

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Berat bayi Lahir Rendah (BBLR)

a. Pengertian

Berat Bayi Lahir Rendah merupakan bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram (Royyan, 2012). Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasinya (Nelson, 2012). Dahulu bayi baru lahir yang berat badan lahir kurang atau sama dengan 2500 gram disebut *premature*. Untuk mendapatkan keseragaman pada kongres *European perinatal medicine II* di London (1970), disusun definisi sebagai berikut:

- 1) *Preterm infant* (prematuur) atau bayi kurang bulan; Bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu (259) hari.
- 2) *Term infant* atau bayi cukup bulan : bayi dengan masa kehamilan mulai 37 minggu sampai dengan 42 minggu (259 – 293 hari).
- 3) *Post term* atau bayi lebih bulan : bayi dengan masa kehamilan mulai 42 minggu atau lebih (294 hari atau lebih).

BBLR sendiri dapat dibagi menjadi 2 golongan, bayi dengan Berat Bayi Lahir Sangat Rendah (BBLSR) yaitu dengan berat lahir 1000 – 1500 gram dan Bayi Berat Lahir Amat Sangat Rendah (BBLASR) yaitu dengan berat lahir kurang dari 1000 gram.

Menurut Proverawati dan Ismawati, 2010 Ada beberapa cara dalam mengelompokan bayi BBLR, yaitu :

- 1) Menurut harapan hidupnya :
 - a) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) berat lahir 1500 – 2500 gram
 - b) Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) berat lahir 1000 – 1500 gram
 - c) Bayi Berat Lahir Ekstrim Rendah (BBLER) berat lahir < 1000 gram
- 2) Menurut masa gestasinya :
 - a) Prematuritas murni : masa gestasinya kurang dari 37 minggu dan berat badanya sesuai dengan berat badan untuk masa gestasi berat atau bias disebut neoatus kurang bulan sesuai untuk masa kehamilan (NKB – SMK).
 - b) Dismaturitas : bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasinya itu. Berat bayi mengalami retardasi pertumbuhan *intrauterine* dan merupakan bayi yang kecil untuk masa kehamilannya (KMK).

b. Anatomi Fisiologi

Menurut Behrman anatomi dan fisiologi adalah :

- 1) Anatomi
 - a) Kulit keriput, tipis, penuh lanugo pada dahi, pelipis, telinga dan lengan
 - b) Lemak jaringan sedikit (tipis)
 - c) Kuku jari tangan dan kaki belum mencapai ujung jari
 - d) Pada laki-laki testis belum turuni
 - e) Pada bayi perempuan labia mayora lebih menonjol.

2) Fisiologi

- a) Gerak bayi pasif dan tangis bayi hanya merintih, walau lapar bayi tetap tidak menangis, bayi lebih banyak tidur dan lebih malas
- b) Suhu tubuh lebih mudah untuk menjadi hipotermi
- c) Pusat pengaturan panas belum berfungsi dengan sempurna
- d) Kurangnya lemak pada jaringan subcutan akibatnya mempercepat terjadinya perubahan suhu
- e) Kurangnya mobilisasi sehingga produksi panas berkurang.

c. Etiologi

Menurut Nelson, 2012. Penyebab preterm yang dapat diidentifikasi, yaitu :

1) Janin

- Gangguan kromosom (misalnya, trisoma autosom)
- Infeksi janin yang kronis (misalnya, penyakit inklusi sitomegali, rubella kongenital, sifilis)
- Anomali kongenital - kompleks sindrom
- Kehamilan multiple
- Aplasia pankreas

2) Plasenta

- Berat plasenta atau selularitas berkurang
- Luas permukaan berkurang
- Plasentitis vilosa (bakteri, virus, parasit)
- Infark
- Tumor (korioangioma, mola hidatisoda)
- Pelepasan plasenta
- Sidrom tranfusi kembar (sindrom parabiotik)

3) Ibu

- Toksemia
- Penyakit hipertensi atau penyakit ginjal
- Hipoksemia (tempat tinggi, penyakit jantung sianosis atau penyakit paru)
- Malnutrisi atau penyakit kronik
- Anemia sel sabit
- Penyalahgunaan obat (misalnya : kokain, narkotik, alcohol, rokok, antimetabolit)

d. Insiden

Prevelensi bayi berat lahir rendah (BBLR) diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3%-38% dan lebih sering terjadi di Negara-negara berkembang atau sosio-ekonomi rendah. Secara statistik menunjukkan 90% kejadian BBLR didapatkan di negara berkembang dan angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibandingkan pada bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram. BBLR termasuk faktor utama dalam peningkatan mortalitas, mordibitas dan disabilitas neonates, bayi dan anak serta memberikan dampak jangka panjang terhadap kehidupannya di masa depan angka kejadian di Indonesia sangat bervariasi antar satu daerah dengan daerah lain, yaitu berkisar antara 9%-30%, hasil studi di tujuh daerah multicenter diperoleh angka BBLR dengan rentang 2.1%-17.2%. Secara nasional berdasarkan analisa lanjut SDKI, angka BBLR sekitar 7,5%. Angka ini lebih besar dari target BBLR yang di terapkan pada sasaran program perbaikan gizi menuju Indonesia Sehat 2010 yakni maksimal 7% (Pantiwati, 2010).

e. Manifestasi klinis

Menurut Hidayat, 2008 gambaran klinis dari bayi BBLR sebagai berikut :

- 1) Berat kurang dari 2500 gram
- 2) Panjang kurang dari 45 cm
- 3) Lingkar dada kurang dari 30 cm
- 4) Lingkar kepala kurang dari 33 cm
- 5) Umur kehamilan kurang dari 37 minggu
- 6) Kepala lebih besar
- 7) Kulit tipis, transparan, rambut lanugo banyak, lemak kurang
- 8) Otot hipotonik lemah
- 9) Pernafasan tak teratur dapat terjadi apneau
- 10) Ekstremitas : paha abduksi, sendi lutut / kaki fleksi-lurus
- 11) Kepala tidak mau tegak
- 12) Pernafasan 40-50 kali / menit
- 13) Nadi 100-140 kali / menit

Menurut Nurarif, 2013 manifestasi klinis pada BBLR adalah :

- 1) Sebelum bayi lahir
 - a) Pada anamnesa sering dijumpai adanya Riwayat *abortus*, partus prematurus dan lahir mati
 - b) Pembesaran uterus tidak sesuai tuanya kehamilan
 - c) Pergerakan janin yang pertama terjadi lebih lambat, gerakan janin lebih lambat, walaupun kehamilannya sudah agak lanjut.

- d) Pertambahan berat badan ibu lambat dan tidak sesuai menurut yang seharusnya
 - e) Sering dijumpai kehamilan dengan perdarahan antepartum
- 2) Setelah bayi lahir
- a) Bayi dengan retardasi pertumbuhan intra uterin
 - b) Bayi prematur yang lahir sebelum kehamilan 37 minggu
 - c) Bayi *small for date* sama dengan bayi dengan retardasi pertumbuhan alat-alat dalam tubuh

f. Patofisiologi

Patofisiologi menurut Pantiawati, 2010 Bayi BBLR berhubungan dengan usia kehamilan yang cukup bulan (prematum) di samping itu juga disebabkan dismaturitas artinya bayi lahir cukup bulan (usia kehamilan 38 minggu), tetapi berat bayi lahirnya lebih kecil ketimbang masa kehamilannya, yaitu tidak mencapai 2500. Biasanya hal ini terjadi karena adanya gangguan pertumbuhan bayi sewaktu dalam kandungan yang disebabkan oleh penyakit ibu seperti adanya kelainan plasenta, infeksi, hipertensi dan keadaan – keadaan lain yang menyebabkan suplai makanan ke bayi jadi berkurang.

Gizi yang baik diperlukan seorang ibu hamil agar pertumbuhan janin tidak mengalami hambatan, dan selanjutnya akan melahirkan bayi dengan berat normal. Dengan kondisi kesehatan yang baik, sistem reproduksi normal, tidak menderita sakit, dan tidak ada gangguan gizi pada masa pra hamil maupun saat hamil, ibu akan melahirkan bayi lebih besar dan lebih sehat daripada ibu dengan kondisi kehamilan yang sebaliknya. Ibu dengan kondisi kurang gizi

kronis pada masa hamil sering melahirkan bayi BBLR, vitalitas yang rendah dan kematian yang tinggi, terlebih lagi bila ibu menderita anemia.

Anemia dapat didefinisikan sebagai kondisi dengan kadar Hb berada di bawah normal. Anemia defisiensi besi merupakan salah satu gangguan yang paling sering terjadi selama kehamilan. Ibu hamil umumnya mengalami deplesi besi sehingga hanya memberi sedikit besi kepada janin yang dibutuhkan untuk metabolisme besi yang normal. Selanjutnya mereka akan menjadi anemia pada saat kadar hemoglobin ibu turun sampai di bawah 11 gr/dl selama trimester III.

Kekurangan zat besi dapat menimbulkan gangguan atau hambatan pada pertumbuhan janin baik sel tubuh maupun sel otak. Anemia gizi dapat mengakibatkan kematian janin di dalam kandungan, abortus, cacat bawaan, BBLR, anemia pada bayi yang di lahirkan, hal ini menyebabkan morbiditas dan mortalitas ibu dan kematian perinatal secara bermakna lebih tinggi. Pada ibu hamil yang menderita anemia berat dapat meningkatkan resiko morbiditas maupun mortalitas ibu dan bayi, kemungkinan melahirkan bayi BBLR dan prematur juga lebih besar.

g. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik menurut Hidayat, 2008 sebagai pemeriksaan penunjang yang dapat di lakukan :

- 1) Pemeriksaan skor Ballard merupakan penilaian yang menggambarkan reflek dan maturitas fisik untuk menilai reflek

pada bayi tersebut untuk mengetahui apakah bayi itu prematuritas atau maturitas.

- 2) Tes kocok (*shake test*) dianjurkan untuk bayi kurang bulan merupakan tes pada ibu yang melahirkan bayi dengan berat kurang yang lupa mens terakhirnya.
- 3) Darah rutin, lukosa darah, kalau perlu dan tersedia fasilitas di periksa kadar elektrolit dan analisa gas darah.
- 4) Foto dada diperlukan pada bayi baru lahir dengan umur kehamilan kurang bulan dimulai pada umur 8 jam atau diperkirakan akan terjadi sindrom gawat nafas.
- 5) USG kepala terutama pada bayi dengan umur kehamilan

h. Komplikasi

Menurut Wong, 2009 ada beberapa risiko permasalahan yang mungkin timbul pada bayi BBLR, yaitu;

1) Hipotermia

Penyebab utama kehilangan panas adalah radiasi, kehilangan panas pada benda padat yang lebih dingin diruangan yang tidak berkontak langsung dengan bayi. Kehilangan panas melalui radiasi meningkat jika benda padat tersebut lebih dingin dan lebih dekat ke bayi. Suhu nyaman atau udara yang ada dalam atau di sekitar inkubator pada dasarnya tidak memiliki efek terhadap kehilangan panas melalui radiasi. Ini merupakan titik kritis yang perlu diingat jika kita berusaha menjaga suhu agar tetap konstan udara sudah optimal, bayi masih bisa mengalami hipotermia. Penggunaan alat pemanas radiasi seperti lampu

pemanas atau sinar fototerapi dalam inkubator dapat menyebabkan pemanasan berlebihan pada bayi, karena bayi tidak mampu membuang panas secara efektif melalui dinding Plexiglas inkubator. Selain itu, inkubator tidak boleh terpajan pada matahari secara langsung

2) Hipoglikemia

Penyelidikan kadar gula darah pada 12 jam pertama menunjukkan bahwa hipoglikemia dapat terjadi sebanyak 50% pada bayi matur. Glukosa merupakan sumber utama energi selama masa janin. Kecepatan glukosa yang diambil janin tergantung dari kadar gula darah ibu karena terputusnya hubungan plasenta dan janin menyebabkan terhentinya pemberian glukosa. Bayi aterm dapat mempertahankan kadar gula darah 50 – 60 mg/dL selama 72 jam pertama, sedangkan berat bayi lahir rendah dalam kadar 40 mg/dL. Hal ini disebabkan cadangan glikogen yang belum mencukupi. Hipoglikemia bila kadar gula darah sama dengan atau kurang dari 20 mg/dL.

3) Perdarahan intrakranial

Perdarahan intrakranial terjadi karena trauma lahir, disseminated intravascular coagulopathy atau trombositopenia idiopatik. Matriks germinal epidimal yang kaya pembuluh darah merupakan wilayah yang sangat rentan terhadap perdarahan selama minggu pertama kehidupan.

4) Infeksi

Pemindahan substansi kekebalan dari ibu ke janin terjadi pada minggu terakhir masa kehamilan. Bayi prematur mudah menderita infeksi karena imunitas humoral dan seluler masih kurang hingga bayi mudah menderita infeksi.

5) Hiperbilirubinemia

Ini dapat terjadi karena belum maturnya fungsi hepar. Kurangnya enzim glukoronil transferase sehingga konjugasi bilirubin indirek menjadi bilirubin direk belum sempurna, dan kadar albumin darah yang berperan dalam transportasi bilirubin dari jaringan ke hepar kurang. Kadar bilirubin normal pada bayi premature 10 mg/dL. Hiperbilirubin pada prematur bila tidak di atasi dapat menjadi *kern ikhterus* yang akan menimbulkan gejala sisa yang permanen.

6) Kerusakan integritas kulit

Lemak subkutan kurang atau sedikit. Struktur kulit yang belum matang dan rapuh. Sensitivitas yang kurang akan memudahkan terjadinya kerusakan integritas kulit, terutama pada daerah yang sering tertekan dalam waktu lama. Pemakaian plester dapat mengakibatkan kulit bayi lecet atau bahkan lapisan atas ikut terangkat

i. Penatalaksanaan medik

1) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Bayi prematur akan cepat mengalami kehilangan panas badan dan menjadi hipotermia, karena pusat pengaturan panas badan belum berfungsi dengan baik, metabolismenya rendah, dan permukaan badan relative luas. Oleh karena itu, bayi prematur harus dirawat dalam inkubator sehingga panas badanya mendekati dalam rahim. Bila belum memiliki inkubator, bayi prematur dapat dibungkus dengan kain atau menggunakan metode kangguru yaitu perawatan bayi baru lahir seperti bayi kangguru dalam kantong ibunya.

Bayi dengan berat lahir rendah, dirawat dalam inkubator. Inkubator yang modern dilengkapi dengan alat pengatur suhu dan alat oksigen yang dapat diatur, serta kelengkapan lain untuk mengurangi kontaminasi bila inkubator dibersihkan. Kemampuan bayi BBLR dan bayi sakit untuk hidup lebih besar bila mereka dirawat pada suhu yang netral. Suhu ini ditetapkan dengan mengatur suhu permukaan yang terpapar radiasi, kelembaban relative, dan aliran udara sehingga produksi panas (yang diukur dengan konsumsi oksigen) sesedikit mungkin dan suhu tubuh bayi dapat dipertahankan dalam batas normal.

2) Pengaturan dan pengawasan intake nutrisi

Prinsip utama dalam pemberian makanan pada bayi prematur adalah sedikit demi sedikit secara perlahan dan hati-hati. Pemberian makan dini dapat berupa glukosa, ASI/PASI, mengurangi risiko hipoglikemia, dan dehidrasi. Bayi yang dengan daya isapnya kuat

dan tanpa sakit berat dapat dicoba minum melalui mulut. Umumnya bayi dengan berat kurang dari 1500 gram memerlukan minum pertama dengan pipa lambung karena belum adanya koordinasi antara gerakan mengisap dengan menelan.

Dianjurkan minum pertama sebanyak 1 ml larutan glukosa 5% yang steril untuk bayi berat kurang dari 1000 gram, 2 – 4 ml untuk bayi dengan berat antara 1000 – 1500 gram, dan 5 – 10 ml untuk bayi dengan berat diatas dari 1500 gram. Apabila dengan pemberian makanan pertama bayi tidak mengalami kesukaran dalam pemberian ASI/PASI dapat dilanjutkan dalam waktu antara 12 – 48 jam.

3) Pencegahan infeksi

Infeksi adalah masuknya bibit penyakit atau kuman ke dalam tubuh, khususnya mikroba. Bayi BBLR sangat mudah mendapat infeksi. Infeksi terutama disebabkan oleh kadar immunoglobulin serum pada bayi BBLR masih rendah, aktifitas *bakterisidal neutrofil*, efek sitotoksik limfosit juga masih rendah dan fungsi imun belum berpengalaman.

Fungsi perawatan disini adalah memberi perlindungan terhadap bayi BBLR dari bahaya infeksi. Oleh karena itu, bayi BBLR tidak boleh kontak dengan penderita infeksi dalam bentuk apapun. Digunakan masker dan baju khusus dalam penanganan bayi, perawatan tali pusat, perawatan mata, hidung, kulit, tindakan aseptik alat-alat yang digunakan, isolasi pasien jumlah pasien dibatasi, rasio perawat pasien ideal, mengatur kunjungan, menghindari perawatan

yang terlalu lama, mencegah timbulnya asfiksia dan pemberian *antibiotic* yang tepat. Bayi prematur mudah sekali terkena infeksi, karena daya tahan tubuh yang masih lemah, kemampuan leukosit masih kurang dan pembentukan anti bodi belum sempurna. Oleh karena itu, upaya preventif dapat dilakukan sejak pengawasan antenatal sehingga tidak terjadi persalinan prematuritas/BBLR.

4) Penimbangan berat badan

Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi atau nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, Oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat.

5) Pemberian oksigen

Ekspansi paru yang buruk masalah serius bagi bayi preterm BBLR, akibat tidak adanya alveoli dan surfaktan. Konsentrasi O₂ yang tinggi dalam massa yang panjang akan menyebabkan kerusakan pada jaringan retina bayi yang dapat menimbulkan kebutaan.

6) Pengawasan jalan napas

Jalan napas merupakan jalan udara melalui hidung, pharing, trachea, bronchiolus, bronchioles respiratorius, dan duktus alveolaris ke alveoli. Terhambatnya jalan nafas dapat menimbulkan asfiksia, hipoksia, dan akhirnya kematian. Selain itu bayi BBLR tidak dapat beradaptasi dengan asfiksia yang terjadi selama proses kelahiran sehingga dapat lahir dengan asfiksia perinatal. Bayi BBLR berisiko mengalami serangan apneu dan defisiensi surfaktan, sehingga tidak dapat memperoleh oksigen yang cukup yang

sebelumnya diperoleh dari plasenta. Dalam kondisi seperti ini diperlukan pembersihan jalan napas segera setelah lahir dibaringkan pada posisi miring, merangsang pernapasan dengan menepuk atau menjentik tumit. Bila tindakan ini gagal, dilakukan ventilasi, intubasi endotracheal, pijatan jantung dan pemberian oksigen dan selama pemberian intake dicegah terjadinya aspirasi. Dengan tindakan ini dapat di cegah sekaligus mengatasi asfiksia sehingga memperkecil kematian bayi BBLR (Proverawati, 2010)

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut proverawati, 2010 proses pengkajian pada BBLR meliputi sebagai berikut;

1. Pengkajian

- a. Masalah yang berkaitan dengan ibu. Penyakit seperti hipertensi, toksemia, plasenta previa, abrupsi plasenta, inkompeten servikal, kehamilan kembar, malnutrisi, dan diabetes miletus. Status sosial ekonomi dan tiadanya perawatan sebelum kelahiran. Riwayat kelahiran prematur atau aborsi, penggunaan obat-obatan, alkohol, rokok dan kafein. Riwayat ibu: umur di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun dan latar belakang rendah, kehamilan rendah, status sosial ekonomi yang rendah, tiadanya perawatan sebelum kelahiran dan rendahnya gizi , konsultasi kesehatan reproduksi yang pernah dilakukan, kelahiran prematur sebelumnya, dan jarak kehamilan yang berdekatan, infeksi seperti TORCH atau penyakit hubungan seksual lain; keadaan seperti toksemia, aprusio plasenta, plasenta

privia dan prolaps tali pusat: konsumsi kafein, rokok, alkohol, dan obat-obatan; golongan darah faktor Rh.

- b. Bayi pada saat kelahiran. Umur kehamilan biasanya antara 24 – 37 minggu, rendahnya berat badan pada saat kelahiran, atau terlalu besar dibandingkan 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 dibandingkan lebar dada; kelainan fisik yang mungkin terlihat; nilai apgar skore pada 1-5 menit, 0 – 3 menunjukkan kegawat yang parah, 4-6 kegawaan sedang, dan 7 – 10 normal.
- c. Kardiovaskuler. Denyut jantung rata-rata 120 – 160 / menit pada bagianaikal dengan ritme yang teratur pada saat kelahiran, kebisingan jantung terdengar pada seperempat bagian intercostal, yang menunjukkan aliran darah dari kanan ke kiri karena hipertensi.
- d. Gastrointestinal. Penonjolan abdomen : pengeluaran meconium biasanya terjadi dalam waktu 12 jam; reflek menelan dan menghisap yang lemah; ketidaknormalan kongenital lain.
- e. Integument. Kulit yang bewarna merah muda atau merah, kekuning-kuningan, sianosis atau campuran bermacam warna; sedikit vernik kaseosa dengan rambut lanugo di sekujur tubuh; kurus, kulit tampak transparan, halus dan mengkilap; kuku pendek belum melewati ujung jari, rambut jarang atau mungkin tidak ada sama sekali, peteki atau ekimosis.

- f. Muskuloskeletal. Tulang kartilago telinga belum tumbuh dengan sempurna, lembut dan lunak; tulang tengkorak dan tulang rusuk lunak; gerakan lemah dan tidak aktif atau latergik.
- g. Neurologis. Reflek dan gerakan pada tes neurologis tampak tidak resisten, gerak reflek hanya berkembang sebagian, 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 hipotermia, gemetar, kejang dan mata berputar, biasanya bersifat sementara, tetapi ini mengindikasikan adanya kelainan neurologis.
- h. Paru. Jumlah pernapasan rata – rata antara 40 – 60 /menit diselingi dengan periode apnea; pernafasan tidak teratur, dengan flaring nasal (nasal melebar), dengkuran, retraksi (intercostal, suprasternal, substernal); terdengar suara gemerisik.
- i. Ginjal. Berkemih terjadi selama 8 jam kelahiran; ketidak mampuan untuk melarutkan ekskresi ke dalam urin.
- j. Reproduksi. Bayi perempuan; klitoris yang menonjol dengan labium mayora yang belum berkembang; bayi laki – laki skrotum yang belum berkembang sempurna dengan rugae yang kecil, testis tidak turun ke dalam skrotum.
- k. Temuan sikap. Tangis yang lemah, tidak aktif dan tremor.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan BBLR menurut Nurarif H. A dan Kusuma H, 2013 adalah :

- a. Pola napas tidak efektif b/bd imaturitas otot-otot pernapasan dan penurunan ekspansi paru.
- b. Ikhterus neonates b/bd bilirubin tak terkonjugasi dalam sirkulasi.
- c. Disfungsi motilias gastrointestinal b/bd prematuritas, ketidakadekuatan/imatur aktifitas peristaltik dalam system gastrointestinal.
- d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/bd imaturitas dan reflek isap lemah.
- e. Risiko infeksi b/bd ketidak adekuatan system kekebalan tubuh.
- f. Diskontinuitas pemberian ASI b/d prematuritas.
- g. Risiko ketidakseimbangan suhu tubuh b/bd kegagalan mempertahankan suhu tubuh, penurunan jaringan lemak subkutan