





Lampiran Jadwal Kegiatan

Jadwal Kegiatan

Hari/Tanggal	Jam	Kegiatan	TTD
Kamis, 16 Juni 2022	08.42	1. Mengobrol dengan Ibu klien (bayi)/ BHSP 2. Melakukan pengkajian pada klien 3. Mengobservasi klien	
	11.55	4. Memonitor ikterik pada sklera dan kulit bayi 5. Memonitor suhu dan tanda vital 6. Menyiapkan lampu fototerapi dan inkubator atau kotak bayi 7. Melepaskan pakaian bayi kecuali popok 8. Memberikan penutup mata (eye protector/biliband) pada bayi 9. Membiarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan	
	14.30	10. Memberikan ASI bayi yang ada dibotol susu bayi	
Jum'at, 17 Juni 2022	08.10	1. Memonitor ikterik pada sklera dan kulit bayi 2. Memonitor suhu dan tanda vital 3. Menyiapkan lampu fototerapi dan inkubator atau kotak bayi 4. Melepaskan pakaian bayi kecuali popok 5. Memberikan penutup mata (eye protector/biliband) pada bayi 6. Membiarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan	
	10.23	7. Memberikan ASI bayi yang ada dibotol susu bayi	
	11.16	8. mengganti alas dan popok bayi jika BAB/BAK	
Sabtu, 18 Juni 2022	08.00	1. Memonitor ikterik pada sklera dan kulit bayi 2. Memonitor suhu dan tanda vital 3. Menyiapkan lampu fototerapi dan inkubator atau kotak bayi 4. Melepaskan pakaian bayi kecuali popok 5. Memberikan penutup mata (eye protector/biliband) pada bayi 6. Membiarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan	
	10.10	7. mengganti alas dan popok bayi jika BAB/BAK	
	10.34	8. Memberikan ASI bayi yang ada dibotol susu bayi	
	14.16	9. Persiapan klien pulang	
Minggu, 19 Juni 2022	07.15	1. Memonitor ikterik pada sklera dan kulit bayi	

	2. Memonitor suhu dan tanda vital setiap 4 jam sekali	
	3. Menyiapkan By. Ny. R pulang	

Lampiran Surat Izin Studi Kasus



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN

Jl. Mayjend S. Parman No. 03 Kendari 93121

Website : balitbang sulawesitenggara prov.go.id Email: badan litbang sultra01@gmail.com

Kendari, 15 Juni 2022

K e p a d a

Nomor : 070/2020/VI/2022
Sifat : -
Lampiran : -
Perihal : IZIN PENELITIAN.

Yth. Direktur RSUD Kota Kendari
Di -
KENDARI

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari Nomor: LB.02.01/1/1584/PP/2022 tanggal, 08 Juni 2022 perihal tersebut diatas, Mahasiswa dibawah ini:

Nama : KHUSNUL KHATIMAH
NIM : P003200190070
Prog. Studi : D-III Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswa
Lokasi Penelitian : RSUD Kota Kendari

Bermaksud untuk Melakukan Penelitian/Pengambilan Data di Daerah/Sesuai Lokasi diatas, dalam rangka penyusunan KTI/Skripsi/Tesis/Disertasi, dengan judul :

"ASUHAN KEPERAWATAN BAYI DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN CAIRAN DI RUANG PERINATOLOGI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI".

Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 15 Juni 2022 sampai selesai.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan :

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undangan yang berlaku.
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula.
3. Dalam setiap kegiatan dilapangan agar pihak Peneliti senantiasa koordinasi dengan Pemerintah setempat.
4. Wajib menghormati adat Istiadat yang berlaku di daerah setempat.
5. Menyerahkan 1 (satu) exemplar copy hasil penelitian kepada Gubernur Sulawesi Tenggara Cq. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.
6. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut diatas.

Demikian surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

an. GUBERNUR SULAWESI TENGGARA
KEPALA BADAN PENELITIAN & PENGEMBANGAN
PROV. SULAWESI TENGGARA
SEKRETARIS

GUNAWAN LALIASA, STP., MM.

Pembina TKJ, Gol. IV/b
Nip. 19660809 200312 1 002

T e m b u s a n :

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari;
2. Walikota Kendari di Kendari;
3. Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari di Kendari;
4. Ketua Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari di Kendari;
5. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari di Tempat;
6. Mahasiswa yang bersangkutan.

Lampiran Surat Keterangan telah Meneliti



PEMERINTAH KOTA KENDARI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI

Jl. Brigjend Z.A. Sugianto No.39 Kendari
Email: rsudkotakendari39@gmail.com

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : 070/ 3727 / 2022

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa :

Nama : Khusnul Khatimah
NIM : P003200190070
Jurusan/Prodi : DIII Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kendari

Nama tersebut di atas benar-benar telah melakukan penelitian dengan judul " **Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Cairan Pada Bayi Ny. R Dengan Ikterus Neonatorum di Ruang Perinatologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari** " sejak tanggal **16 Juni 2022 s/d 19 Juni 2022.**

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 20 Juni 2022
An. Direktur,
Kepala Subbagian Umum,
Kepegawaian dan Diklat



Lampiran Informed Consent

INFORMED CONSENT

Kepada Yth.
Calon Responden Penelitian
Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari

Assalamualaikum Wr. Wb.

Dengan hormat saya,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kota Kendari.


Nama : Khusnul Khatimah

NIM : P003 2001 900 70

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan Bayi dalam Pemenuhan Kebutuhan Cairan diruang Perinatologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari”. Untuk keperluan penelitian ini saya mohon kesediaan saudara untuk menjadi responden penelitian ini, saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas untuk menjadi responden pada penelitian ini. Saya mohon kesediaanya untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Kendari, 16 Juni 2022



Khusnul Khatimah
Nim.P003200190070

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Inisial : Ny. R
Alamat : Desa Labotoy

Dengan ini saya menyatakan bahwa sudah diberikan penjelasan tentang manfaat dan kerugian selama menjadi subjek penelitian dan bersedia mengikuti penelitian tersebut secara suka rela sebagai subjek penelitian. Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tidak dalam paksaan siapapun dan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Atas bantuan dan partisipasinya disampaikan terimakasih.

Kendari, 16 Juni 2022

Responden


(.....)

Peneliti


(KHUSNUL KHATIMAH)

Lampiran Pengkajian Keperawatan

Lampiran 6 : Pengkajian Keperawatan Bayi

IDENTITAS PASIEN				IDENTITAS ORANG TUA	
		Ayah		Ibu	
Nomor RM	:	By. My. R	Nama	Hari Setiawan	Riska Anisa
Nama	:	By. My. R	Usia	27	27
Tempat, Tanggal Lahir	:	Kendari, 11-6-2022	Pekerjaan	Wiraswasta	IRT
Jenis Kelamin	:	L♂	Pendidikan	SMA	Dg kebidanan
Pendidikan	:	-	Alamat	TOpeala	Topela
Alamat	:	Kapotaia, Konca	Suku	Tolaki	Tolaki
Tanggal Masuk RS	:	13-6-22	Agama	Islam	Islam
Tanggal Pengkajian	:	16-6-22 jam: 09.40			
Diagnosis Medis	:	1. Icterus Neonatorum			

Keluhan Utama

Do: By. My. R mengatakan, bawanya nampak kuning pd seluruh badannya.

Do: Nampak kuning pada kulit wajah, Ekstremitas atas, bawah, serta pada sklera nampak kuning.

RTU :
 n : 140x/mn
 s : 36,5°C
 p : 44x/mn

RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

Riwayat Kelahiran

1. Prenatal

- Usia Ibu saat hamil : < 20 tahun 20-35 tahun > 35 tahun
- Kenaikan BB selama Kehamilan: 15...Kg
- Persepsi kehamilan : Kehamilan direncanakan Kehamilan tidak direncanakan
- Antenatal Care : Tidak Ya, jumlah kunjungan 6x
- Keluhan Ibu selama kehamilan: Tidak Ya (perdarahan PHS infeksi ngidam demam)
- Konsumsi obat selama kehamilan: Tidak Ya
- Riwayat injury selama kehamilan: Tidak Jatuh Kecelakaan Lainnya
- Riwayat hospitalisasi : Tidak Ya
- Pernah ada riwayat : Terkena sinar X, Menerima terapi perlindungan penyakit, Melakukan meditasi selama kehamilan
- Pemeriksaan penunjang kehamilan: Tidak Ya: (Rubella Hepatitis CMV GO Herpes HIV Lainnya:)
- Imunisasi : Tidak Ya : (Jenis Imunisasi: Imunisasi TT , Jumlah Pemberian:)

- Golongan Darah Ibu: **A** Usia kehamilan: _____
 , Golongan Darah Ayah: **B**
- 2. Intranatal**
- Tempat Pesalinan : RS klinik rumah
 - Riwayat persalinan : Spontan SC Dengan alat bantu
 - Lama persalinan : **1111**
 - Penolong Persalinan : Dokter Bidan Lainnya:
 - Usia kelahiran : **38** ..minggu,
 - Komplikasi :
- 3. Postnatal**
- Pertumbuhan bayi saat lahir: BBL **2690** gram, PB: **47** cm, LK: **32** cm, LP: **5** cm, LD: **31** cm
 - APGAR Score:
 - Pengeluaran Meconium: <24 Jam >24 Jam
 - Kelainan Kongenital: Tidak Ya
 - Penyakit yang dialami bayi: ikterus kebiruan kemerahan problem menyusui
 BB tidak stabil Lainnya:
 - Apakah bayi meninggalkan RS dengan ibunya: Ya Tidak
 - Kebutuhan alat bantu: Inkubator Oksigen Suction Ventilator Lainnya

Riwayat Obstetri Sebelumnya

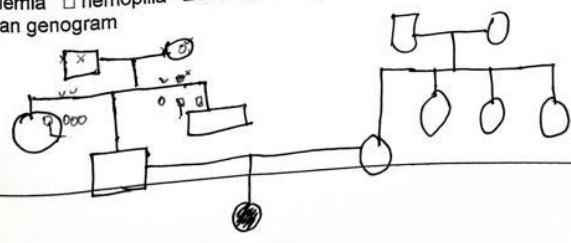
No.	Tanggal lahir dan usia Anak	Proses Persalinan	Penolong Persalinan	Jenis Kelamin	Berat Badan Lahir	Komplikasi

Riwayat Penyakit Terdahulu

1. Penyakit yang pernah dialami :
2. Riwayat Operasi : Tidak Ya,
3. Riwayat Penggunaan obat : Tidak Ya, Jenis obat
4. Riwayat Injury/kecelakaan : Tidak Ya, sebutkan
5. Riwayat Alergi : Tidak Ya, sebutkan
6. Riwayat Hospitalisasi : Tidak Ya,

Riwayat Kesehatan Keluarga

1. penyakit keturunan dalam keluarga: **tidak ada**
2. Penyakit pada anggota keluarga: alergi asma TBC hiperetensi penyakit jantung stroke
 anemia hemopilia arthritis migrain DM kanker dan gangguan emosional.
3. Bagan genogram



Hepatitis

- BCG
- DPT 1
- Hepatitis 1
- Polio 1
- Campak
- Lainnya

Riwayat Imunisasi

- DPT 2
- Hep 2
- Polio 2
- DPT 3
- Hep 3
- Polio 3
- Hep 4
- Polio 4

RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

Nutrisi dan cairan

- Jenis nutrisi: ASI Susu formula ASI & susu formula HMF TIM Bubur
 Lainnya:.....
- Cara pemberian nutrisi : Menyusui OGT/NGT Gelas/cup feeder Botol Parenteral
- Frekuensi pemberian nutrisi: 6 x 30 cc/oral - 40 cc/oral
- Masalah pemberian makan: -
- IVFD :

Eliminasi

- Buang Air Besar : melalui anus melalui stoma, Frekuensi.....².....kali
- Karakteristik feces : - Warna... kuning, gelap
- Konsistensi... kental... Darah Lendir Lain-Lain, sebutkan.....
- Masalah BAB :
- Buang Air Kecil : Spontan Kateter, Frekuensi...¹⁶...kali/hari, Warna... bening.....
- Masalah BAK :

Aktivitas dan Istirahat

- 1. Istirahat dan Tidur
 - Tidur siang : ¹⁸ jam/hari
 - Kualitas tidur : Baik Kurang baik
 - Keluhan tidur : -
- Tidur malam : ^{18,5} jam/hari

2. Pergerakan : Bebas Terbatas
 - Masalah Pergerakan :

Penilaian nyeri		Interpretasi skor skala nyeri NIPS : - Skor 0 : Tidak perlu intervensi - Skor 1-3 : Intervensi non-farmakologis - Skor 4-5 : Terapi analgetik non-opioid - Skor 6-7 : Terapi opioid - Skala nyeri : - Lokasi : - Frekuensi : - Durasi : - Tipe nyeri : <input type="checkbox"/> Terus menerus <input type="checkbox"/> Hilang timbul
Ekspresi wajah 0 : Otot relaks 1 : Meringis	Wajah tenang, ekspresi netral Otot wajah tegang, alis berkerut (ekspresi wajah negative)	
Tangisan 0 : Tidak menangis 1 : Merengek 2 : Menangis keras	Tenang, tidak menangis Mengerang lemah, intermiten Menangis kencang, melengking terus menerus (catatan : menangis tanpa suara diberi skor bila bayi diintubasi)	
Pola napas 0 : Relaks 1 : Perubahan napas	Bernapas biasa Tarikan ireguler, lebih cepat dibanding biasa, menahan napas, tersedak	
Tungkai 0 : Relaks 1 : Fleksi/ekstensi	Tidak ada kekuatan otot, gerakan tungkai biasa Tegang kaku	
Tingkat kesadaran 0 : Tidur/bangun 1 : Gelisah	Tenang tidur lelap atau bangun Sadar atau gelisah	

PEMERIKSAAN FISIK

Kesadaran		Tanda-Tanda Vital
GCS	E:M: V:	- TD : mmHg - S: °C
Kesadaran	<input type="checkbox"/> Compos Mentis <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/> Sopor Koma <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Koma	- N : x/menit - SaO2: % - P : x/menit
Antropometri	BB: , PB: cm, LK: cm, LLA: cm, LP: LD:	
1. Kepala	- Bentuk kepala : <input checked="" type="checkbox"/> Normocephali <input type="checkbox"/> Mikrocephali <input type="checkbox"/> Makrocephali - Fontanel : <input type="checkbox"/> Lunak <input type="checkbox"/> Keras <input type="checkbox"/> Datar <input type="checkbox"/> Cembung <input type="checkbox"/> Cekung - Keadaan rambut : - Bentuk wajah : - Lainnya :	
Mata	- Bentuk : <input checked="" type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris - Konjungtiva : <input type="checkbox"/> Anemis <input checked="" type="checkbox"/> Merah muda - Sklera ikterik : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya - Kelopak mata : <input type="checkbox"/> Cekung <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> edema - Refleks cahaya : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ada - Lainnya :	
Telinga	- Bentuk : <input checked="" type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris - Cairan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ada	

	- Lainnya : —
Hidung	- Bentuk : <input checked="" type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris - Mukus : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak - Pernafasan cuping hidung: <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak - Lainnya:
Mulut	- Bentuk : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Bibir Sumbing <input type="checkbox"/> Stomatitis - Mukosa Bibir: <input type="checkbox"/> Kering <input checked="" type="checkbox"/> Lembab - Lainnya:
Leher	- Pembesaran Kelenjar Tiroid : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak - Pembesaran Jugularis Vena Pressure : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak - Tonsil : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kemerahan <input type="checkbox"/> Pembesaran - Lainnya:
2. Dada dan Paru-paru	- Inspeksi <ul style="list-style-type: none"> • Bentuk : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pigeon Chest <input type="checkbox"/> Barrel Chest <input type="checkbox"/> Turner Chest • Pergerakan dinding dada: <input checked="" type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris • Retraksi: <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak • Respirasi: <input checked="" type="checkbox"/> Spontan tanpa alat bantu <input type="checkbox"/> Dengan alat bantu - Palpasi : Vocal Fremitus <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris - Perkusi : <input type="checkbox"/> Sonor <input type="checkbox"/> Hipersonor <input type="checkbox"/> Dullness - Auskultasi : <input type="checkbox"/> Vesikuler <input type="checkbox"/> Ronkhi <input type="checkbox"/> Wheezing
3. Jantung	- Inspeksi: - Palpasi: - Auskultasi: <input checked="" type="checkbox"/> BJ 1 & BJ 2 Normal <input type="checkbox"/> Murmur <input type="checkbox"/> Gallop - Perkusi: - Lainnya:
4. Abdomen	- Inpeksi <ul style="list-style-type: none"> • Tali Pusat: <input type="checkbox"/> Basah <input checked="" type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> Berbau <input type="checkbox"/> Berdarah <input type="checkbox"/> Keluaran Cairan..... • Distensi Abdomen : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak • Bentuk: • Lainnya - Auskultasi : Bising usus = x/menit - Palpasi <ul style="list-style-type: none"> • Supel : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak • Hepatomegali : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak • Spleenomegali : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak • Teraba Masa : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak • Turgor Kulit : <input type="checkbox"/> Lambat <input type="checkbox"/> Cepat - Perkusi : <input type="checkbox"/> Tympani <input type="checkbox"/> Hypertimpani
5. Anus dan Genitalia	- Laki-Laki : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Perempuan : <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Anomalirectal : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

6. Ekstremitas dan Muskuloskeletal	<ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan : <input checked="" type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kurang Bersih - Abnormalitas lain : Sebutkan - Kelainan tulang: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan..... - Spina bifida <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, sebutkan - Kekuatan otot: <div style="text-align: center;"> </div>																		
7. Kulit dan kuku	<ul style="list-style-type: none"> - Lainnya - Warna Kulit : <input type="checkbox"/> Pink <input type="checkbox"/> Pucat <input checked="" type="checkbox"/> Kuning <input type="checkbox"/> kulit tipis nampak pembuluh darah <input type="checkbox"/> Mottled - Sianosis : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi - Ptekie : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi - Kemerahan : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi - Tanda lahir : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Lokasi - Turgor Kulit : <input type="checkbox"/> Elastis <input type="checkbox"/> Tidak elastis - Edema : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ada, Lokasi - CRT : detik - Lainnya : 																		
8. Penilaian Ikterus neonaturum	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Derajat Ikterus</th> <th style="width: 60%;">Daerah Ikterus</th> <th style="width: 30%;">Porsi/Kadar Bilirubin</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td>Kepala dan leher</td> <td>5.0 mg/dL</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> <td>Sampai badan atas (di atas umbilikus)</td> <td>9.0 mg/dL</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">III</td> <td>Sampai badan bawah (di bawah umbilikus) hingga tungkai atas (di atas lutut)</td> <td>11.4 mg/dL</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">IV</td> <td>Sampai lengan, tungkai bawah lutut</td> <td>12.4 mg/dL</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">V</td> <td>Sampai telapak tangan dan kaki</td> <td>16.0 mg/dL</td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Derajat Ikterus: III </div>	Derajat Ikterus	Daerah Ikterus	Porsi/Kadar Bilirubin	I	Kepala dan leher	5.0 mg/dL	II	Sampai badan atas (di atas umbilikus)	9.0 mg/dL	III	Sampai badan bawah (di bawah umbilikus) hingga tungkai atas (di atas lutut)	11.4 mg/dL	IV	Sampai lengan, tungkai bawah lutut	12.4 mg/dL	V	Sampai telapak tangan dan kaki	16.0 mg/dL
Derajat Ikterus	Daerah Ikterus	Porsi/Kadar Bilirubin																	
I	Kepala dan leher	5.0 mg/dL																	
II	Sampai badan atas (di atas umbilikus)	9.0 mg/dL																	
III	Sampai badan bawah (di bawah umbilikus) hingga tungkai atas (di atas lutut)	11.4 mg/dL																	
IV	Sampai lengan, tungkai bawah lutut	12.4 mg/dL																	
V	Sampai telapak tangan dan kaki	16.0 mg/dL																	
9. Refleks	<input type="checkbox"/> Bisep <input type="checkbox"/> Trisep <input type="checkbox"/> Patella <input type="checkbox"/> Achilles <input type="checkbox"/> Kernig sign <input type="checkbox"/> Brudzinko <input type="checkbox"/> Doll's eyes <input type="checkbox"/> Gag <input type="checkbox"/> Sallowing <input type="checkbox"/> Sucking <input type="checkbox"/> Rooting <input type="checkbox"/> Moro <input type="checkbox"/> Palmar <input type="checkbox"/> Perez <input type="checkbox"/> Galand <input type="checkbox"/> Plantar <input type="checkbox"/> Walking <input type="checkbox"/> Tonic neck																		
10. Kebersihan Diri	<ul style="list-style-type: none"> - Mandi : Frekuensi : <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Dengan bantuan - Sikat Gigi : Frekuensi : <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Dengan bantuan - Keramas : Frekuensi : <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Dengan bantuan 																		
11. Luka	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-left: 20px;"> Beri tanda (arsir) pada lokasi luka Karakteristik luka:..... </div> </div>																		

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Bilirubin total : 10.7

Bilirubin direk : 0.57

Lampiran Surat Keterangan Bebas Pustaka



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI

Jl. Jend. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 390492. Fax (0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com



SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA

NO: KM.06.02/1/267/2022

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Khusnul Khatimah
NIM : P003200190070
Tempat Tgl. Lahir : Luru, 15 April 2001
Jurusan : D-III Keperawatan
Alamat : Jl. Ade Irma Nasution

Benar-benar mahasiswa yang tersebut namanya di atas sampai saat ini tidak mempunyai sangkut paut di Perpustakaan Poltekkes Kendari baik urusan peminjaman buku maupun urusan administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Tahun 2022.

Kendari, 21 Juni 2022

Kepala Unit Perpustakaan
Politeknik Kesehatan Kendari



Irmayanti Tahir, S.I.K
NIP. 197509141999032001

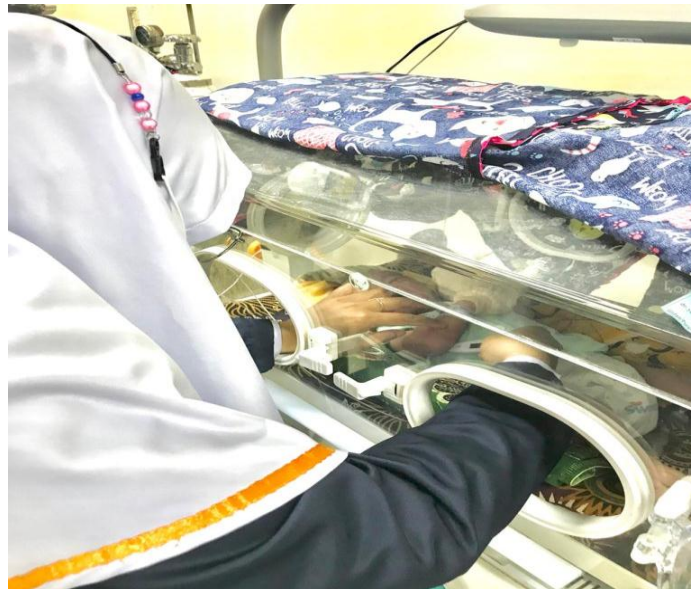
Lampiran Dokumentasi Tindakan

DOKUMENTASI TINDAKAN ASUHAN KEPERAWATAN YANG TELAH DILAKUKAN PENELITI

1. Penandatanganan informed consent



2. Melakukan pengkajian



3. Melakukan tindakan asuhan keperawatan



Lampiran Standar Operasional Prosedur

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMBERIAN CAIRAN PADA BAYI

1) Pemberian ASI Eksklusif

- a. Anjurkan pemberian ASI dini dan eksklusif.
- b. Bila perlu, jelaskan kepada ibu dan keluarga manfaat pemberian ASI dini dan eksklusif, antara lain: ASI mengandung zat gizi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi; ASI mudah dicerna dan digunakan efisien oleh tubuh bayi, ASI mencegah bayi terhadap berbagai jenis penyakit infeksi.
- c. Pemberian ASI dapat di gunakan sebagai cara keluarga berencana (Metode Amenori Laktasi), Menyusui mendekatkan hubungan ibu dan bayi (“bonding”).
- d. Anjurkan ibu untuk menyusui tanpa jadwal siang dan malam (paling kurang 8 kali dalam 24 jam) setiap kali bayi menginginkan. Bila bayi melepaskan isapannya dari satu payudara berikan payudara lainnya.
- e. Nasehati ibu agar tidak memaksa bayi untuk menyusui bila bayi belum mau atau tidak melepaskan isapan sebelum bayi selesai menyusui dan tidak memberikan minuman lain selain ASI atau menggunakan dot yang kempeng.
- f. Anjurkan ibu hanya memberi ASI untuk 4-6 bulan pertama. Posisi dan perlekatan menyusui yang benar. Susui bayi yang sudah siap menyusui, antara lain mulut terbuka lebar, gerakan mencari puting (“rooting reflek”), melihat lihat sekeliling dan bergerak.
- g. Tunjukkan kepada ibu cara memegang bayi yang benar sewaktu menyusui.
- h. Topang seluruh tubuh bayi, jangan hanya kepala dan leher. Kepala dan tubuh bayi yang lurus sehingga bayi menghadap payudara dan hidung bayi dekat dengan puting susu ibu.
- i. Tunjukkan kepada ibu cara melekatkan bayi kepada ibu agar menyentuh puting pada bibir bayi. Tunggu sampai mulut bayi terbuka lebar dan mulai menyisap.

2) Memberikan ASI Peras

- a. Apabila bayi tidak dapat menyusui (misalnya bayi kecil atau sakit, atau ibu sakit berat), anjurkan ibu memeras ASI dan berikan dengan salah satu alternative cara pemberian minum yang lain. Ajarkan ibu cara memeras ASI bila perlu jelaskan bahwa ia dapat menyusui lagi setelah bayi dan ibu sembuh.
- b. Nilai kemampuan menyusui dua kali sehari dan anjurkan menyusui langsung apabila bayi menunjukkan tanda siap untuk menyusui.

3) Memberikan Susu Formula

- a. Bila ibu tidak dapat menyusui atau memeras ASI, berikan bayi susu formula bila ada.
- b. Gunakan cara aseptik dalam menyiapkan susu formula cair maupun yang bubuk (cuci tangan dengan sabun), gunakan peralatan dan wadah yang sudah disteril, serta air yang sudah direbus atau steril (didihkan selama 10 menit).

- c. Gunakan susu formula steril yang siap pakai dalam 4 jam setelah dibuka wadahnya. Cuci tangan dengan sabun dan air. Didihkan air selama 10 menit.
- d. Cuci cangkir atau peralatan yang digunakan untuk memberi minum dengan sabun dan air, dan bila mungkin, bilas dengan air panas. Tentukan jumlah susu bubuk yang diperlukan.
- e. Takar susu bubuk dan air yang diperlukan, dan campur dengan cara mengocok.
- f. Tuangkan jumlah susu formula yang diperlukan ke dalam cangkir atau semprit, dan berikan kepada bayi. Simpan sisanya ke dalam lemari pendingin maksimal selama 24 jam tandai wadahnya dan catat kapan wadahnya dibuka.
- g. Cuci cangkir dan peralatan yang digunakan untuk memberi minum setiap kali selesai digunakan. Bila bayi kecil (misal berat lahir < 2500 g atau umur kehamilan < 37 minggu) gunakan susu formula khusus untuk bayi/premature..
- h. Apabila ada susu formula, gunakan ASI donor yang telah dipasterurisasi.

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
FOTOTERAPI NEONATUS**

Perawatan Bayi dengan Fototerapi	
Definisi	Fototerapi merupakan penatalaksanaan hiperbilirubinemia yang bertujuan untuk menurunkan konsentrasi bilirubin dalam sirkulasi atau mencegah peningkatan kadar bilirubin
Tujuan	Untuk menurunkan konsentrasi bilirubin didalam darah. Perawatan bayi dengan fototerapi bertujuan memastikan proses fototerapi berjalan dengan baik sehingga memperoleh hasil yang maksimal.
Alat dan Bahan	<ul style="list-style-type: none"> . Sarung tangan . Handrub . Inkubator . Blue light 20 watt 8 sampai 10 lampu . Penutup mata bayi dan penutup gonad yang dapat memantulkan sinar UV . Popok bayi . Bantal bayi . Linen warna putih
Cara Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tahap pra interaksi <ul style="list-style-type: none"> - Menyiapkan alat dan bahan - Menyiapkan lingkungan 2) Tahap orientasi <ul style="list-style-type: none"> - Memberi salam dan membina hubungan saling percaya - Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan kepada keluarga - Memberikan kesempatan keluarga untuk bertanya - Menanyakan kesiapan keluarga sebelum dilakukan tindakan - Tanda tangan lembar inform concent oleh keluarga 3) Tahap Kerja <ul style="list-style-type: none"> - Handhygiene

- Memakai sarung tangan
- Melepaskan pakian bayi kecuali popok bayi
- Kenakan penutup mata pada bayi
- Pasang penutup gonad
- Letakkan bayi pada inkubator
- Atur posisi blue light dengan bayi kurang lebih 40 cm
- Ubah posisi bayi setiap 3 jam
- Ganti popok segera alas dan popok bayi bila BAK/BAB
- Periksa kadar bilirubin setiap 12 atau 24 jam
- Pantau suhu bayi 4 sampai 6 jam sekali
- Observasi intake ouput bayi
- Edukasi serta motivasi keluarga bayi untuk memberikan ASI sesering mungkin selama 20 sampai 30 menit
- Saat pemberian ASI bayi dikeluarkan dari inkubator, lakukan pemeriksaan pada mata, adakah iritasi
- Lepaskan sarung tangan
- Rapikan alat
- Cucitangan
- Terminasi

4) Terminasi

- Melakukan evaluasi tindakan
- Merapikan alat
- Mencuci tangan
- Melakukan dokumentasi