

*Lampiran 1*

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE**



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)

---

**INFORMED CONSENT**

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa : Saya telah penjalasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : **Imelda Yuliani Mili**, Dengan judul : **Asuhan Keperawatan Pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatal RSUD Ende**

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende, 28 Januari 2025

Mahasiswa

Imelda Yuliani Mili

PO5303202220013

Yang Memberi Persetujuan

Orang Tua Pasien

## *Lampiran 2*

### **KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)

---

### **PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS**

1. Saya adalah mahasiswa dari Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatal RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Ruang Perinatal RSUD Ende. Studi kasus ini dilaksanakan selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan rencana keperawatan implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20 – 30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan keperawatan yang diberikan.
5. Namun jati diri serta seluruh informasi Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor telepon : 087751280969

**Lampiran 3****KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)**FORMAT PENGKAJIAN BAYI RESIKO TINGG**

Nama Mahasiswa : Imelda Yuliani Mili Tempat Praktek: Ruangan Perinatal

Tanggal pengkajian : 28 Januari 2025

**I.IDENTITAS**

Nama : Bayi Ny. W.M  
 Tempat/tgl lahir : Ende,26 Januari 2025  
 Nama ayah dan ibu : Ny.W.M dan Tn. F.G  
 Pekerjaan ayah : Mahasiswa  
 Pendidikan ayah : SMA  
 Pekerjaan ibu : Mahasiswa  
 Pendidikan ibu : SMA  
 Alamat/no.Tlp : Jl. Samratulangi  
 Suku : Raja  
 Agama : Katolik

**II.KELUHAN UTAMA**

Bayi berat lahir rendah dengan berat lahir 1.800 gram

**III.RIWAYAT KEHAMILAN DAN KELAHIRAN****A. PRENATAL**

#### 1. ANC:

- a) Berapa kali kunjungan : ibu pasien mengatakan jumlah kunjungan selama ia hamil yakni sebanyak 5 kali
  - b) Tempat periksa : ibu pasien mengatakan bahwa selama hamil dirinya rajin memeriksa kehamilannya di Puskesmas Boawae dan RSUD Raja
  - c) Penkes yang didapat : ibu pasien mengatakan bahwa selama hamil, pendidikan kesehatan yang didapat yakni, makan-makanan yang bergizi, minum air putih yang cukup dan minum obat yang teratur
  - d) HPHT : ibu pasien mengatakan HPHT pada tanggal 1 Juni 2024
  - e) HPL : ibu pasien mengatakan HPL pada tanggal 23 Maret 2025
2. Kenaikan BB selama hamil : Ibu pasien mengatakan selama hamil berat badannya naik dari 50 kg sampai dengan 55,5 kg
  3. Komplikasi kehamilan : ibu pasien mengatakan tidak ada komplikasi selama dirinya hamil
  4. Komplikasi obat : ibu pasien mengatakan tidak ada komplikasi obat
  5. Obat-obat yang didapat : ibu pasien mengatakan obat yang didapat selama hamil yakni tablet tambah darah, Vit.K, asam Folat
  6. Riwayat hospitalisasi : ibu pasien mengatakan selama hamil dirinya tidak mengalami hospitalisasi apapun
  7. Golongan darah ibu : A

#### B. NATAL

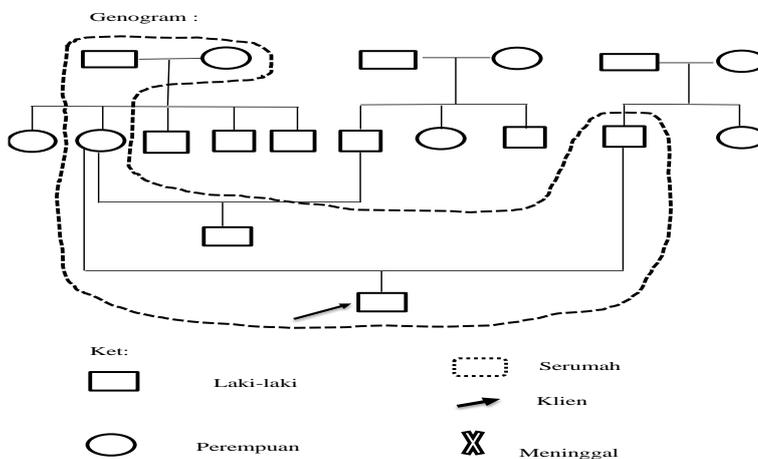
1. Awal persalinan : ibu pasien mengatakan awal persalinannya ia merasa sakit perut bagian bawah kurang lebih 2-5 menit dan semakin lama rasa sakit mulai bertambah hingga area pinggang serta keluarnya bercak darah
2. Lama persalinan Kala I-IV : ibu pasien mengatakan lama persalinannya dari pukul 18.40 samapai pukul 21.20 WITA
3. Komplikasi persalinan : ibu pasien mengatakan tidak terjadi komplikasi selama persalinan
4. Terapi yang diberikan : ibu pasien mengatakan terapi yang didapatkan tarik napas dalam

5. Cara melahirkan : ibu pasien mengatakan cara lahirnya secara normal atau pervaginam
6. Tempat melahirkan : tempat persalinannya di RSUD Ende

### C. POSTNATAL

1. Usaha nafas;
  - ( ) dengan bantuan
  - (√) spontan
2. Kebutuhan resusitasi
  - Apgar Score menit I: 8 dan 5: 9
3. Obat-obatan yang diberikan pada neonatus: Hb0
4. Interaksi orang tua dan bayi
  - Kualitas : rendah karean bayi dan ibunya dirawat terpisah dan ibunya cemas dengan keadaan bayinya.
  - Lamanya: kurang lebih 1 jam hanya datang untuk memberikan asi, itupun tidak secara langsung
5. Trauma lahir
  - ( )Ada,.....(√)Tidak
6. Keluarnya urin/BAB
  - Urin (—), BAB (—)
7. Respon fisiologis atau perilaku bermakna : tidak ada

### IV.RIWAYAT KELUARGA



## V. RIWAYAT SOSIAL

- A. Sistem pendukung/keluarga yang dapat dihubungi : suami dan keluarganya sendiri
- B. Hubungan orangtua dengan bayi : ibu kandung
- C. Anak yang lain (BERSAUDARA)

Jenis kelamin anak	Riwayat Persalinan	Riwayat Imunisasi
Laki-laki	Normal (Prematur-BBLR)	Lengkap
Laki-laki	Normal (Prematur-BBLR)	Hb0

- D. Lingkungan rumah : lingkungan kos-kosan yang nyaman dan tenang

## VI. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

1. Diagnosa medik : BBLR
2. Tindakan operasi :-
3. Status nutrisi : Asi 6 x 3cc/jam/OGT
4. Status cairan : Kebutuhan cairan 100 cc
5. Obat/terapi : terpasang infus D1/2% 6 cc/jam, ampicilin 2 x 90mg/IV, gentamicin 1 x 9mg/IV, NaCl 3% 8mg, KCL 2mg, Ca Gluconate 2mg
6. Aktivitas :-
7. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan : observasi tanda-tanda vital, pemasangan alat bantu pernapasan CPAP Babel, pengaturan posisi tidur (semi fowler dan pemberian teknik nastyn), melayani ASI/OGT, penghangatan aktif eksternal menggunakan plastik bening dan selimut bayi, dan penyediaan lingkungan yang hangat

## 8. Hasil laboratorium

**Hasi Pemeriksaan Darah Tanggal 26 Januari 2025**

Result	Flags	Unit	Expected values
WBC	8.9*	10 <sup>3</sup> /w1	4,0 / 10,0
LYM	5,8*H	10 <sup>3</sup> /WL	0,8 /4,0
MID	0,6*	10 <sup>3</sup> /WL	0,1 / 1,5
GRA	2,5*	10 <sup>3</sup> /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 <sup>6</sup> /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 <sup>3</sup> /WL	150 / 400
MPV	7,7	fL	6,5 / 12,0

**VII.PEMERIKSAAN FISIK**

Keadaan Umum : bayi tampak kecil, mukosa bibir lering, tampak lemah, terpasang CPAP Babel FI 0,35% 8 Lpm, kulit teraba dingin, kulit kemerahan, akril teraba dingin, kulit tipis dan banyak lanugo.

	Saat Lahir	Saat Ini
Berat Badan	1.800 gram	1.800 gram
Panjang Badan	44cm	44cm
Lingkar Kepala	29cm	29cm

1) Refleks :

- a) Refleks kejut (*Reflex Moro*) : klien menunjukkan refleks kaget pada saat diberi rangsangan dengan bunyi ketukan yang besar
- b) Refleks Menggenggam (*Gaspig/Palmar Grasp Reflex*) : klien menunjukkan refleks menggenggam namun belum kuat
- c) Refleks Menghisap (*Sucking reflex*) : klien menunjukkan refleks menghisap masih lemah
- d) Refleks Mencari (*Rooting Reflex*) : klien menunjukkan refleks mencari pada saat diberi rangsangan disekitar area mulut
- e) Refleks berkedip (*Glabella Reflex*) : klien menunjukkan refleks mengerutkan dahi pada saat diberi rangsangan ketukan pada dahi
- f) Refleks telapak kaki (*Babinski Refleks*) : klien menunjukkan refleks mencengkrang pada saat diberi rangsangan usapan pada telapak kaki
- g) Refleks leher (*Tonic Neck Reflex*) : klien 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 chepalohematoma.
- 4) Mata : simetris antara kiri dan kanan, mata tampak bersih
- 5) Telinga : simetris, bersih, daun telinga lunak dan lentur
- 6) Hidung : normal, bersih, terpasang O<sub>2</sub> 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 O<sub>2</sub> 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

17) Pengkajian Perpola

a) Pola eliminasi :

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

- 2) BAK (Buang Air Kecil) : klien BAK menggunakan pampers dan diganti 3 kali dalam sehari.
- b) Pola Nutrisi  
Berat badan klien 1.800 gram, refleks menghisap dan menelan masih lemah, saat ini klien 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<sup>0</sup>C.
- e) Pola aktivitas : gerakan klien masih lemah, tangisan keras, klien lebih banyak tidur dan hanya bergerak sedikit jika merasa terganggu, rata-rata tidur klien 22-23 jam perhari

### VIII. Therapy/Pengobatan

Terapi dan pengobatan yang diberikan kepada pasien saat dirawat di ruang Perinatal adalah O<sub>2</sub> CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) Babel, OGT, ampicillin, gentamicin, NaCl, KCL, Ca Gluconate.

**Table 4.2. Therapy Pengobatan**

Nama Obat	dosis	Indikasi
O <sub>2</sub> 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.

### IX. Tabulasi Data

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 O<sub>2</sub> CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) Babel FIO 35% 8 lpm, kulit terasa 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 terasa 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 36,3<sup>0</sup>C, RR 42x/menit, HR 124x/menit, SPO<sub>2</sub> 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*).

#### **X. 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, lingkar kepala 29 cm, mukosa bibir kering, terpasang O<sub>2</sub> 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, puting 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 36,3<sup>0</sup>C, RR 42x/menit, HR 124x/menit, SPO<sub>2</sub> 97%, ibu pasien tampak cemas, ibu pasien datang untuk memberikan asi itupun tidak secara langsung lamanya kurang lebih 1 jam.

## XI. 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 <sup>0</sup> C, 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	Lemak subkutan tipis	Hipotermia
2	DS :- DO : pasien berusia 2 hari, tampak lemah, RR 42x/menit, HR 124x/menit, SPO <sub>2</sub> 97%, mukosa bibir kering, terpasang O <sub>2</sub> 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 :- DO : mukosa bibir kering, terpasang infus D1/2% drip 6cc/jam	Ketidakcukupan intake cairan	Risiko hipovolemi

---

pada umbilicus,  
Asi/OGT 3cc/6jam

4	Ds :- DO : pasien berusia 2 hari, tampak lemah, berat badan 1.800 gram, kulit lemak subkutan tipis sehingga bisa terlihat pembuluh darah	Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan	Risiko infeksi
5	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/6jam	Intake intra uterin inadkuat	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 maupun tidak langsung (via whatsapp)	Kekhawatiran mengalami kegagalan	Ansietas
	DO : ibu pasien tampak cemas, ibu pasien datang untuk memberikan asi itupun tidak secara langsung lamanya kurang lebih 1 jam		

---

## 2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

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

DS :-

DO : Pasien berusia 2 hari, menggunakan infant warmer, suhu 36,3<sup>0</sup>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, SPO<sub>2</sub> 97%, mukosa bibir kering, terpasang O<sub>2</sub> 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 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 : Ibu pasien tampak cemas, ibu pasien datang untuk memberikan asi itupun tidak secara langsung lamanya kurang lebih 1 jam

### **3.INTERVENSI KEPERAWATAN**

Berdasarkan diagnosa keperawatan diatas maka prioritas masalah keperawatan diantaranya :

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

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	Hipotermia	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan termoregulasi neonatus membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kulit teraba hangat</li> <li>2) Akral teraba hangat</li> <li>3) Suhu tubuh membaik.</li> </ol>	<p>Manajermen Hipertermia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor suhu tubuh</li> <li>2) Mengidentifikasi penyebab hipotermia (mis. Terpapar suhu lingkungan yang rendah, pakaian yang tipis, kekurangan lemak subkutan,dll).</li> <li>3) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia.</li> <li>4) Sediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan, incubator).</li> <li>5) Ganti pakaian atau linen yang basah.</li> <li>6) Lakukan penghangatan pasif (mis. Selimut menutup kepala, pakaian tebal).</li> <li>7) Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis. Kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, perawatan metode kanguru).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. 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.</li> <li>b. Hipotermia merupakan kondisi dimana suhu tubuh turun dibawah batas normal (&lt;35<sup>0</sup>C) dapat menyebabkan komplikasi serius dan berpotensi mengancam jiwa.</li> <li>c. 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</li> <li>d. 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.</li> </ol>

- 
- e. Mengganti pakaian atau linen yang basah dapat mencegah hipotermia, mencegah iritasi kulit serta dapat mencegah kelembapan berlebih pada klien demam.
  - f. Karena dalam penghangatan pasif dapat meningkatkan suhu tubuh, mendukung proses metabolisme serta dapat meningkatkan sirkulasi darah.
  - g. penghangatan aktif eksternal dapat meningkatkan suhu tubuh secara cepat, mendukung proses pemulihan, dan mencegah komplikasi.
-

2. Pola Napas Tidak Efektif	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retraksi dinding dada menurun.</li> <li>2. Suara napas ronchi menurun</li> <li>3. Mukosa bibir kering menurun.</li> <li>4. Frekuensi napas membaik.</li> <li>5. Tampak lemah menurun.</li> </ol>	<p>Manajemen Jalan Napas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor pola napas (mis. Frekuensi napas, kedalaman napas, usaha napas.</li> <li>2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling/ronchi, wheezing/mengi).</li> <li>3) Posisikan semi fowler atau fowler.</li> <li>4) Berikan oksigen, jika perlu.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. 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</li> <li>b. 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 patologis pada pasien</li> <li>c. 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</li> <li>d. Pemberian oksigen dapat memastikan bahwa klien mendapatkan suplai oksigen yang cukup guna memenuhi kebutuhan metabolik tubuh, terutama pada klien</li> </ol>
-----------------------------	--	--	--

---

yang mengalami hipoksia (kekurangan oksigen) atau gangguan pernapasan.

---

3	Risiko Hipovolemi	<p>Setelah tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan risiko hipovolemi tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1). Turgor kulit tidak menurun</li> <li>2). Edema perifer tidak terjadi.</li> </ol> <p>dan stabilisasi hemodinamik.</p>	Manajemen Hipovolemia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Periksa tanda dan gejala hipovolemi (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, haus, lemah).</li> <li>2) Monitor intake dan output cairan.</li> <li>3) Berikan asupan cairan oral.</li> <li>4) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. Nacl, RL),</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. 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.</li> <li>b. 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.</li> <li>c. 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</li> <li>d. Rasional : cairan IV isotonis dapat memulihkan volume cairan, menjaga keseimbangan elektrolit, dan stabilisasi hemodinamik.</li> </ol>
---	-------------------	---	-----------------------	---

4 Risiko Infeksi	<p>Setelah mendapatkan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan status imun membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sianosis tidak terjadi</li> <li>2) Kemerahan di area tertentu tidak terjadi</li> <li>3) Muntah berulang tidak terjadi</li> <li>4) Bengkak serta nanah tidak terjadi.</li> </ol>	<p>Pencegahan Infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik, ke.</li> <li>2) Batasi jumlah pengunjung,</li> <li>3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.</li> <li>4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.</li> <li>5) Pemberian antibiotik jika perlu..</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. 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).</li> <li>b. Pembatasan jumlah pengunjung ialah langkah awal dalam menjaga kesehatan pasien dan mencegah infeksi serta dapat mengurangi risiko penyebaran infeksi, meningkatkan fokus perawatan.</li> <li>c. 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 nosokomila.</li> <li>d. 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</li> </ol>
------------------	---	---	--

- 
- respons tubuh terhadap infeksi dan kesehatan secara keseluruhan.
- e. Pemberian antibiotik dapat mengeliminasi infeksi bakteri dan mencegah penyebaran infeksi.
-

5	Defisit Nutrisi	<p>Setelah mendapatkan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan status nutrisi bayi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)Berat badan meningkat</li> <li>Panjang badan meningkat</li> <li>2)Refleks menghisap dan menelan meningkat</li> <li>3)Gerakkan kaki dan tangan meningkat</li> <li>4)Refleks menggenggam meningkat.</li> </ol>	<p>Manajemen Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi status nutrisi.</li> <li>2) monitor asupan makanan,</li> <li>3) Monitor berat badan.</li> <li>4) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium..</li> <li>5) Sajikan makanan secara menarik dengan suhu yang sesuai,</li> <li>6) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan. tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana menyusun rencana diet yang sesuai berdasarkan kondisi medis pasien.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. 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.</li> <li>b. monitor asupan makanan sangat penting karena memuat informasi mengenai jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi agar dapat meningkatkan daya tahan tubuh.</li> <li>c. Dengan monitor berat badan mencerminkan status gizi saat ini seperti jumlah protein, lemak, air dan mineral yang ada dalam tubuh serta melacak efektivitas pengobatan.</li> <li>d. 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.</li> <li>e. Menyajikan makanan secara menarik dengan suhu yang sesuai dapat meningkatkan nafsu makan, mendukung nutrisi, mendorong kebiasaan makan sehat serta meningkatkan kualitas hidup.</li> </ol>
---	-----------------	--	--	--

---

f. Karena ahli gizi memiliki keahlian yang spesifik mengenai pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana menyusun rencana diet yang sesuai

---

6	Ansietas	<p>Setelah mendapatkan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>1) verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2) tampak cemas menurun</p>	<p>Reduksi Ansietas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stresor).</li> <li>2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan.</li> <li>3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal).</li> <li>4) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan,</li> <li>5) Pahami situasi yang membuat ansietas,</li> <li>6) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.</li> <li>7) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis.</li> <li>8) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. identifikasi perubahan tingkat ansietas dapat mendeteksi dini terkait stres berlebih yang dapat memperburuk emosional</li> <li>b. identifikasi kemampuan mengambil keputusan dapat membuat penilaian kognitif dan emosional, menentukan kebutuhan dukungan dan meningkatkan kualitas perawatan.</li> <li>c. dengan monitor tanda-tanda ansietas perawat dapat mendukung kesejahteraan psikologis dan mengurangi dampak negatif pada keluarga pasien.</li> <li>d. menciptakan suasana terapeutik dapat meningkatkan keterbukaan orang tua pasien kepada perawat, membangun hubungan yang kuat dalam penanganan pasien, serta dapat mengurangi ansietas dan stres.</li> <li>e. 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 tingkat kepercayaan diri untuk mampu menghadapi tantangan.</li> </ol>
---	----------	---	---	--

- 
- f. menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan dapat meningkatkan komunikasi orang tua pasien dengan perawat serta dapat membentuk rasa kepercayaan
  - g. memberikan informasi faktual adalah kunci untuk mendukung pasien dan keluarga dalam menghadapi situasi medis yang sulit.
  - h. kehadiran keluarga bukan hanya memberikan dukungan emosional tetapi juga memberikan peran mereka dalam proses perawatan pasien
-

#### 4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
1	Selasa, 28 Januari 2025	I	07.00	1) mengukur suhu tubuh pada daerah aksila dengan hasil 36,3 <sup>0</sup> C	14.00
			07.01	2) mengidentifikasi penyebab hipotermia dengan hasil karena klien merupakan bayi BBLR dan prematur sehingga pasien mengalami kekurangan lemak subkutan	S :-, O : suhu 36 <sup>0</sup> C, HR 131x/menit, RR 48x/menit, SPO <sub>2</sub> 96%, akral dingin, kulit teraba dingin, kulit lemak subkutan tipis sehingga pembuluh darah bisa terlihat, puting susu belum terbentuk dan mengaktifkan infant warmer
			07.02	3) memeriksa tanda dan gejala hipotermi dengan hasil kulit teraba dingin, akral teraba dingin, kulit tipis, kulit kemerahan, puting susu belum terbentuk	
			08.02	4) menyediakan lingkungan yang hangat dengan hasil mengaktifkan infant warmer.	
			10.00	5) menggantikan pakaian atau linen yang basah dengan hasil menggantikan popok, baju dan selimut bayi	
			12.30	6) melakukan penghangatan aktif eksternal dengan hasil membungkus klien menggunakan plastik bening kemudian dilapisi dengan 2 buah selimut bayi serta dipakaikan topi bayi	A : masalah hipotermia belum teratasi P : intervensi dilanjutkan dengan nomor 1,4,5,7.
				7) mengukur kembali suhu tubuh pada daerah aksila dengan hasil 35,7 <sup>0</sup> C	
				8) mengukur kembali suhu tubuh pada daerah aksila dengan hasil 36,5 <sup>0</sup> C	

---

9) mematikan infant warmer

---

II	07.00	1) mengamati pola napas dengan hasil RR 42x/menit, frekuensi napas cepat tidak teratur, terdapat retraksi dinding dada, terpasang O <sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 8 lpm	14.00
	07.01	2) mendengar bunyi nafas tambahan dengan hasil bunyi napas ronchi	S :-, O : suhu 36 <sup>0</sup> C, HR 131x/menit, RR 48x/menit, SPO <sub>2</sub> 96%, tampak lemah, frekuensi napas cepat tidak teratur, retraksi dinding dada, terpasang O <sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 8 lpm, bunyi napas ronchi
	08.01	3) memposisikan semi fowler dengan hasil meninggikan bagian kepala klien menggunakan 3 buah selimut bayi, dan mengatur posisi bayi menggunakan teknik nastyn	
	09.30	4) mengatur kembali O <sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 8lpm.	
	10.00	5) mengamati kembali pola napas dengan hasil RR 48x.menit, frekuensi napas cepat tidak teratur, terpasang O <sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 8lpm	A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi
		6) mengatur kembali posisi O <sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 8lpm	I : intervensi dilanjutkan dengan nomor 1,2,3,4.
	11.45		

---

---

III	07.03	1) memeriksa tanda dan gejala hipovolemi dengan hasil turgor kulit tidak menurun dan frekuensi nadi tidak meningka	
	07.04	2) berkolaborasi pemberian cairan isotonis dengan hasil terpasang infus D1/2% drip 6cc/jam	
	12.00	3) melayani asupan oral dengan hasil melayani asi 3 cc	
	13.00	4) memonitor intake dan output cairan dengan hasil intake : terpasang infus D1/2% drip 6 cc/jam, injeksi ampicillin 2x90 mg, injeksi gentamicin 1x9 mg ; output : residu 7 cc	14.00

S :-,

O : suhu 36<sup>0</sup>C, HR 131x/menit, RR 48x/menit, SPO<sub>2</sub> 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..

---

---

IV	07.00	1)	mencuci tangan sebelum ke pasien dengan hasil mencuci tangan menggunakan sabun antiseptik	14.00	
	07.06	2)	mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi dengan hasil mencuci tangan menggunakan sabun antiseptik, kemudian memakai handscon dan masker sebelum ke klien		S :-, O : suhu 36 <sup>0</sup> C, HR 131x/menit, RR 48x/menit, SPO <sub>2</sub> 96%, sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi
	10.00	3)	memeriksa tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil 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.
	12.00	4)	mencuci tangan sebelum ke klien dengan hasil mencuci tangan menggunakan sabun antiseptik		
	12.01	5)	mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi dengan hasil mencuci tangan menggunakan sabun antiseptik, kemudian memakai handscon dan masker sebelum ke klien		
		6)	mencuci tangan sebelum ke klien dengan hasil mencuci tangan menggunakan sabun antiseptik		
		7)	mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi dengan hasil mencuci tangan menggunakan sabun antiseptik, kemudian		

---

- 
- memakai handscon dan masker sebelum ke klien
- 8) berkolaborasi pemberian antibiotik (melayani injeksi ampicillin 2x90 mg dan injeksi gentamicin 2x9 mg).
-

---

V	08.00	1) menimbang berat badan serta mengukur PB, LK, LD dan LILA dengan hasil BB 1.800 gram, PB 44 cm, LK 29 cm, LD 29 cm dan LILA 20 cm	14.00	S :-,
	08.01	2) mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil status nutrisi asi 3 cc/6jam		O : suhu 36 <sup>0</sup> C, HR 131x/menit, RR 48x/menit, SPO <sub>2</sub> 96%, terpasang OGT,
	08.02	3) membersihkan area mulut dari sisa-sisa residu dengan hasil menggunakan kasa dan air hangat		area mulut tampak bersih dari sisa residu, bayi tampak kecil, ekstremitas bergerak lemah
	12.00	4) melayani makanan dengan suhu yang sesuai dengan hasil melayani asi hangat 3 cc/OGT		A : masalah defisit nutrisi belum teratasi  P : intervensi dilanjutkan dengan nomor 3, 5, 6

---

---

VI	06.40	1) menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan dengan hasil mengucapkan salam, memperkenalkan diri sekaligus menyampaikan tujuan, kemudian meminta persetujuan serta meminta tanda tangan untuk persetujuan	14.00	
	06.41	2) mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah dengan hasil ibu pasien mengatakan kecemasan mulai muncul ketika dirinya sudah berada diruang perawatan nifas		S : ibu pasien mengatakan bahwa dirinya cemas serta kepikiran dengan kondisi kesehatan pasien dan takut akan hal-hal yang tidak diinginkan terjadi
		3) memantau tanda-tanda ansietas dengan hasil ibu pasien tampak cemas		O : ibu pasien tampak cemas
	13.00	4) memberikan pemahaman situasi yang membuat ansietas dengan hasil yang membuat ibu merasa cemas itu karena keadaan bayi ibu yang sedang dalam perawatan dan tidak bisa bersama ibu pada saat sekarang		P : masalah ansietas belum teratasi intervensi dilanjutkan dengan nomor 3, 7, 8.
		5) menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien dengan hasil jadi untuk mengurangi rasa cemas ibu kepada bayi, saya sarankan kepada ibu untuk sering-sering datang untuk melihat bayi ibu yang ada disini		
		6) menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis dengan hasil 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

---

No	Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
2	Rabu, 29 Januari 2025	I	07.00 07.30 07.31 10.00 12.30	1) mengukur suhu tubuh dengan hasil 36,2 <sup>0</sup> C 2) menyediakan lingkungan yang hangat dengan hasil mengaktifkan infant warmer 3) menggantikan pakaian atau linen yang basah dengan hasil menggantikan popok, baju, dan selimut bayi 4) melakukan penghangatan aktif eksternal dengan hasil membungkus bayi menggunakan plastik bening dan dilapisi dengan 2 buah selimut bayi serta dipakaikan topi bayi 5) mengukur kembali suhu tubuh dengan hasil 39,3 <sup>0</sup> C 6) mematikan kembali infant warmer 7) mengukur kembali suhu tubuh dengan hasil 38,5 <sup>0</sup> C	14.00 S :-, O : suhu 37,7 <sup>0</sup> C, HR 162x/menit, RR 49x/menit, SPO <sub>2</sub> 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..

---

II	07.00	1) memantau pola napas dengan hasil RR 48x/menit, frekuensi napas cepat teratur, retraksi dinding dada menurun, terpasang O <sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 8 lpm	14.00 S :-,
	07.01	2) mendengar bunyi napas tambahan dengan hasil suara napas ronchi menurun	O : suhu 37,7 <sup>0</sup> C, HR 162x/menit, RR 49x/menit, SPO <sub>2</sub> 96%, retraksi dinding dada menurun, bunyi napas ronchi menurun, terpasang O <sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 6 lpm
	07.32	3) memosisikan semi fowler dengan hasil meninggikan bagian kepala bayi menggunakan 2 buah selimut bayi dan mengatur posisi bayi menggunakan teknik nastyn	A : masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 2, 3, 4.
	10.00	4) memasang kembali O <sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 8 lpm. 5) memantau kembali pola napas dengan hasil RR 48x/menit, frekuensi napas cepat teratur, retraksi dinding dada menurun, terpasang O <sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 8 lpm 6) mengatur kembali posisi O <sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 8 lpm menjadi 6 lpm.	

12.01

III	07.02	1) memeriksa tanda dan gejala hipovolemi dengan hasil turgor kulit tidak menurun, frekuensi nadi tidak meningkat	14.00
	07.03	2) berkolaborasi pemberian cairan isotonis dengan hasil terpasang infus D1/2 % drip 6 cc/jam	S :-,
	12.01	3) melayani asupan oral dengan hasil melayani asi 3 cc/OGT	O : suhu 37,7 <sup>0</sup> C, HR 162x/menit, RR 49x/menit, SPO <sub>2</sub> 96%, turgor kulit tidak menurun, frekuensi nadi tidak meningkat
	13.00	4) memonitor intake dan output cairan dengan hasil intake : infus D1/2% 6cc/jam, injeksi ampicillin 2x90 mg, injeksi gentamicin 2x9 mg, asi 3 cc ; output : residu 8 cc.	A : masalah risiko hipovolemi tidak terjadi  P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 2, 3, 4.
IV	07.00	1) mencuci tangan sebelum ke pasien dengan hasil menggunakan sabun antiseptik	14.00
	07.04	2) mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi dengan hasil mencuci tangan dengan benar, menggunakan handscon dan masker saat ke pasien	S :-,
		3) memeriksa tanda gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi	O : suhu 37,7 <sup>0</sup> C, HR 162x/menit, RR 49x/menit, SPO <sub>2</sub> 96%, sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak

	12.00	4) mencuci tangan sesudah ke pasien dengan hasil menggunakan sabun antiseptik 5) mencuci tangan sebelum ke pasien dengan hasil menggunakan sabun antiseptik 6) mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi dengan hasil mencuci tangan dengan benar, menggunakan handscon, dan masker saat ke pasien	terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi A : masalah risiko infeksi tidak terjadi P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 4, 5, 7
	12.02	7) berkolaborasi pemberian antibiotik dengan hasil melayani injeksi ampicillin 2x90 mg dan injeksi gentamicin 2x9 mg 8) mencuci tangan sesudah kontak dengan pasien dengan hasil menggunakan sabun antiseptik	
V	07.30	1) membersihkan area mulut bayi menggunakan kasa dan air hangat	14.00
	12.01	2) menyajikan makanan dengan suhu yang hangat dengan hasil menarik cairan residu 8 cc dan melayani asi hangat 3cc/OGT	S :-, O : suhu 37,7 <sup>0</sup> C, HR 162x/menit, RR 49x/menit, SPO <sub>2</sub> 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.
VI	14.00	1) mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah dengan hasil ibu pasien mengatakan bahwa dirinya cemas dengan keadaan pasien ditambah lagi dirinya hanya bisa melihat pasien lewat kac	14.02
	14.01	2) menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis dan prognosis dengan hasil 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	<p>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</p> <p>O : tampak cemas, namun sedikit tersenyum setelah mendengar kondisi anaknya,</p> <p>A : masalah ansietas sebagian teratasi</p> <p>P : intervensi dipertahankan dengan nomor 3, 7, 8.</p>

---

---

---

## 5. 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 36,5 <sup>0</sup> C, HR 142x/menit, RR 52x/menit, SPO <sub>2</sub> 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 <sup>0</sup> C)
		08.00	- Mengganti pakaian atau linen yang basah (mengganti popok, baju dan selimut bayi)
		08.01	- Melakukan penghangatan aktif eksternal (membungkus klien menggunakan plastik bening dan dilapisi dengan 2 buah selimut bayi)
		10.00	- Mengukur suhu tubuh menggunakan termometer pada bagian aksila (36,4 <sup>0</sup> C) - Mengukur suhu tubuh menggunakan termometer pada bagian aksila (36,5 <sup>0</sup> C)
		14.00	E : keadaan pasien membaik, suhu normal 36,5 <sup>0</sup> 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.

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

		R : intervensi dipertahankan
	14.01	
Pola napas tidak efektif	07.00	<p>S :-</p> <p>O : suhu 36,5<sup>0</sup>C, HR 142x/menit, RR 52x/menit, SPO<sub>2</sub> 99%, frekuensi napas cepat teratur, retraksi dinding dada menurun, terpasang O<sub>2</sub> CPAP Babel FIO 20% 6 lpm</p> <p>A : masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan dengan nomor 1, 2, 3, 5</p> <p>I :</p> <p>07.00 - Memantau pola napas (RR 52x/menit, SPO<sub>2</sub> 99%, frekuensi napas cepat teratur, retraksi dinding dada menurun, terpasang O<sub>2</sub> CPAP Babel FIO 20% 6 lpm)</p> <p>07.01 - Mendengar bunyi napas tambahan (bunyi napas ronchi menurun)</p> <p>08.02 - Memosisikan semi fowler (meninggikan kepala bayi menggunakan 2 buah selimut bayi dan mengatur posisi tidur bayi menggunakan teknik nastyn)</p> <p>- Mengatur kembali O<sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 6 lpm</p> <p>10.00 - Memantau pola napas (RR 50x/menit, frekuensi napas cepat teratur, retraksi dinding dada menurun, terpasang O<sub>2</sub> CPAP Babel FIO 20% 6 lpm)</p> <p>14.00</p> <p>14.01 E : keadaan pasien membaik, suhu normal 36,5<sup>0</sup>C, RR 53x/menit, HR 160x/menit, terpasang O<sub>2</sub> CPAP Babel FIO 20% 6 lpm, frekuensi napas cepat teratur, bunyi napas ronchi menurun, retraksi dinding dada menurun</p>

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

		R : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 2, 3, 5
Risiko hipovolemi	07.02	<p>S : -</p> <p>O : suhu 36,5<sup>0</sup>C, HR 142x/menit, RR 52x/menit, SPO<sub>2</sub> 99%, turgor kulit tidak menurun dan frekuensi nadi tidak meningkat</p> <p>A : masalah risiko hipovolemi tidak terjadi</p> <p>P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 2, 3, 4</p> <p>I :</p> <p>07.02 - Memeriksa tanda gejala hipovolemi (turgor kulit tidak menurun dan frekuensi nadi tidak meningkat)</p> <p>07.03 - Berkolaborasi pemberian cairan isotonis (terpasang infus D1/2% drip 6 cc/jam)</p> <p>- Melayani asupan cairan oral (melayani asi 4 cc/OGT)</p> <p>12.00 - Memonitor intake dan output cairan (intake : infus D1/2% drip 6 cc/jam, injeksi ampicillin 2x90 mg, injeksi gentamicin 2x9 mg, asi 4 cc; output : residu 2cc)</p> <p>E : keadaan pasien membaik, suhu normal 36,5<sup>0</sup>C, RR 53x/menit, HR 160x/menit, turgor kulit tidak menurun, frekuensi nadi tidak meningkat, terpasang infus D1/2% drip 6 cc/jam pada bagian umbilikus</p> <p>R : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 2, 3, 4</p> <p>14.01</p>
Risiko infeksi	07.00	<p>S :-</p> <p>O : suhu 36,5<sup>0</sup>C, HR 142x/menit, RR 52x/menit, SPO<sub>2</sub> 99%, sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu</p>

*Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan*

---

	tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi
	A : masalah risiko infeksi tidak terjadi
	P : intervensi dilanjutkan dengan nomor 1, 3, 4, 5, 7
	I :
07.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencuci tangan sebelum ke pasien (menggunakan sabun antiseptik)</li> <li>- Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi (mencuci tangan dengan benar, menggunakan handscon dan masker)</li> </ul>
07.05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa tanda dan gejala risiko infeksi (sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi)</li> </ul>
12.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencuci tangan sesudah kontak langsung dengan pasien (menggunakan sabun antiseptik)</li> <li>- Mencuci tangan sebelum ke pasien (menggunakan sabun antiseptik)</li> </ul>
12.02	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi (mencuci tangan dengan benar, menggunakan handscon dan masker)</li> <li>- Berkolaborasi pemberian antibiotik (melayani injeksi ampicillin 2x90 mg dan injeksi gentamicin 2x9 mg)</li> </ul>
14.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencuci tangan sesudah kontak langsung dengan pasien (menggunakan sabun antiseptik)</li> </ul>
	E : keadaan pasien membaik, suhu normal 36,5 <sup>0</sup> C, RR 53x/menit, sianosis tidak terjadi, kemerahan di

---

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

		area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi
	14.01	R : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 3, 4, 5, 7.
Defisit nutrisi	08.00	S :- O : suhu 36,5 <sup>0</sup> C, HR 142x/menit, RR 52x/menit, SPO <sub>2</sub> 99%, BB 1.800 gram, PB 44 cm, LK 29 cm, terpasang OGT A : masalah defisit nutrisi belum teratasi P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 3, 5 I :
	08.00	- Membersihkan area mulut menggunakan kasa dan air hangat
	12.01	- Menimbang berat badan dan mengukur panjang badan dan lingkar kepala (BB 1.800 gram, PB 44 cm, LK 29 cm)
	14.00	- Menyediakan makanan dengan suhu yang sesuai (menarik residu 2 cc, dan melayani asi hangat 4 cc/OGT)
	14.01	E : keadaan pasien membaik, suhu normal 36,5 <sup>0</sup> 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 cm. Masalah defisit nutrisi belum teratasi  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 dari dokter mengenai keadaan pasien)

11.11 - 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 ansietas sebagian teratasi

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

---

**Lampiran 4****KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)**SURAT PERNYATAAN**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :  
 Nama Lengkap : Imelda Yuliani Muli  
 Nim : PO.5303202220013

Dengan ini menyatakan akan mengumpulkan file karya Tulis ilmiah saya  
 sebelum ujian kompetensi. Jika saya tidak mengumpulkan sebelum waktu yang  
 sudah ditetapkan maka saya siap menerima konsekuensi yaitu tidak dibentarkan  
 ijazah hingga mengumpulkan file karya Tulis ilmiah.

Ende, 23 Juli 2025  
 Yang bertanda tangan



Imelda Yuliani Muli  
 PO.5303202220013

*Lampiran 5***KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)**SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI**Kementerian Kesehatan  
Poltekkes Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oeoba,  
 Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111  
 (0380) 8800256  
<https://poltekkeskupang.ac.id>

**PERPUSTAKAAN TERPADU**

<https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/>; e-mail: [perpustakaanterpadu61@gmail.com](mailto:perpustakaanterpadu61@gmail.com)

**SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI**

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Imelda Yuliani Mili  
 Nomor Induk Mahasiswa : PO5303202220013  
 Dosen Pembimbing : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc  
 Dosen Penguji : Marthina Bedho, S.ST.,M.Kes  
 Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Ende  
 Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI Ny. W.M**

**DENGAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI RUANG PERINATAL RSUD ENDE**

**Laporan Tugas Akhir** yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **21,21%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 23 Juli 2025  
 Admin Strike Plagiarism  
  
 Murry Jermias Kale SST  
 NIP. 19850704201012100

**Lampiran 6****KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)**LEMBAR KONSULTASI**

*Lampiran 6*

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256  
Fax (0380) 8800256; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL**

Nama : Imelda Yuliani Mill  
NIM : PO5303202220013  
Nama Pembimbing : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc

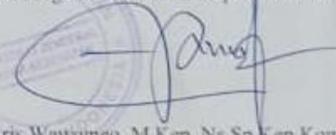
NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	09/09/2024	Judul : BBLR	1. Perdalam materi 2. Lanjut BAB I	
2	13/09/2024	BAB I	1. Tambahkan data 2. Lanjut BAB 2 dan 3	
3	24/09/2024	BAB I BAB II BAB III	1. Perbaiki penulisan (cover-kata pengantara) 2. Kata medis dihilangkan dan kata pasien diganti dengan bayi 3. Tujuan khusus : a. konsep dasar medis 4. RS khusus ruangan perinatal 5. Pathway (cantumkan dengan sumber) 6. Tabel analisa data spasi 1,5 7. Intervensi dinarasikan 8. Bab 3 alinea masuk 9. Daftar pustaka spasi dan tanggal askes	
4	06/10/2024	BAB I BAB II	1. Diagnosa dihapus pada judul	

183

		BAB III	2. Garis vertical dihilangkan pada tabel analisa data 3. Spasi 2 dan batas kertas 4 4 3 3	+
5	10/12/2024	BAB I BAB II BAB III	1. Perbaikan pengetikan 2. Daftar pustaka	+
6	12/12/2024	BAB I BAB II BAB III	1. Tabel pada pathway jangan diberi tanda kurung 2. Pathway ditulis miring 3. Lanjut PPT	+
7	23/12/2024		1. Latar belakang diberi poin 2. Rumusan masalah dipersingkat 3. BAB II masukan yang secara garis besar 4. Bayi (pasien kasus)	+

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



Aris Wawoineo, M.Kep.,Ns,Sp,Kep,Kom

NIP. 19660114 199102 1 001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

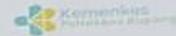
**LEMBAR KONSULTASI REVISI PROPOSAL**

NAMA : Imelda Yuliani Mili  
 NIM : PO5303202220013  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Di Ruang Perinatal RSUD Ende  
 NAMA PEMBIMBING : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc  
 NAMA PENGUJI : Raimunda Woga, S.Kp.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi penguji	Paraf Penguji
1	07/01/2025	Bayi Berat Lahir Rendah	<ol style="list-style-type: none"> <li>Perbaikan judul (kata bayi cukup I dan di ruangan di ganti menjadi ruang)</li> <li>Perbaikan penulisan gelar</li> <li>Perubahan diagnosa keperawatan masalah keperawatan hipotermi menjadi prioritas masalah</li> </ol>	
2	19/01/2025	Bayi Berat Lahir Rendah	<p>- ACC</p> <p>- Lanjut studi kasus</p>	
3		KTI	<p>- Pembahasan: Hasil penelitian, bandingkan teori, sumbu-sumbu, (karena ada perbedaan sesuai dengan pendapat saya).</p>	
4	01/03/2025		<p>- Perbaikan penulisan di gambar umum layout studi kasus</p> <p>- Perbaikan penulisan deskripsi</p>	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
 PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE  
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256  
 Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com



**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI**

Nama : Imelda Yuliani Mili  
 NIM : PO5303202220013  
 Nama Pembimbing : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	03/02/2025	Askep BBLR	Lanjut ketik	+
2	10/02/2025	KTI BAB IV	Pembahasan : hasil penelitian, bandingkan teori, jurnal-jurnal, (mengapa ada perbedaan sesuai dengan pendapat siapa)	+
3	04/03/2025	BAB IV	1. Perbaiki penulisan digambarang umum lokasi studi kasus 2. Perbaiki penulisan obat Kalk 3. Katolik, K diganti huruf besar 4. Sesuaikan data dari depan sampai belakang	+
4	06/05/2025	BAB IV	1. Buat PPT 2. Didalam PPT tidak ada yang terlampir semuanya harus dipaparkan	+

5	15/05/2025	PPT	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pake poin</li><li>2. Berurutan</li><li>3. Implementasi tidak perlu pakai jam</li><li>4. Evaluasi (SOAP, tanggal dan jam)</li><li>5. Pembahasan kesenjangan pakai poin</li></ol>	T
---	------------	-----	--	---

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

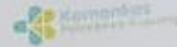


Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns,Sp.Kep.Kom

NIP. 19660114 199102 1 001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
 PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE  
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256  
 Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com



#### LEMBAR KONSULTASI REVISI KTI

Nama : Imelda Yuliani Mili  
 NIM : PO5303202220013  
 Nama Pembimbing : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc  
 Nama Penguji : Marthina Bedho, S. ST., M.Kes

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PENGUJI	PARAF PENGUJI
1	20/05/2025	KTI	<ol style="list-style-type: none"> <li>Edit ulang</li> <li>Pernaiiki etiologic masalah keperawatan pola napas, resiko hipovolemi dan defisit nutrisi</li> <li>Pemeriksaan refleks pada bayi (tujuh)</li> <li>Pertanggung jawabkan mengapa hipotermia menjadi prioritas masalah</li> <li>Perbaiki pengetikan</li> </ol>	
2	26/06/2025	KTI	<ol style="list-style-type: none"> <li>Perbaiki pengetikan refleks</li> <li>Perbaiki penyebab defisit nutrisi</li> <li>ACC dan dijilid</li> </ol>	

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

Aris Wawomeo, M.Kep..Ns..Sp.Kep.Kom

NIP. 19660114 199102 1 001



*L***DAFTAR RIWAYAT HIDUP****A. Data Diri**

Nama : Imelda Yuliani Mili  
Tempat/Tanggal Lahir : Ende, 12 Agustus 2000  
Alamat : Jln. Sultan Hasanudin  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Katholik

**B. Riwayat Pendidikan**

1. Taman Kanak-Kanak Rherhedja 2
2. SDK Roworeke 2
3. SMPN 2 Ende
4. SMAN 1 Ende
5. Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi DIII Keperawatan Ende :2025

**MOTTO****“BERKEMBANG DALAM DIAM, MEKAR DALAM WAKTU”**

