

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Risiko Hipotermia pada Bayi BBLR

1. Definisi

Risiko hipotermia ialah berisiko mengalami kegagalan termoregulasi yang dapat mengakibatkan suhu tubuh berada di bawah rentang normal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Suhu normal bayi baru lahir adalah 36^0 - $36,4^0$ celsius (suhu aksila), dan $36,5^0$ - 37^0 celsius (suhu rektal) (Maryunani, 2008).

2. Faktor Risiko

- a. Berat badan ekstrem
- b. Kerusakan hipotalamus
- c. Konsumsi alkohol
- d. Kurangnya lapisan lemak subkutan
- e. Suhu lingkungan rendah
- f. Malnutrisi
- g. Pemakaian pakaian yang tipis
- h. Penurunan laju metabolisme
- i. Terapi radiasi
- j. Tidak beraktivitas
- k. Transfer panas (mis, konduksi, konveksi, evaporasi, radiasi)
- l. Trauma
- m. Prematuritas
- n. Penuaan

- o. Bayi baru lahir
- p. Berat badan lahir rendah
- q. Kurang terpapar informasi tentang pencegahan hipotermia
- r. Efek agen farmakologis

3. Kondisi klinis terkait

- a. Berat badan ekstrem
- b. Dehidrasi
- c. Kurang mobilitas fisik

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Bayi BBLR dengan Risiko Hipotermia

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan yang dialami klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Muttaqin, 2011). Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi empat aktivitas dasar atau elemen dari pengkajian yaitu pengumpulan data secara sistematis, memvalidasi data, memilah, dan mengatur data, dan mendokumentasikan data dalam format (Wartolah, 2015). Pengkajian keperawatan pada bayi BBLR meliputi :

- a. Biodata (Maryunani, 2013)
 - 1) Identitas bayi : nama, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar dada.
 - 2) Identitas orang tua : nama, umur, pekerjaan, pendidikan, alamat.

- b. Keluhan utama : berat badan < 2500 gr, tinggi badan < 45 cm, lingkaran dada < 30 cm, lingkaran kepala < 33 cm, hipotermia.
- c. Riwayat penyakit sekarang
- d. Riwayat penyakit keluarga
- e. Riwayat penyakit dahulu

1) Masalah yang berkaitan dengan ibu (Pantiawati, 2010)

Penyakit yang berkaitan dengan ibu seperti hipertensi, toksemia, plasenta previa, absorpsi plasenta, inkompeten servikal, kehamilan kembar, malnutrisi dan diabetes mellitus. Status sosial ekonomi yang rendah, dan tiadanya perawatan sebelum kelahiran/ prenatal care. Riwayat kelahiran prematur atau absorpsi, penggunaan obat-obatan, alkohol, rokok dan kafein. Riwayat ibu : umur di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun dan latar belakang pendidikan rendah, kehamilan kembar, status sosial ekonomi yang rendah, tidak adanya perawatan sebelum kelahiran, dan rendahnya gizi, konsultasi yang pernah dilakukan, kelahiran prematur sebelumnya dan jarak kehamilan yang berdekatan, infeksi seperti TORCH atau penyakit hubungan seksual lain, keadaan seperti toksemia, abrupsi plasenta, plasenta previa, dan prolapsus tali pusat, konsumsi kafein, rokok, alkohol, dan obat-obatan, golongan darah, faktor Rh.

2) Bayi pada saat kelahiran (Pantiawati, 2010)

Umur kehamilan biasanya antara 24 sampai 37 minggu, rendahnya berat badan pada saat kelahiran, SGA, atau terlalu besar di bandingkan umur kehamilan, berat biasanya kurang dari 2500 gram, kurus , lapisan lemak subkutan sedikit atau tidak ada, kepala relative lebih besar dibandingkan badan, 3 cm lebih besar dibanding lebar dada, kelainan fisik yang mungkin terlihat, nilai APGAR

pada 1 sampai 5 menit, 0 sampai 3 menunjukkan kegawatan yang parah, 4 sampai 6 kegawatan sedang, dan 7 sampai 10 normal.

f. Pengkajian per sistem tubuh

1) Pernafasan (Maryunani, 2013)

Observasi bentuk dada (barrel, cembung), kesimetrian, adanya insisi, selang dada, atau penyimpangan lain. Observasi otot aksesori : pernafasan cuping hidung atau substansial, interkostal, atau retraksi subklavikular. Tentukan frekuensi dan keteraturan pernafasan. Auskultasi bunyi pernafasan : stridor, krekels, mengi, ronki basah, area yang tidak ada bunyinya, mengorok, penurunan udara masuk, keseimbangan bunyi nafas. Jumlah pernafasan rata-rata 40-60 per menit dibagi dengan periode apneu. Pernafasan tidak teratur dengan flaring nasal (nasal melebar) dengkur, retraksi (interkostal, supra sternal, substernal). Terdengar suara gemersik pada auskultasi paru-paru. Takipneu sementara dapat dilihat, khususnya setelah kelahiran cesaria atau persentasi bokong. Pola nafas diafragmatik dan abdominal dengan gerakan sinkron dari dada dan abdomen, perhatikan adanya sekret yang mengganggu pernafasan, mengorok, pernafasan cuping hidung.

2) Kardiovaskuler (Maryunani, 2013)

Tentukan frekuensi, irama jantung, tekanan darah. Auskultasi bunyi jantung, termasuk adanya mur-mur. Observasi warna kulit bayi : sianosis, pucat, pletora, ikterik, mottling. Kaji warna kuku, membran mukosa, bibir. Gambarkan nadi perifer, pengisian kapiler (<2-3 detik), perfusi perifer mottling. Denyut jantung rata-rata 120-160 per menit pada bagian apekal dengan ritme yang teratur. Pada

saat kelahiran : kebisingan jantung terdengar pada setengah bagian interkostal yang menunjukkan aliran dari kanan ke kiri karena hipertensi atau etektasis paru.

3) Hematologi (Maryunani, 2013)

Kaji adanya tanda-tanda perdarahan dan observasi gejala Disseminated Intravascular Coagulation/ (kondisi terjadinya pembekuan darah pada pembuluh darah kecil tubuh).

4) Gastrointestinal (Maryunani, 2013)

Penonjolan abdomen dan pengeluaran mekonium terjadi dalam waktu 12 jam. Reflek menelan dan mengisap lemah. Ada atau tidaknya anus, ketidaknormalan kogenital lain.

5) Genitourinaria (Maryunani, 2013)

a) Genitalia / reproduksi : bayi perempuan klitoris menonjol, labia mayora belum berkembang. Bayi laki-laki skrotum yang menonjol dengan rugae kecil. Testis belum turun diskrotum.

b) Urinaria : berkemih setelah 8 jam kelahiran, ketidakmampuan untuk melarutkan ekskresi kedalam urine.

6) Neurologis- Muskuloskeletal (Maryunani, 2013)

a) Neurologis :

Reflek dan gerakan pada tes neurologis tampak tidak resisten, gerak kembalinya hanya berkembang sebagian. Saat bayi menelan, menghisap, dan batuk sangat lemah atau tidak efektif. Tidak ada atau menurunnya tanda neurologis. Mata mungkin tertutup atau mengatup apabila umur kehamilan belum mencapai 25-26 minggu. Suhu tubuh tidak stabil, biasanya hipotermi. Gemetar,

kejang dan mata berputar-putar biasanya bersifat sementara tetapi mungkin juga ini mengindikasikan adanya kelainan neurologis.

b) Muskuloskeletal

Organ telinga dengan tulang kartilago yang belum tumbuh sempurna, lembut dan lunak. Tulang tengkorak dan tulang rusuk lunak. Gerakan lemah dan tidak agresif.

7) Suhu (Maryunani, 2013)

Tentukan suhu kulit dan aksila dan suhu lingkungan. Suhu tubuh pada BBLR harus dipertahankan, karena cenderung mengalami hipotermia.

8) Kulit (Maryunani, 2013)

Kulit yang tampak mengkilat dan kering sering dimiliki oleh BBLR. Kulit berwarna merah, merah muda, kekuning-kuningan. Sianosis atau campuran bermacam warna. Sedikit vernik kaseosa. Rambut lanugo disekitar / disekujur tubuh. Kurus, kulit tampak transparan, halus dan mengkilap. Edema yang menyeluruh, atau dibagian tertentu yang terjadi saat kelahiran. Kuku pendek, belum melewati ujung jari, rambut jarang mungkin tidak ada sama sekali. Pteki atau ekimosis.

9) Aktivitas- Istirahat (Maryunani, 2013)

Hari pertama bayi BBLR tidur sehari rata-rata 20 jam dan akan sadar 2-3 jam dengan tangis masih lemah, tidak aktif, tremor.

10) Ginjal (Pantiawati, 2010)

Bayi BBLR akan berkemih setelah 8 jam kelahirannya, ketidakmampuan dalam melarutkan ekskresi ke dalam urine.

11) Temuan sikap (Pantiawati, 2010)

Tangis yang lemah, tidak aktif dan tremor.

2. Diagnosis

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian Perencanaan keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi lima kategori, yaitu fisiologis, psikologis, perilaku, relasional, dan lingkungan. Lima kategori tersebut dapat dibagi lagi menjadi 14 subkategori. Dalam hal ini peneliti mengambil diagnosis risiko hipotermi yang termasuk ke dalam kategori lingkungan dan subkategori keamanan dan proteksi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosis risiko menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko atau mengalami masalah kesehatan. tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan. Perumusan diagnosis keperawatan risiko terdiri dari komponen problem (P) dan etiologi (E), yang penulisan yaitu masalah dibuktikan dengan faktor risiko. Rumusan diagnosis

keperawatan pada penelitian ini ialah risiko hipotermia dibuktikan dengan berat badan lahir rendah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Risiko hipotermia adalah berisiko mengalami kegagalan termoregulasi yang dapat mengakibatkan suhu tubuh dibawah rentang normal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Suhu normal bayi baru lahir adalah 36^0 - $36,4^0$ celcius (suhu aksila), dan $36,5^0$ - 37^0 celsius (suhu rektal) (Maryunani, 2008). Faktor risiko yang dapat menyebabkan risiko hipotermia, yaitu : berat badan ekstrem, kurangnya lapisan lemak subkutan, suhu lingkungan rendah, prematuritas, bayi baru lahir, berat badan lahir rendah. Kondisi yang terkait dalam risiko hipotermia, yaitu berat badan ekstrem, dehidrasi, kurang mobilitas fisik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien, dan/atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat (Deswani, 2011).

Perencanaan keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Perencanaan keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu label, definisi, dan tindakan. Komponen label merupakan nama dari Perencanaan keperawatan yang merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi terkait Perencanaan keperawatan tersebut. Komponen definisi menjelaskan tentang makna dari label Perencanaan keperawatan, pada penulisan akan diawali dengan kata kerja berupa perilaku yang dilakukan perawat, bukan perilaku pasien. Komponen

tindakan merupakan rangkaian perilaku atau yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan Perencanaan keperawatan. Tindakan pada Perencanaan keperawatan terdiri atas observasi, terapiutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Berikut ini adalah Perencanaan keperawatan yang diberikan pada pasien BBLR dengan risiko hipotermia :

Tabel 1
Perencanaan Keperawatan pada Risiko Hipotermia

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan Keperawatan SIKI
1	2	3	4
1	Risiko hipotermia dibuktikan dengan berat badan lahir rendah	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam maka diharapkan risiko hipotermia tidak terjadi, dengan kriteria hasil : 1) Menggigil menurun 2) Kulit merah menurun 3) Akrosianosis menurun 4) Dasar kuku sianotik menurun 5) Suhu tubuh cukup membaik 6) Suhu kulit cukup membaik	Manajemen hipotermia 1) Monitor suhu 2) Identifikasi penyebab hipotermia (misalnya: terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) 3) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (hipotermia ringan : takipnea, disartria, menggigil, hipertensi, diuresis; hipotermia sedang : aritmia, hipotensi, apatis, koagulopati, refleks menurun; hipotermia berat : oliguria, refleks menghilang, edema paru, asam basa abnormal) 4) Sediakan lingkungan yang hangat (atur suhu ruangan, inkubator)

1	2	3	4
			<p>5) Ganti pakaian dan/ atau linen yang basah</p> <p>6) Lakukan penghangatan pasif (selimut, menutup kepala, pakaian tebal)</p> <p>7) Lakukan penghangatan aktif eksternal (kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, perawatan metode kangguru)</p> <p>8) Lakukan penghangatan aktif internal (infus cairan hangat, oksigen hangat)</p> <p>Regulasi temperatur</p> <p>1) Monitor suhu bayi sampai stabil (36,5° C-37,5° C)</p> <p>2) Monitor warna dan suhu kulit</p> <p>3) Bedong bayi segera setelah lahir untuk mencegah kehilangan panas</p> <p>4) Masukkan bayi BBLR ke dalam plastik segera setelah lahir</p> <p>5) Gunakan topi bayi untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir</p> <p>6) Pertahankan kelembaban inkubator 50% atau lebih untuk mengurangi kehilangan panas karena posisi evaporasi</p> <p>7) Atur suhu inkubator sesuai kebutuhan</p> <p>8) Hindari meletakkan bayi di dekat jendela terbuka atau di aliran pendingin ruangan atau kipas angin.</p>

Sumber : Tim Pokja SLKI DPP PPNI. Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, 2018 & Standar Perencanaan Keperawatan Indonesia, PPNI Tim Pokja SIKI DPP, 2018

4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan (Wartolah, 2015). Implementasi pada proses keperawatan berorientasi pada tindakan, berpusat pada klien, dan diarahkan pada hasil. Setelah menyusun rencana asuhan berdasarkan fase pengkajian dan diagnosis, perawat mengimplementasikan Perencanaan dan mengevaluasi hasil yang diharapkan. Berdasarkan terminologi NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan Perencanaan (Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, 2010).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan (Wartolah, 2015). Evaluasi berfokus pada klien, baik itu individu maupun kelompok. Evaluasi dapat berupa evaluasi tujuan/ hasil, proses, dan struktur. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menggambarkan hasil observasi dan analisis perawat terhadap respon klien segera setelah tindakan. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan. Perawat akan menggunakan pendokumentasian dari pengkajian dan kriteria hasil yang diharapkan sebagai dasar untuk menulis evaluasi sumatif (Deswani, 2011). Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (Dinarti, Aryani, Nurhaeni, Chairani, 2013).