,0 / 36,0
RDW	12,4		%	11,0 / 16,0
PLT	247		$10^3/\text{WL}$	150 / 400
MPV	7,7		fL	6,5 / 12,0

k. Obat/Therapy

Terapi dan pengobatan yang diberikan kepada pasien saat dirawat di ruang Perinatal adalah O₂ CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) Babel, OGT, ampicillin, gentamicin, NaCl, KCL, Ca Gluconate.

Table 4.2. Therapy Pengobatan

Nama Obat	dosis	Indikasi
O ₂ CPAP Babel	8 lpm	Membantu menjaga alveolus agar tetap terbuka dan meningkatkan pertukaran gas
Ampicillin	2 x 90 mg	Ampicillin merupakan obat antibiotik yang digunakan untuk mencegah infeksi
Gentamicin	2 x 9 mg	Gentamicin adalah obat antibiotic golongan aminoglikosida yang berfungsi untuk membunuh bakteri gram negative dan beberapa gram positif
Infus D12% drip	6cc/jam	Untuk memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi serta dapat membantu dalam pencegahan dehidrasi.

l. Tabulasi Data

Pasien berusia 2 hari, tampak lemah, tampak kecil, berat badan 1.800 gram, panjang badan 42 cm, lingkar kepala 29 cm, mukosa bibir kering,

terpasang O₂ CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) Babel FIO 35% 8 lpm, kulit teraba dingin, kulit tampak kemerahan, kulit lemak subkutan tipis sehingga bisa terlihat pembuluh darah, banyak lanugo pada ekstermitas atas, refleks menghisap dan menelan masih lemah, reflek menggenggam belum kuat, daun telinga lunak dan lentur, abdomen kembung dan lunak, retraksi dinding dada, suara nafas ronchi, akral teraba dingin, puting susu belum terbentuk, semua ekstermitas bergerak lemah, Asi/OGT 3 cc/6jam, terpasang infus D1/2% drip 6cc/jam pada umbilicus, menggunakan infant warmer, suhu 36,3⁰C, RR 42x/menit, HR 124x/menit, SPO₂ 97%, ibu pasien mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan bayinya karena dirawat terpisah, ibu pasien tampak cemas, ibu pasien datang untuk memberikan asi itupun tidak secara langsung lamanya kurang lebih 1 jam, ibu pasien juga mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan pasien serta menanyakan tentang keadaan pasien baik secara langsung maupun tidak langsung (*via whatsapp*)

m. Klasifikasi Data

DS : Ibu pasien mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan bayinya karean dirawat terpisah, ibu pasien juga mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan pasien serta menanyakan tentang keadaan pasien baik secara langsung maupun tidak langsung (*via whatsapp*)

DO : Pasien berusia 2 hari, tampak lemah, tampak kecil, berat badan 1.800 gram, panjang badan 42 cm, lingkaran kepala 29 cm, mukosa bibir

kering, terpasang O₂ CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) Babe FIO 35% 8 lpm, kulit teraba dingin, kulit tampak kemerahan, kulit lemak subkutan tipis sehingga bisa terlihat pembuluh darah, banyak lanugo pada ekstermitas atas, refleks menghisap dan menelan masih lemah, refleks menggenggam belum kuat, daun telinga lunak dan lentur, abdomen kembung dan lunak, retraksi dinding dada, suara nafas ronchi, akral teraba dingin, putting susu belum terbentuk, semua ekstermitas bergerak lemah, Asi/OGT 3cc/6 jam, terpasang infus D1/2% drip 6cc/jam pada umbilicus, menggunakan infant warmer, suhu 36,3⁰C, RR 42x/menit, HR 124x/menit, SPO₂ 97%, ibu pasien tampak cemas, ibu pasien datang untuk memberikan asi itupun tidak secara langsung lamanya kurang lebih 1 jam

n. Analisa Data

Tabel 4.3. Analisa Data

No	Data DS/DO	Etiologi/Penyebab	Masalah Keperawatan
1	DS :- DO : pasien berusia 2 hari, menggunakan infant warmer, suhu 36,3 ⁰ C, kulit teraba dingin, akral teraba dingin, kulit tampak kemerahan, kulit lemak	Lemak subkutan tipis	Hipotermia

	subkutan tipis sehingga pembuluh darah bisa terlihat, daun telinga lunak dan lentur, putting susu belum terbentuk		
2	DO : pasien berusia 2 hari, tampak lemah, RR 42x/menit, HR 124x/menit, SPO₂ 97%, mukosa bibir kering, terpasang O₂ CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) Babel FIO 35% 8 lpm, retraksi dinding dada, suara nafas ronchi	Imaturitas neurologis (mendulaoblongata)	Pola napas tidak efektif
3	Ds :- mukosa bibir kering, terpasang infus D1/2% drip 6cc/jam pada umbilicus, Asi/OGT 3cc/6jam	Ketidakcukupan intake cairan	Risiko hipovolemi
4	Ds :- pasien berusia 2 hari, tampak lemah, berat badan 1.800 gram, kulit lemak subkutan	Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan	Risiko infeksi

	tipis sehingga bisa terlihat pembuluh darah		
5	DS : pasien berusia 2 hari, tampak lemah, tampak kecil, berat badan 1.800 gram, panjang badan 42 cm, lingkar kepala 29 cm, banyak lanugo, refleks menghisap dan menelan masih lemah, reflek menggenggam belum kuat, abdomen kembung dan lunak, semua ekstermitas bergerak lemah, Asi/OGT 3cc/6jam	Intake intra uterin inadekuat	Defisit nutrisi
6	DS : ibu pasien mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan bayinya karena dirawat terpisah, ibu pasien juga mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan pasien serta menanyakan tentang keadaan pasien baik secara langsung	Kekhawatiran mengalami kegagalan	Ansietas

maupun tidak langsung
(via whatsapp)

DO : ibu pasien tampak
cemas, ibu pasien
datang untuk
memberikan asi itupun
tidak secara langsung
lamanya kurang lebih 1
jam

o. Prioritas Masalah

- 1) Hipotermia
- 2) Pola napas tidak efektif
- 3) Risiko hipovolemi
- 4) Risiko infeksi
- 5) Defisit nutrisi
- 6) Ansietas

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Hipotermia berhubungan dengan lemak subkutan tipis yang ditandai dengan

DS :-

DO : Pasien berusia 2 hari, menggunakan infant warmer, suhu $36,3^{\circ}\text{C}$,
kulit teraba dingin, akral teraba dingin, kulit tampak kemerahan,

kulit lemak subkutan tipis sehingga pembuluh darah bisa terlihat,

daun telinga lunak dan lentur, putting susu belum terbentuk

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas neurologis (medula oblongata) yang ditandai dengan

DS :-

DO : Pasien berusia 2 hari, tampak lemah, RR 42x/menit, HR 124x/menit,

SPO₂ 97%, mukosa bibir kering, terpasang O₂ CPAP (Continuous

Positive Airway Pressure) Babel FIO 35% 8 lpm, retraksi dinding

dada, suara nafas ronchi

- c. Risiko hipovolemi berhubungan dengan ketidakcukupan intake cairan yang ditandai dengan

DS :-

DO : Mukosa bibir kering, terpasang infus D1/2% drip 6cc/jam pada

umbilicus, Asi/OGT 3cc/6 jam

- d. Risiko infeksi yang berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan yang ditandai dengan

DS :-

DO : Pasien berusia 2 hari, tampak lemah, berat badan 1.800 gram, kulit

lemak subkutan tipis sehingga pembuluh darah bisa terlihat.

- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan intake intra uterin inadekuat yang ditandai dengan :

DS :-

DO : Pasien berusia 2 hari, tampak lemah, tampak kecil, berat badan 1.800 gram, panjang badan 42 cm, lingkar kepala 29 cm, banyak lanugo, refleks menghisap dan menelan masih lemah, reflek menggenggam belum kuat, abdomen kembung dan lunak, semua ekstermitas bergerak lemah, Asi/OGT 3cc/6 jam

- f. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan yang ditandai dengan

DS : Ibu pasien mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan bayinya karena dirawat terpisah, ibu pasien juga mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan pasien serta menanyakan tentang keadaan pasien baik secara langsung maupun tidak langsung (*via whatsapp*)

DO : Ibu pasien tampak cemas, ibu pasien datang untuk memberikan asi itupun tidak secara langsung lamanya kurang lebih 1 jam

4. Intervensi Keperawatan

- a. Hipotermia berhubungan dengan lemak subkutan tipis yang ditandai dengan :

DS :-, DO : pasien berusia 2 hari, menggunakan infant warmer, suhu 36,3⁰C, kulit teraba dingin, akral teraba dingin, kulit tampak kemerahan, kulit lemak subkutan tipis sehingga pembuluh darah bisa terlihat, daun telinga lunak dan lentur, puting susu belum terbentuk. Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan

termoregulasi neonatus membaik dengan kriteria hasil : kulit teraba hangat, akral teraba hangat, suhu tubuh membaik.

Intervensi : 1). Monitor suhu tubuh, rasional : suhu tubuh ialah salah satu tanda vital yang menunjukkan kesehatan secara keseluruhan dan sangat diperlukan untuk mendeteksi dini infeksi, memonitor respons tubuh terhadap pengobatan serta mengelola kondisi kronis atau penyakit autoimun. 2). mengidentifikasi penyebab hipotermia (mis. Terpapar suhu lingkungan yang rendah, pakaian yang tipis, kekurangan lemak subkutan, dll), rasional : hipotermia merupakan kondisi dimana suhu tubuh turun dibawah batas normal ($<35^{\circ}\text{C}$) dapat menyebabkan komplikasi serius dan berpotensi mengancam jiwa. 3). Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia, rasional : monitor tanda dan gejala akibat hipotermia sangat penting untuk mendeteksi kondisi yang mengancam jiwa dan memungkinkan intervensi cepat seperti menghindari komplikasi serius, mencegah kerusakan jaringan dan organ serta memastikan keberlanjutan perawatan setelah hipotermi. 4). Sediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan, incubator), rasional: dengan menyediakan lingkungan yang hangat perawat dapat membantu menjaga kestabilan suhu tubuh klien, meningkatkan kenyamanan dan mencegah komplikasi yang dapat timbul akibat paparan suhu dingin. 5). Ganti pakaian atau linen yang basah, rasional : mengganti pakaian atau linen yang basah dapat mencegah hipotermia, mencegah iritasi kulit serta dapat mencegah kelembapan berlebih pada klien demam. 6). Lakukan penghangatan pasif (mis. Selimut

menutup kepala, pakaian tebal), rasional : karena dalam penghangatan pasif dapat meningkatkan suhu tubuh, mendukung proses metabolisme serta dapat meningkatkan sirkulasi darah. 7). Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis. Kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, perawatan metode kanguru), rasional : penghangatan aktif eksternal dapat meningkatkan suhu tubuh secara cepat, mendukung proses pemulihan, dan mencegah komplikasi.

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas neurologis (medula oblongata) yang ditandai dengan :

DS :-, DO : pasien berusia 2 hari, tampak lemah, RR 42x/menit, HR 124x/menit, SPO₂ 97%, mukosa bibir kering, terpasang O₂ CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) Babel FIO 35% 8 lpm, retraksi dinding dada, suara nafas ronchi.

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil : retraksi dinding dada menurun, suara nafas ronchi menurun, mukosa bibir kering menurun, frekuensi napas membaik, tampak lemah menurun.

Intervensi : 1). Monitor pola napas (mis. Frekuensi napas, kedalaman napas, usaha napas), rasional : pernapasan adalah salah satu tanda vital utama yang mencerminkan status kesehatan pasien secara langsung. Dengan monitor pola napas perawat dapat mendeteksi dini masalah pernapasan, menilai keaktifan pola napas serta mencegah komplikasi lebih lanjut. 2). Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling/ronchi,

wheezing/mengi), rasional : pemantauan bunyi napas tambahan dapat memberikan petunjuk langsung mengenai kondisi sistem pernapasan dan membantu mendeteksi masalah yang mungkin tidak terlihat secara kasat mata pemantauan bunyi napas dapat mengidentifikasi kondisi patologi pada pasien. 3). Posisikan semi fowler atau fowler, rasional : dengan memberikan posisi semi fowler atau fowler dalam keperawatan sangat penting karena dapat mendukung fungsi pernapasan, meningkatkan sirkulasi, mencegah aspirasi dan memastikan kenyamanan klien terutama pada kondisi medis yang memerlukan penanganan spesifik terkait pernapasan. 4). Berikan oksigen, jika perlu, rasional : pemberian oksigen dapat memastikan bahwa klien mendapatkan suplai oksigen yang cukup guna memenuhi kebutuhan metabolik tubuh, terutama pada klien yang mengalami hipoksia (kekurangan oksigen) atau gangguan pernapasan.

c. Risiko hipovolemi berhubungan dengan ketidakcukupan intake cairan yang ditandai dengan :

DS :-, DO : mukosa bibir kering, terpasang infus D1/2% drip 6cc/jam pada umbilikus, Asi/OGT 3cc/6 jam.

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah mendapatkan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan risiko hipovolemi tidak terjadi dengan kriteria hasil : turgor kulit tidak menurun, edema perifer tidak terjadi

Intervensi : 1). Periksa tanda dan gejala hipovolemi (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, haus, lemah), rasional : Pemeriksaan tanda

dan gejala hipovolemi sangat penting karena dapat menilai status hidrasi, mendeteksi perubahan hemodinamik serta mendukung manajemen klinis. Pemantauan yang cermat terhadap tanda gejala hipovolemi adalah bagian integral dari perawatan pasien untuk mencegah komplikasi serius. 2). Monitor intake dan output cairan, rasional : monitor intake dan output cairan merupakan elemen kunci dalam perawatan pasien yang aman dan efektif karena dapat menilai status hidrasi, mendeteksi gangguan elektrolit, serta mengidentifikasi perubahan kondisi. 3). Berikan asupan cairan oral, rasional : asupan cairan oral ialah langkah penting dalam menjaga kesehatan dan pemulihan pasien karena dapat mendukung fungsi fisiologi, mendukung proses pemulihan, mendukung proses pencernaan dan monitoring intake, kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL), rasional : cairan IV isotonis dapat memulihkan volume cairan, menjaga keseimbangan elektrolit, dan stabilisasi hemodinamik.

- d. Risiko infeksi yang berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan yang ditandai dengan :

DS :-, DO : pasien berusia 2 hari, tampak lemah, berat badan 1.800 gram, kulit lemak subkutan tipis sehingga pembuluh darah bisa terlihat.

Tujuan dan kriteria hasil : Tujuan (SLKI) : Setelah mendapatkan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan status imun membaik dengan kriteria hasil : sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi.

Intervensi : 1). Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik, rasional : memantau tanda gejala infeksi lokal dan sistemik sangat penting karena dapat mendeteksi dini karena memungkinkan deteksi awal infeksi serta evaluasi kondisi umum seperti gejala sistemik (demam atau penurunan kondisi umum dapat memberikan informasi penting tentang respons tubuh terhadap infeksi dan kesehatan secara keseluruhan). 2). Batasi jumlah pengunjung, rasional : pembatasan jumlah pengunjung ialah langkah awal dalam menjaga kesehatan pasien dan mencegah infeksi serta dapat mengurangi risiko penyebaran infeksi, meningkatkan fokus perawatan. 3). Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, rasional : mencuci tangan merupakan langkah dasar yang krusial dalam menjaga kesehatan dan keselamatan pasien serta staf medis, dengan mencuci tangan dapat mencegah penyebaran patogen serta menghindari infeksi nosokomial. 4). Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, rasional : memantau tanda gejala infeksi lokal dan sistemik sangat penting karena dapat deteksi dini karena memungkinkan deteksi awal infeksi serta evaluasi kondisi umum seperti gejala sistemik (demam atau penurunan kondisi umum dapat memberikan informasi penting tentang respons tubuh terhadap infeksi dan kesehatan secara keseluruhan. 5). Pemberian antibiotik jika perlu, rasional : pemberian antibiotik dapat mengeliminasi infeksi bakteri dan mencegah penyebaran infeksi.

e. Defisit nutrisi berhubungan dengan intake intra uterin inadekuat yang ditandai dengan :

DS :-, DO : pasien berusia 2 hari, tampak lemah, tampak kecil, berat badan 1.800 gram, panjang badan 42 cm, lingkar kepala 29 cm, banyak lanugo pada ekstermitas atas, refleks menghisap dan menelan masih lemah, refleks menggenggam belum kuat, abdomen kembung dan lunak, semua ekstremitas bergerak lemah, asi/OGT 3cc/6 jam

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah mendapatkan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan status nutrisi bayi membaik dengan kriteria hasil : berat badan meningkat, panjang badan meningkat, refleks menghisap dan menelan meningkat, gerakan kaki dan tangan meningkat, refleks menggenggam meningkat.

Intervensi : 1). Identifikasi status nutrisi, rasional : status nutrisi adalah kondisi kesehatan seseorang yang dipengaruhi oleh asupan dan penggunaan zat gizi. Dengan mengidentifikasi status nutrisi perawat dapat menilai kesehatan umum dan mencegah komplikasi seperti malnutrisi atau obesitas. 2). monitor asupan makanan, rasional : monitor asupan makanan sangat penting karena memuat informasi mengenai jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi agar dapat meningkatkan daya tahan tubuh. 3). Monitor berat badan, rasional : dengan monitor berat badan mencerminkan status gizi saat ini seperti jumlah protein, lemak, air dan mineral yang ada dalam tubuh serta melacak efektivitas pengobatan. 4). Monitor hasil pemeriksaan laboratorium, rasional : pemeriksaan laboratorium dalam manajemen nutrisi dapat meningkatkan perencanaan nutrisi mengenai informasi akurat yang dapat membantu dalam merencanakan asupan

nutrisi yang sesuai dan seimbang sesuai dengan kebutuhan pasien. 5). Sajikan makanan secara menarik dengan suhu yang sesuai, rasional : menyajikan makanan secara menarik dengan suhu yang sesuai dapat meningkatkan nafsu makan, mendukung nutrisi, mendorong kebiasaan makan sehat serta meningkatkan kualitas hidup. 6). Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, rasional : karena ahli gizi memiliki keahlian yang spesifik mengenai pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana menyusun rencana diet yang sesuai berdasarkan kondisi medis pasien.

- f. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan yang ditandai dengan :

DS : ibu pasien mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan bayinya karena dirawat terpisah, ibu pasien juga mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan pasien serta menanyakan tentang keadaan pasien baik secara langsung maupun tidak langsung (*via whatsapp*), DO : ibu pasien tampak cemas, ibu pasien datang untuk memberikan asi itupun tidak secara langsung lamanya kurang lebih 1 jam.

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah mendapatkan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, tampak cemas menurun

Intervensi : 1). Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stresor), rasional : identifikasi perubahan tingkat ansietas dapat

mendeteksi dini terkait stres berlebih yang dapat memperburuk emosional.

- 2). Identifikasi kemampuan mengambil keputusan, rasional : identifikasi kemampuan mengambil keputusan dapat membuat penilaian kognitif dan emosional, menentukan kebutuhan dukungan dan meningkatkan kualitas perawatan.
- 3). Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), rasional : dengan monitor tanda-tanda ansietas perawat dapat mendukung kesejahteraan psikologis dan mengurangi dampak negatif pada keluarga pasien.
- 4). Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, rasional : menciptakan suasana terapeutik dapat meningkatkan keterbukaan orang tua pasien kepada perawat, membangun hubungan yang kuat dalam penanganan pasien, serta dapat mengurangi ansietas dan stres.
- 5). Pahami situasi yang membuat ansietas, rasional : dengan memberikan pemahaman situasi ansietas pada orang tua pasien dapat mengurangi ketidakpastian dalam mengambil langkah-langkah dan menjelaskan situasi medis dan dapat memberikan tingkat kepercayaan diri untuk mampu menghadapi tantangan.
- 6). Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, rasional : menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan dapat meningkatkan komunikasi orang tua pasien dengan perawat serta dapat membentuk rasa kepercayaan.
- 7). Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, rasional : memberikan informasi faktual adalah kunci untuk mendukung pasien dan keluarga dalam menghadapi situasi medis yang sulit.
- 8). Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu, rasional : kehadiran

keluarga bukan hanya memberikan dukungan emosional tetapi juga memberikan peran mereka dalam proses perawatan pasien.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada By. Ny. W. M dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 28-30 Januari 2025. Implementasi pertama dilakukan pada hari Selasa tanggal 28 Januari 2025, dengan diagnosa pertama yakni hipotermia yang berhubungan dengan lemak subkutan tipis. Tindakan yang dilakukan pada pukul 07.00 mengukur suhu tubuh pada daerah aksila ($36,3^{\circ}\text{C}$), pukul 07.01 mengidentifikasi penyebab hipotermia (karena klien merupakan bayi BBLR dan prematur sehingga pasien mengalami kekurangan lemak subkutan), pukul 07.02 memeriksa tanda dan gejala hipotermi (kulit teraba dingin, akral teraba dingin, kulit tipis, kulit kemerahan, puting susu belum terbentuk), menyediakan lingkungan yang hangat (mengaktifkan infant warmer). Pada pukul 08.02 menggantikan pakaian atau linen yang basah (menggantikan popok, baju dan selimut bayi) sekaligus melakukan penghangatan aktif eksternal (membungkus klien menggunakan plastik bening kemudian dilapisi dengan 2 buah selimut bayi serta dipakaikan topi bayi), pukul 10.00 mengukur kembali suhu tubuh pada daerah aksila ($35,7^{\circ}\text{C}$), dan pukul 12.30 mengukur kembali suhu tubuh pada daerah aksila ($36,5^{\circ}\text{C}$) sekaligus mematikan infant warmer. Implementasi hari pertama diagnosa kedua yakni pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan imaturitas neurologis (medula oblongata). Tindakan yang dilakukan yaitu pukul 07.00 mengamati pola napas (RR 42x/menit, frekuensi napas cepat tidak teratur, terdapat

retraksi dinding dada, terpasang O₂ CPAP Babel FIO 35% 8 lpm, pukul 07.01 mendengar bunyi nafas tambahan (bunyi napas ronchi). Pada pukul 08.01 memosisikan semi fowler (meninggikan bagian kepala klien menggunakan 3 buah selimut bayi, dan mengatur posisi bayi menggunakan teknik nastyn), pukul 09.30 mengatur kembali O₂ CPAP Babel FIO 35% 8lpm. Pukul 10.00 mengamati kembali pola napas (RR 48x.menit, frekuensi napas cepat tidak teratur, terpasang O₂ CPAP Babel FIO 35% 8lpm), pukul 11.45 mengatur kembali posisi O₂ CPAP Babel FIO 35% 8lpm. Implementasi hari pertama diagnosa ketiga yakni risiko hipovolemi yang berhubungan dengan ketidakcukupan asupan asi. Tindakan yang dilakukan yaitu pada pukul 07.03 memeriksa tanda dan gejala hipovolemi (turgor kulit tidak menurun dan frekuensi nadi tidak meningkat), pukul 07.04 berkolaborasi pemberian cairan isotonis (terpasang infus D1/2% drip 6cc/jam). Pada pukul 12.00 melayani asupan oral (melayani asi 3 cc), pukul 13.00 memonitor intake dan output cairan (intake : terpasang infus D1/2% drip 6 cc/jam, injeksi ampicillin 2x90 mg, injeksi gentamicin 1x9 mg ; output : residu 7 cc). implementasi hari pertama diagnosa keempat yakni risiko infeksi yang berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. Tindakan yang dilakukan yaitu pada pukul 07.00 mencuci tangan sebelum ke pasien (mencuci tangan menggunakan sabun antiseptik) sekaligus mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi (mencuci tangan menggunakan sabun antiseptik, kemudian memakai handscon dan masker sebelum ke klien), pukul 07.06 memeriksa tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

(sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi). Pada pukul 10.00 dan pukul 12.00 mencuci tangan sebelum ke klien (mencuci tangan menggunakan sabun antiseptik) sekaligus mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi (mencuci tangan menggunakan sabun antiseptik, kemudian memakai handscon dan masker sebelum ke klien) dan pukul 12.01 berkolaborasi pemberian antibiotik (melayani injeksi ampicillin 2x90 mg dan injeksi gentamicin 2x9 mg). implementasi hari pertama diagnosa kelima yakni defisit nutrisi yang berhubungan dengan intake intra uterin inadkuat. Tindakan yang dilakukan yaitu, pada pukul 08.00 menimbang berat badan serta mengukur PB, LK, LD dan LILA (BB 1.800 gram, PB 44 cm, LK 29 cm, LD 29 cm dan LILA 20 cm), pukul 08.01 mengidentifikasi status nutrisi (status nutrisi asi 3 cc/6jam), pukul 08.02 membersihkan area mulut dari sisa-sisa residu (menggunakan kasa dan air hangat), dan pada pukul 12.00 melayani makanan dengan suhu yang sesuai (melayani asi hangat 3 cc/OGT). Implementasi hari pertama diagnosa keenam yakni ansietas yang berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan. Tindakan yang dilakukan yaitu, pada pukul 06.40 menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan (mengucapkan salam, memperkenalkan diri sekaligus menyampaikan tujuan, kemudian meminta persetujuan serta meminta tanda tangan untuk persetujuan), mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (ibu pasien mengatakan kecemasan mulai muncul ketika dirinya sudah berada di ruang perawatan nifas), pukul 06.41 memantau tanda-tanda ansietas (ibu

pasien tampak cemas), memberikan pemahaman situasi yang membuat ansietas (yang membuat ibu merasa cemas itu karena keadaan bayi ibu yang sedang dalam perawatan dan tidak bisa bersama ibu pada saat sekarang), menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien (jadi untuk mengurangi rasa cemas ibu kepada bayi, saya sarankan kepada ibu untuk sering-sering datang untuk melihat bayi ibu yang ada disini). Pada pukul 13.00 menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis (begini ibu, dikarenakan adek dilahirkan belum pas pada waktunya sehingga banyak alat-alat medis yang dipasangkan pada tubuh adek, seperti selang oksigen, selang pada mulut adek, dan adek terus berada di bawah alat pemanas tubuh).

Implementasi hari kedua dilakukan pada hari rabu tanggal 29 Januari 2025 diagnosa pertama yakni hipotermia yang berhubungan dengan lemak subkutan tipis. Tindakan pertama yang dilakukan pada pukul 07.00 mengukur suhu tubuh ($36,2^{\circ}\text{C}$), menyediakan lingkungan yang hangat (mengaktifkan infant warmer), pukul 07.30 menggantikan pakaian atau linen yang basah (menggantikan popok, baju, dan selimut bayi), pukul 07.31 melakukan penghangatan aktif eksternal (membungkus bayi menggunakan plastik bening dan dilapisi dengan 2 buah selimut bayi serta dipakaikan topi bayi). Pada pukul 10.00 mengukur kembali suhu tubuh ($39,3^{\circ}\text{C}$), mematikan kembali infant warmer, pukul 12.30 mengukur kembali suhu tubuh ($38,5^{\circ}\text{C}$). implementasi hari kedua diagnosa kedua pola napas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas neurologis (medula oblongata). Tindakan

yang dilakukan pada pukul 07.00 memantau pola napas (RR 48x/menit, frekuensi napas cepat teratur, retraksi dinding dada menurun, terpasang O₂ CPAP Babel FIO 35% 8 lpm), pukul 07.01 mendengar bunyi napas tambahan (suara napas ronchi menurun), pukul 07.32 memosisikan semi fowler (meninggikan bagian kepala bayi menggunakan 2 buah selimut bayi dan mengatur posisi bayi menggunakan teknik nastyn) dan memasang kembali O₂ CPAP Babel FIO 35% 8 lpm. Pada pukul 10.00 memantau kembali pola napas (RR 48x/menit, frekuensi napas cepat teratur, retraksi dinding dada menurun, terpasang O₂ CPAP Babel FIO 35% 8 lpm), pukul 12.01 mengatur kembali posisi O₂ CPAP Babel FIO 35% 8 lpm menjadi 6 lpm. Implementasi hari kedua diagnosa ketiga risiko hipovolemi yang berhubungan dengan ketidakcukupan asupan asi. Tindakan yang dilakukan pada pukul 07.02 memeriksa tanda dan gejala hipovolemi (turgor kulit tidak menurun, frekuensi nadi tidak meningkat), pukul 07.03 berkolaborasi pemberian cairan isotonis (terpasang infus D1/2 % drip 6 cc/jam), pukul 12.01 melayani asupan oral (melayani asi 3 cc/OGT) dan pada pukul 13.00 memonitor intake dan output cairan (intake : infus D1/2% 6cc/jam, injeksi ampicillin 2x90 mg, injeksi gentamicin 2x9 mg, asi 3 cc ; output : residu 8 cc). implementasi keempat diagnosa risiko infeksi yang berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. Tindakan yang dilakukan pada pukul 07.00 mencuci tangan sebelum ke pasien (menggunakan sabun antiseptik), mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi (mencuci tangan dengan benar, menggunakan handscon dan masker saat ke pasien), pukul

07.04 memeriksa tanda gejala infeksi lokal dan sistemik (sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi), mencuci tangan sesudah ke pasien (menggunakan sabun antiseptik). Pada pukul 12.00 mencuci tangan sebelum ke pasien (menggunakan sabun antiseptik), mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi (mencuci tangan dengan benar, menggunakan handscon, dan masker saat ke pasien), pukul 12.02 berkolaborasi pemberian antibiotik (melayani injeksi ampicillin 2x90 mg dan injeksi gentamicin 2x9 mg) dan mencuci tangan sesudah kontak dengan pasien (menggunakan sabun antiseptik). Implementasi hari kedua diagnosa kelima defisit nutrisi yang berhubungan dengan intake intra uterin inadkuat. Tindakan yang dilakukan pada pukul 07.30 membersihkan area mulut bayi menggunakan kasa dan air hangat, pukul 12.01 menyajikan makanan dengan suhu yang hangat (menarik cairan residu 8 cc dan melayani asi hangat 3cc/OGT). Implementasi hari kedua diagnosa keenam ansietas yang berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan. Tindakan yang dilakukan pada pukul 14.00 mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (ibu pasien mengatakan bahwa dirinya cemas dengan keadaan pasien ditambah lagi dirinya hanya bisa melihat pasien lewat kaca), pukul 14.01 menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis dan prognosis (jadi begini ibu, tadi dokter sudah datang untuk memeriksa keadaan pasien dan dokter mengatakan pasien masih harus terus dipantau dan dokter juga mengatakan suhu tubuh pasien sepanjang hari

ini sudah cukup stabil. Pasien juga sepanjang pagi tadi hingga siang ini belum menggunakan mesin penghangat lagi, karena suhunya masih stabil).

Implementasi hari ketiga dilakukan pada hari kamis tanggal 30 Januari 2025 dengan diagnosa pertama hipotermia yang berhubungan dengan lemak subkutan tipis. Tindakan pertama yang dilakukan pada pukul 07.00 mengukur suhu tubuh ($36,5^{\circ}\text{C}$), pukul 08.00 menggantikan pakaian atau linen yang basah (menggantikan pokok, baju dan selimut bayi), pukul 08.01 melakukan penghangatan aktif eksternal (membungkus bayi menggunakan plastik bening dan dilapisi dengan 2 buah selimut bayi serta dipakaikan topi bayi). Pada pukul 10.00 mengukur kembali suhu tubuh ($36,4^{\circ}\text{C}$), pukul 12.30 mengukur kembali suhu tubuh ($36,5^{\circ}\text{C}$). Implementasi hari ketiga diagnosa kedua pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan imaturitas neurologis (medula oblongata). Tindakan yang dilakukan pada pukul 07.00 memantau pola napas (RR 52x/menit, frekuensi napas cepat teratur, retraksi dinding dada menurun, terpasang O₂ CPAP Babel FIO 20% 6 lpm), pukul 07.01 mendengar bunyi napas tambahan (suara napas ronchi menurun), pukul 08.02 memosisikan semi fowler (meninggikan kepala bayi menggunakan 2 buah selimut bayi dan mengatur posisi tidur bayi menggunakan teknik nastyn) dan mengatur kembali posisi O₂ CPAP Babel FIO 35% 6 lpm, pukul 10.00 memantau kembali pola napas (RR 50x/menit, frekuensi napas cepat teratur, retraksi dinding dada menurun, terpasang O₂ CPAP Babel FIO 35% 6 lpm). Implementasi hari ketiga diagnosa ketiga risiko hipovolemi yang berhubungan dengan ketidakcukupan asupan asi. Tindakan yang dilakukan

pada pukul 07.02 memeriksa tanda dan gejala hipovolemi (turgor kulit tidak menurun, frekuensi nadi tidak meningkat), pukul 07.03 berkolaborasi pemberian cairan isotonis (terpasang infus D 1/2% drip 6 cc/jam), pukul 12.01 melayani asupan cairan oral (asi 4 cc/OGT) dan pada pukul 13.00 memonitor intake dan output cairan (intake : infus D1/2% drip 6 cc/jam, injeksi ampicillin 2x90 mg, injeksi gentamicin 2x9 mg, asi 4 cc/OGT ; output : residu 2 cc). Implementasi hari ketiga diagnosa keempat risiko infeksi yang berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. Tindakan yang dilakukan pada pukul 07.00 mencuci tangan sebelum ke pasien (menggunakan sabun antiseptik) dan mempertahankan teknik aseptik pada klien berisiko tinggi (mencuci tangan dengan benar, menggunakan handscon dan masker), pukul 07.05 memeriksa tanda gejala infeksi local dan sistemik (sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi) dan mencuci tangan sesudah kontak dengan lingkungan pasien (menggunakan sabun antiseptik). Pada pukul 12.00 mencuci tangan sebelum ke pasien (menggunakan sabun antiseptik) dan mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi (mencuci tangan dengan benar, menggunakan handscon dan masker), pukul 12.02 berkolaborasi pemberian antibiotik (melayani injeksi ampicillin 2x90 mg dan injeksi gentamicin 2x9 mg) dan mencuci tangan sesudah kontak langsung dengan pasien (menggunakan sabun antiseptik). Implementasi hari ketiga diagnosa kelima defisit nutrisi yang berhubungan dengan intake intra uterin inadekuat. Tindakan yang dilakukan pada pukul 08.00 membersihkan

area mulut menggunakan kasa dan air hangat, pukul 08.02 menimbang berat badan serta mengukur PB dan LK (BB 1800 gram, PB 44 cm, LK 29 cm), pukul 12.01 melayani makanan dengan suhu yang sesuai (melayani asi hangat 4 cc/OGT). Implementasi hari ketiga diagnosa keenam ansietas yang berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan. Tindakan yang dilakukan pada pukul 11.10 mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (ibu pasien mengatakan bahwa rasa cemasnya sudah sedikit berkurang setelah mendengar penjelasan secara langsung dari dokter mengenai keadaan pasien) dan menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien (walaupun ibu sudah mendengar secara langsung dari dokter mengenai keadaan pasien, saya sarankan kepada ibu untuk lebih sering datang melihat keadaan pasien meskipun hanya bisa melihat lewat kaca).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada By. Ny. W. M dilakukan selama 3 hari mulai dari hari Selasa tanggal 28 Januari sampai dengan Kamis tanggal 30 Januari 2025. Evaluasi dilakukan pada pukul 14.00 dengan diagnosa pertama hipotermia yang berhubungan dengan kekurangan lemak subkutan, S :-, O : suhu 36°C , HR 131x/menit, RR 48x/menit, SPO_2 96%, akral dingin, kulit teraba dingin, kulit lemak subkutan tipis sehingga pembuluh darah bisa terlihat, puting susu belum terbentuk dan mengaktifkan infant warmer, A : masalah hipotermia belum teratasi, P : intervensi dilanjutkan dengan nomor 1,4,5,7. Evaluasi pertama diagnosa kedua, pola napas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas neurologis (medula oblongata), S :-, O : suhu 36°C , HR 131x/menit,

RR 48x/menit, SPO₂ 96%, tampak lemah, frekuensi napas cepat tidak teratur, retraksi dinding dada, terpasang O₂ CPAP Babel FIO 35% 8 lpm, bunyi napas ronchi, A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, I : intervensi dilanjutkan dengan nomor 1,2,3,4. Evaluasi pertama diagnosa ketiga risiko hipovolemi yang berhubungan dengan ketidakcukupan asupan asi, S :-, O : suhu 36⁰C, HR 131x/menit, RR 48x/menit, SPO₂ 96%, turgor kulit tidak menurun, frekuensi nadi tidak meningkat, terpasang infus D1/2% drip 6 cc/jam pada bagian umbilikus, A : masalah risiko hipovolemi tidak terjadi, P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1,2,3,4. Evaluasi pertama diagnosa keempat risiko infeksi yang berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, S :-, O : suhu 36⁰C, HR 131x/menit, RR 48x/menit, SPO₂ 96%, sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi, A : Masalah risiko infeksi tidak terjadi, P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1,3,4,5. Evaluasi pertama diagnosa kelima defisit nutrisi yang berhubungan dengan intake intra uterin inadkuat, S :-, O : suhu 36⁰C, HR 131x/menit, RR 48x/menit, SPO₂ 96%, terpasang OGT, area mulut tampak bersih dari sisa residu, bayi tampak kecil, ekstremitas bergerak lemah, A : masalah defisit nutrisi belum teratasi, P : intervensi dilanjutkan dengan nomor 3, 5, 6. Evaluasi pertama diagnosa keenam ansietas yang berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, S : ibu pasien mengatakan bahwa dirinya cemas serta kepikiran dengan kondisi kesehatan pasien dan takut akan

hal-hal yang tidak diinginkan terjadi, O : ibu pasien tampak cemas, P : masalah ansietas belum teratasi intervensi dilanjutkan dengan nomor 3, 7, 8.

Evaluasi hari kedua pada hari rabu tanggal 29 Januari 2025, evaluasi dilakukan pada pukul 14.00 dengan diagnosa pertama yaitu hipotermia yang berhubungan dengan lemak subkutan tipis, S :-, O : suhu $37,7^{\circ}\text{C}$, HR 162x/menit, RR 49x/menit, SPO₂ 96%, kulit teraba hangat, akral teraba hangat, kulit lemak subkutan tipis sehingga pembuluh darah bisa terlihat, puting susu belum terbentuk, terbungkus plastik bening dan selimut bayi, A : masalah hipotermia sebagian teratasi, P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 4, 5, 7. Evaluasi hari kedua diagnosa kedua pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan imaturitas neurologis (medulaoblongata), S :-, O : suhu $37,7^{\circ}\text{C}$, HR 162x/menit, RR 49x/menit, SPO₂ 96%, retraksi dinding dada menurun, bunyi napas ronchi menurun, terpasang O₂ CPAP Babel FIO 35% 6 lpm, A : masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi, P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 2, 3, 4. Evaluasi kedua diagnosa ketiga risiko hipovolemi yang berhubungan dengan ketidakcukupan asupan asi, S :-, O : suhu $37,7^{\circ}\text{C}$, HR 162x/menit, RR 49x/menit, SPO₂ 96%, turgor kulit tidak menurun, frekuensi nadi tidak meningkat, A : masalah risiko hipovolemi tidak terjadi, P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 2, 3, 4. Evaluasi kedua diagnosa keempat risiko infeksi yang berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, S :-, O : suhu $37,7^{\circ}\text{C}$, HR 162x/menit, RR 49x/menit, SPO₂ 96%, sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta

nanah tidak terjadi, A : masalah risiko infeksi tidak terjadi, P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 4, 5, 7. Evaluasi kedua diagnosa kelima defisit nutrisi yang berhubungan dengan intake intra uterin inadkuat, S :-, O : suhu 37,7⁰C, HR 162x/menit, RR 49x/menit, SPO₂ 96%, terpasang OGT, area mulut tampak bersih dari sisa residu, bayi tampak kecil, semua ekstremitas bergerak lemah, A : masalah defisit nutrisi belum teratasi, P : intervensi dilanjutkan dengan nomor 3, 5, 6. Evaluasi kedua diagnosa keenam ansietas yang berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, S : ibu pasien mengatakan syukur Puji Tuhan kalau suhu tubuh pasien sudah stabil, setidaknya keadaan pasien sudah sedikit membaik dan saya juga akan terus berdoa untuk kesembuhan anak saya, O : tampak cemas, namun sedikit tersenyum setelah mendengar kondisi anaknya, A : masalah ansietas sebagian teratasi, P : intervensi dipertahankan dengan nomor 3, 7, 8.

Evaluasi ketiga pada hari kamis tanggal 30 Januari 2025, evaluasi dilakukan pada pukul 14.00 dengan diagnosa pertama hipotermia yang berhubungan dengan lemak subkutan tipis, S :-, O : suhu 36,5⁰C, HR 160x/menit, RR 53x/menit SPO₂ 99%, kulit teraba hangat, akral teraba hangat, kulit lemak subkutan tipis sehingga pembuluh darah bisa terlihat, puting susu belum terbentuk, terbungkus plastik bening dan selimut bayi, A : masalah hipotermia sebagian teratasi, P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 5, 6. Evaluasi ketiga diagnosa kedua pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan imaturitas neurologis (medulaoblongata), S :-, O : tampak lemah, suhu 36,5⁰C, HR 160x/menit, RR 53x/menit SPO₂ 99%,

retraksi dinding dada menurun, frekuensi napas cepat teratur, bunyi napas ronchi menurun, terpasang O₂ CPAP Babel FIO 20% 6 lpm. Evaluasi ketiga diagnosa ketiga risiko hipovolemi yang berhubungan dengan ketidakcukupan asupan asi, S :-, O : suhu 36,5⁰C, HR 160x/menit, RR 53x/menit SPO₂ 99%, turgor kulit tidak menurun, frekuensi nadi tidak meningkat, terpasang infus D1/2% drip 6 cc/jam, A : masalah risiko hipovolemi tidak terjadi, P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 2, 3, 4. Evaluasi ketiga diagnosa keempat risiko infeksi yang berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, S :-, O : suhu 36,5⁰C, HR 160x/menit, RR 53x/menit SPO₂ 99%, sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi, A : masalah risiko infeksi tidak terjadi, P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 3, 4, 5, 7. Evaluasi ketiga diagnosa kelima defisit nutrisi yang berhubungan dengan intake intra uterin inadkuat, S ;-, O : suhu 36,5⁰C, HR 160x/menit, RR 53x/menit SPO₂ 99%, terpasang OGT, area mulut tampak bersih dari sisa residu, tampak kecil, BB 1800 gram, PB 44 cm, LK 29 cm, semua ekstremitas bergerak lemah, A : masalah defisit nutrisi belum teratasi, P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 3, 5. Evaluasi ketiga pada pukul 11.11 diagnosa keenam ansietas yang berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, S : ibu pasien mengatakan bahwa rasa cemasnya sudah sedikit berkurang dan meminta untuk berdoa bagi kesembuhan anaknya, O : ibu pasien tampak sedikit lega, dan sedikit tersenyum tipis saat melihat

anaknya melalui kaca, A : masalah ansietas sebagian teratasi, P : intervensi dipertahankan dengan nomor 3, 7, 8.

7. Catatan Perkembangan

Nama : Bayi Ny. W. M

Umur : 26 Januari 2025 (2 hari)

Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

Hari/tanggal	Diagnosa	Jam	Catatan perkembangan
Kamis, 30 Januari 2025	Hipotermia	07.00	S : - O : suhu 36,5⁰C, HR 142x/menit, RR 52x/menit, SPO₂ 99%, kulit teraba hangat, akral teraba hangat A : masalah hipotermia sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan dengan nomor 1, 5, 6 I :
		07.00	- Mengukur suhu tubuh menggunakan termometer pada bagian aksila (36,5 ⁰ C)
		08.00	- Menggantikan pakaian atau linen yang basah (menggantikan popok, baju dan selimut bayi)
			-

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

		- Melakukan penghangatan aktif
08.01		eksternal (membungkus klien menggunakan plastik bening dan dilapisi dengan 2 buah selimut bayi
		- Mengukur suhu tubuh
10.00		menggunakan termometer pada bagian aksila (36,4 ⁰ C)
		- Mengukur suhu tubuh
		menggunakan termometer pada bagian aksila (36,5 ⁰ C)
		E : keadaan pasien membaik, suhu
14.00		normal 36,5 ⁰ C, RR 53x/menit, HR 160x/menit, akral teraba hangat, kulit teraba hangat, puting susu belum terbentuk, terbungkus plastik bening dan selimut bayi. Masalah hipotermia sebagian teratasi.
		R : intervensi dipertahankan
14.01		
Pola napas	07.00	S :-
tidak efektif		O : suhu 36,5 ⁰ C, HR 142x/menit, RR 52x/menit, SPO ₂ 99%, frekuensi

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

		napas cepat teratur, retraksi dinding dada menurun, terpasang O ₂ CPAP
		Babel FIO 20% 6 lpm
		A : masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi
		P : intervensi dilanjutkan dengan nomor 1, 2, 3, 5
		I :
07.00	-	Memantau pola napas (RR 52x/menit, SPO ₂ 99%, frekuensi napas cepat teratur, retraksi dinding dada menurun, terpasang O ₂ CPAP Babel FIO 20% 6 lpm)
	-	Mendengar bunyi napas
07.01		tambahan (bunyi napas ronchi menurun)
	-	Memosisikan semi fowler
08.02		(meninggikan kepala bayi menggunakan 2 buah selimut bayi dan mengatur posisi tidur bayi menggunakan teknik nastyn)

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

		- Mengatur kembali O₂ CPAP Babel FIO 35% 6 lpm - Memantau pola napas (RR
10.00		50x/menit, frekuensi napas cepat teratur, retraksi dinding dada menurun, terpasang O ₂ CPAP Babel FIO 20% 6 lpm)
14.00	E :	keadaan pasien membaik, suhu normal 36,5 ⁰ C, RR 53x/menit, HR 160x/menit, terpasang O ₂ CPAP Babel FIO 20% 6 lpm, frekuensi napas cepat teratur, bunyi napas ronchi menurun, retraksi dinding dada menurun
14.01	R :	intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 2, 3, 5
Risiko	07.02	S : -
hipovolemi		O : suhu 36,5 ⁰ C, HR 142x/menit, RR 52x/menit, SPO ₂ 99%, turgor kulit tidak menurun dan frekuensi nadi tidak meningkat

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

	A : masalah risiko hipovolemi tidak terjadi
	P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 2, 3, 4
07.02	I :
	- Memeriksa tanda gejala hipovolemi (turgor kulit tidak menurun dan frekuensi nadi tidak meningkat)
07.03	- Berkolaborasi pemberian cairan isotonis (terpasang infus D1/2% drip 6 cc/jam
12.00	- Melayani asupan cairan oral (melayani asi 4 cc/OGT)
	- Memonitor intake dan output cairan (intake : infus D1/2% drip 6 cc/jam, injeksi ampicillin 2x90 mg, injeksi gentamicin 2x9 mg, asi 4 cc; output : residu 2cc)
14.00	E : keadaan pasien membaik, suhu normal 36,5 ⁰ C, RR 53x/menit, HR 160x/menit, turgor kulit tidak

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

		menurun, frekuensi nadi tidak meningkat, terpasang infus D1/2% drip 6 cc/jam pada bagian umbilikus
14.01		R : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 2, 3, 4
Risiko	07.00	S :-
infeksi		O : suhu 36,5 ⁰ C, HR 142x/menit, RR 52x/menit, SPO ₂ 99%, sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi
		A : masalah risiko infeksi tidak terjadi
		P : intervensi dilanjutkan dengan nomor1, 3, 4, 5, 7
		I :
	07.00	- Mencuci tangan sebelum ke pasien (menggunakan sabun antiseptik)
		- Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

-
- | | | |
|-------|---|--|
| | | tinggi (mencuci tangan dengan benar, menggunakan handscon dan masker) |
| 07.05 | - | Memeriksa tanda dan gejala risiko infeksi (sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi) |
| | - | Mencuci tangan sesudah kontak langsung dengan pasien (menggunakan sabun antiseptik) |
| 12.00 | - | Mencuci tangan sebelum ke pasien (menggunakan sabun antiseptik) |
| | - | Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi (mencuci tangan dengan benar, menggunakan handscon dan masker) |

12.02

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

		- Berkolaborasi pemberian antibiotik (melayani injeksi ampicillin 2x90 mg dan injeksi gentamicin 2x9 mg) - Mencuci tangan sesudah kontak langsung dengan pasien (menggunakan sabun antiseptik)
	14.00	E : keadaan pasien membaik, suhu normal 36,5⁰C, RR 53x/menit, sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta
	14.01	nanah tidak terjadi R : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 3, 4, 5, 7.
Defisit	08.00	S :-
nutrisi		O : suhu 36,5⁰C, HR 142x/menit, RR 52x/menit, SPO₂ 99%, BB 1.800 gram, PB 44 cm, LK 29 cm, terpasang OGT

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

	A : masalah defisit nutrisi belum teratasi
	P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 3, 5
08.00	I : - Membersihkan area mulut menggunakan kasa dan air hangat - Menimbang berat badan dan mengukur panjang badan dan lingkar kepala (BB 1.800 gram, PB 44 cm, LK 29 cm)
12.01	- Menyediakan makanan dengan suhu yang sesuai (menarik residu 2 cc, dan melayani asi hangat 4 cc/OGT)
14.00	E : keadaan pasien membaik, suhu normal 36,5 ⁰ C, RR 53x/menit, terpasang OGT, area mulut tampak bersih dari sisa residu, tampak kecil semua ekstremitas bergerak lemah, %, BB 1.800 gram, PB 44 cm, LK 29

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

		cm. Masalah defisit nutrisi belum teratasi
	14.01	R : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 3, 5
Ansietas	11.10	S : ibu pasien mengatakan bahwa rasa cemasnya sudah sedikit berkurang setelah mendengar penjelasan secara langsung dari dokter mengenai keadaan pasien. O : ibu klien tampak sedikit lega A : masalah ansietas sebagian teratasi P : intervensi dipertahankan dengan nomor 3, 7, 8 I :
	11.10	- mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (ibu pasien mengatakan bahwa rasa cemasnya sudah sedikit berkurang setelah mendengar penjelasan secara langsung

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

	dari dokter mengenai keadaan pasien)
	- menganjurkan keluarga untuk tetap bersama klien (walaupun ibu sudah mendengar secara langsung dari dokter mengenai keadaan pasien, saya sarankan kepada ibu untuk lebih sering datang melihat keadaan pasien meskipun hanya bisa melihat lewat kaca).
11.11	E : ibu pasien mengatakan bahwa rasa cemasnya sudah sedikit berkurang dan meminta untuk berdoa bagi kesembuhan anaknya, ibu pasien tampak sedikit lega, dan sedikit tersenyum tipis saat melihat anaknya melalui kaca. Masalah
11.11	ansietas sebagian teratasi

R : intervensi dipertahankan dengan nomor 3, 7, 8.

B. Pembahasan

Pengkajian yang dilakukan pada Bayi Ny. W.M dengan BBLR ditemukan, kesenjangan antara kasus dan teori dimana yang terdapat dalam teori tidak ada dalam kasus yakni menurut Amaliya.Sholihatul dkk (2023), secara patologis ikterik neonatus yang terjadi pada bayi akan muncul dengan tanda jaundice dari bayi lahir pertama dalam 24 jam pertama kehidupan disertai dengan peningkatan kadar bilirubin >5 mg/dl per hari dan pada kasus nyata setelah dilakukan penelitian selama 3 hari, masalah keperawatan ikterik neonatus tersebut belum muncul dikarenakan kecukupan pemenuhan asi pada Bayi Ny. W.M kerana sifat asi yang dapat memecah bilirubin sehingga bilirubin yang tidak terkonjugasi atau yang belum diolah oleh hati dapat dikeluarkan melalui meko dan miksi pada bayi tersebut. Sehingga hanya beberapa masalah keperawatan yang diangkat dalam studi kasus kali ini seperti hipotermia, pola napas tidak efektif, risiko hipovolemi, risiko infeksi, defisit nutrisi dan ansietas pada orang tua klien.

Namun prioritas masalah yang diangkat yaitu hipotermia karena klien mengalami lemak subkutan tipis. Jika hipotermia tidak ditangani secara cepat maka dampak dari hipotermia ini sangatlah luas terhadap metabolisme tubuh, pernapasan, imunologi atau kekebalan tubuh, dan perkembangan bayi. Sehingga beberapa data yang didapatkan dari pengkajian dan pemeriksaan fisik

sesuai dengan konsep teori yakni DS :-, DO : Menggunakan infant warmer, suhu 36,3⁰C, kulit teraba dingin, akral teraba dingin, kulit tampak kemerahan, kulit tampak tipis, daun telinga lunak dan lentur, puting susu belum terbentuk.

Intervensi yang tidak ada dalam teori namun ada dalam kasus yakni dengan menggunakan plastik bening untuk membungkus pasien agar suhu tubuhnya tetap hangat, dan menggunakan teknik nastyn dalam mengatur posisi tidur pasien, teknik tersebut digunakan agar pasien merasa lebih nyaman seperti masih dalam kandungan serta teknik ini digunakan untuk bayi yang lahir prematur. Intervensi diatas dilakukan berdasarkan SOP yang telah ditetapkan oleh pihak RSUD Ende.

Tindakan yang dilakukan berdasarkan perencanaan telah direncanakan. Pelaksanaan pada Bayi. Ny. W.M dapat dilaksanakan dengan baik karena didukung oleh sarana dan partisipasi dari keluarga dan petugas kesehatan yang ada di Ruang Perinatal. Dengan demikian seluruh intervensi yang direncanakan dapat dilaksanakan secara tepat.

Menurut Nursalam (2015), dalam Zalvi, Fitriani & Megawati (2020), evaluasi keperawatan ialah kegiatan yang terus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya serta menilai

efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan.

Setelah dilaksanakan keperawatan selama selama 3 (tiga) hari masalah keperawatan hipotermia, ansietas dan pola napas tidak efektif sebagian teratasi, sedangkan untuk risiko hipovolemi dan risiko infeksi tidak terjadi dan untuk defisit nutrisi masih belum teratasi karena untuk mengembalikan status nutrisi yang baik perlu butuh waktu yang cukup lama.