

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien didasarkan pada tahapan proses keperawatan dari tanggal 30 Mei 2022 - 2 Juni 2022 yang ditetapkan berdasarkan hasil evaluasi. Penulis mengumpulkan data dengan cara pengamatan langsung, melakukan pemeriksaan fisik, memeriksa catatan medis, dan menggunakan *autoanamnesa* dan *alloanamnese* untuk mengumpulkan data. Dari temuan penelitian ini, ditemukan bahwa :

A. Pengkajian Kasus

1. Identitas Klien

Ruang NICU menerima Bayi Ny. M pada tanggal 28 Mei 2022, pukul 17.00, No. RM: 0513xxxx, jenis kelamin perempuan usia 0 bulan. Orang tua beragama Islam alamat jalan Tanjung Batu dari hasil pemeriksaan bayi Ny. M di diagnosa medis NCB/SMK/Spontan/Asfiksia Neonatorum. Bayi Ny. M terlahir spontan pervaginam G1P0A0 usia kehamilan 38 minggu dengan indikasi KPD + kala II lama + Asfeksia Neonatorum pada jam 11.00. Bayi lahir tidak segera menangis, ku lemah, menangis lemah, sesak nafas, terdapat retraksi dinding dada, pola nafas reguler, pola nafas takipnea. Biaya pribadi ditanggung orang tua. Ibu klien adalah Ny. M, wanita 27 tahun lulusan SMK yang bekerja sebagai ibu rumah tangga, sedangkan ayah klien adalah Tn. I, seorang muslim berusia 31 tahun dengan pekerjaan swasta.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama By Ny. M saat dikaji adalah klien lemas dan sesak nafas respirasi rate 59x/menit, pola nafas takipnea, terdapat pernafasan cuping hidung, terdapat penggunaan otot bantu nafas, dan retraksi dinding dada, terdengar suara nafas tambahan ronchi, klien terpasang alat bantu nafas O2 BCPAP FIO2 35%, PEEP :8, Flow : 6, Spo2 :95%, HR :150x/menit, Suhu 36,50C, akral teraba hangat CRT < 2 detik, terpasang infus di tangan kanan.

3. Alasan Dirawat di NICU

By Ny. M dirawat di NICU dan hemodinamik yang tidak stabil sehingga memerlukan perawatan yang intensif, pasien terpasang terpasang O2 BCPAP FIO2 35%, PEEP :8, Flow : 6, Spo2 95%, RR : 59x/menit , HR : 150x/menit, temp : 36,5 0C

4. Data Khusus

a. *Primary Survey*

1) *Air way* : Terdapat sputum berwarna putih disekitar mulut By. Ny. M, jalan nafas tidak paten.

2) *Breathing*

a) *Inspeksi* : Bentuk dada simetris kiri dan kanan, klien tampak sesak, RR: 59x/menit, pola nafas takipnea, terdapat penggunaan otot bantu nafas, pernafasan tidak adekuat; pernafasan cuping hidung,terdapat retraksi dinding dada, SpO2: 95%, terpasang O2 BCPAP FIO2 35% , PEEP :8, Flow : 6.

- b) Palpasi : Gerakan dada simetris kiri dan kanan
- c) Perkusi : Bunyi paru kiri dan kanan sonor
- d) Aukultasi : Terdengar suara nafas ronchi, wheezing tidak ada

3) *Circulation*

- a) Inspeksi : Bentuk dada simetris kiri dan kanan
- b) Palpasi : Denyut jantung teraba normal di ICS $\frac{3}{4}$ mid klavikula kiri, heart rate 150x/menit
- c) Perkusi : Pekak pada jantung
- d) Aukultasi : Bunyi jantung I dan II tunggal dan tidak terdapat mur-mur jantung

4) *Fluid* : Mukosa bibir kering, terpasang infus di tangan kanan ,
infus di tangan kiri terpasang D10% 220cc/24 jam

b. *Secondary Survey*

1) *Brain*

Keadaan umum: lemah, pupil isokor atau pupil pada kedua mata besarnya sama 2/2, sklera mata ikterik.

- a) Refleks primitif pada bayi
 - R.Pupillary : Positif, bayi menyempitkan pupil mata terhadap cahaya terang, membesarkan pupil mata terhadap cahaya gelap
 - R. Moro : Positif , bayi terkejut saat mendengar suara nyaring
 - R. Rooting : Positif, bayi memalingkan kepala saat di sentuh

- R. Sucking : Positif, bayi dapat menghisap ketika diberikan kassa yang di tetesin D 10%
- R.Palmar Graps : Positif, bayi mengenggam saat jari disentuh
- R. Staffing : Negatif, bayi terdapat di inkubator dan terpasang BCPAP
- R. Babinsky : Positif, jari bayi mencengram saat bagian kaki diberi rangsangan
- R.Kedip : Positif, bayi mengedipkan mata ketika diberi hembusan angin

2) *Breathing*

Pasien sesak, frekuensi nafas cepat, regular, terdapat penggunaan otot bantu nafas, pasien terpasang O2 support BCPAP, Fio : 35%, PEEP : 8, Flow : 6, SpO2 : 95%, RR : 59x/menit, pernafasan cuping hidung, terdapat retraksi dinding dada.

3) *Blood*

Kongjutiva tidak anemis, akral teraba hangat, CRT < 2 Detik, irama jantung teratur, IVFD D10% 220cc/24 jam, nadi teraba kuat 150x/menit, hemoglobin 11,3 gr/ml, hematokrit 33 vol%, leukosit 19.900/mm³, bilirubin total 11,80 mg/dl, albumin 2,1 g/dl.

4) *Bladder*

Genetelia bersih, tidak ada kelainan pada genetalia, BAK spontan menggunakan diapers, bau khas amonia, warna kuning

pekat. Input/24 jam : 246,9 cc, output/24 jam : 307,6 cc. urine/jam : 2,4 cc, balance cairan/24 jam : -60,7 cc

5) *Bowel*

By Ny.M terpasang OGT H-2 mulai dari tanggal 28/05/2022 terdapat residu susu 1 cc, mukosa bibir kering, BB lahir : 3,255 gram, BB ketika sakit : 2,480 gram, terjadi penurunan berat badan : 775 gram, diit ASI/SF 8x5 cc, tidak ada BAB, kembung tidak ada.

6) *Bone*

Kulit bayi kekuningan/jaundice, kekuningan di bagian kepala hingga ekstremitas bawah, bayi di foto therapy, mata bayi ditutup pada saat foto therapy, PB By. Ny M : 48 cm, terpasang infus di tangan kanan, kemerahan dan bengkak pada tangan kanan.

5. Pemeriksaan Penunjang 30/05/2022

a. Hasil pemeriksaan lab hematologi

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan lab hematologi

No	Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
1	Hemoglobin	11,3	gr/100ml	P 13-16 W 12-14
2	Hematokrit	33	Vol%	P 40-48 W 37-43
3	Leukosit	19.900	/mm ³	5.000-10.000
4	Granulosit	58,3	%	50-70
5	Limfosit	29,6	%	20-40
6	Monosit	12,1	%	2-6
7	Thrombosit	258.000	/mm ³	150.000-450.000
8	Glukosa sewaktu	140	Mg/dl	60-150

b. Hasil pemeriksaan kimia klinik

Tabel 3.2 Hasil pemeriksaan kimia klinik

No.	Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
1	Albumin	2,1	g/dl	3,5-5,2
2	Bilirubin Total	11,80	Mg/dl	0,1-1,2
3	Bilirubin Direct	0,24	Mg/dl	-<=0,2
4	Biliubin Indirect	11,56	Mg/dl	0,1-1,2

6. Terapi Farmakologi

Tabel 3.3 Terapi obat dan cairan

No	Hari/Tanggal	Terapi Obat dan Cairan	Jam pemberian		
1	Senin 30/05/2022	D 10% 220cc/24 jam	Selama 24 jam		
		Inj. Aminophilin 3x5 mg	13.00	21.00	05.00
		Inj. Omeprazole 2x3 mg	13.00	01.00	
		Inj. Gentamicin 1x15 mg	13.00		
		Inj. Cefoperazone sulbactam 2x150 mg	13.00	01.00	
		Nebu Ventolin 1 resp/8jam	07.00	15.00	23.00
2	Selasa 31/05/2022	D 10% 200cc/24 jam	Selama 24 jam		
		Inj. Aminophilin 3x5 mg	13.00	21.00	05.00
		Inj. Omeprazole 2x3 mg	13.00	01.00	
		Inj. Gentamicin 1x15 mg	13.00		
		Inj. Cefoperazone sulbactam 2x150 mg	13.00	01.00	
		Nebu Ventolin 1 resp/8jam	07.00	15.00	23.00
3	Rabu 01/06/2022	D 10% 220cc/24 jam	Selama 24 jam		
		Nebu Ventolin 1 resp/8jam	07.00	15.00	23.00
		Inj. Aminophilin 3x5 mg	13.00	21.00	05.00
		Inj. Omeprazole 2x3 mg	13.00	01.00	
		Inj. Gentamicin 1x15 mg	13.00		
		Inj. Cefoperazone sulbactam 2x150 mg	15.00	03.00	

7. Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa data

No	Data	Etiologi	Problem
1	Ds: - Pasien tidak dapat dikaji. Do: - Keadaan umum lemah, - Klien sesak nafas - Terpasang O ₂ BCPAP FIO ₂ 35% , PEEP :8, Flow : 6 - Terdapat sputum bewarna putih dimulut By. Ny. M - Terdengar suara nafas ronchi	Hipersekreasi jalan nafas	Bersihkan jalan nafas tidak efektif.
2	Ds : - Pasien tidak dapat dikaji Do : - Keadaan umum lemah, - Klien sesak nafas - Terpasang O ₂ BCPAP FIO ₂ 35% , PEEP :8, Flow : 6 - Pernafasan cuping hidung - Terdapat retraksi dinding dada - Terdapat penggunaan otot bantu nafas - Pola nafas takipnea - RR : 59x/menit	Hambatan upaya nafas ditandai dengan kelemahan otot pernafasan	Pola nafas tidak efektif
3	Ds : - Pasien tidak dapat dikaji Do : - A : PB : 48 cm BB lahir : 3,255 gram BB ketika sakit : 2,480 gram Terjadi penurunan berat badan : 775 gram BB/U : -3 SD s/d -2 SD (Gizi Kurang) BB/PB : -3 SD s/d -2 SD (Kurus) - B : HB : 11,3 gr/ml Albumin : 2,1 gr/dl - C : Keadaan umum lemah Otot menelan lemah Membran mukosa kering - D : Diet Asi/SF 8 x 5cc Terpasang OGT Terdapat residu susu 1 cc	Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi	Defisit nutrisi

4	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak dapat dikaji <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit bayi tampak kekuningan/jaundice - Kekuningan di bagian kepala hingga ekstremitas bawah - Hasil pemeriksaan lab diperoleh bilirubin total : 11,80mg/dl - Sklera ikterik/kuning 	Usia kurang dari 7 hari	Ikterik neonatus
5	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak dapat dikaji <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran umum lemah, akral teraba hangat - CRT < 2 detik - Mukosa bibir kering - BB lahir : 3,255 gram - BB ketika sakit : 2,480 gram - Terjadi penurunan berat badan : 775 gram - Input/24 jam : 246,9 cc, output/24 jam : 307,6 cc. urine/jam : 2,4 cc. balance cairan/24 jam : -60,7 cc - HB: 11,3 gr/100 ml - HT: 33 Vol/% - Albumin : 2,1 g/dl - By. Ny.M di fototerapi 	Kehilangan cairan aktif	Hipovolemia
6	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak dapat dikaji <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayi terpasang OGT - Terpasang infus di tangan kanan - Kemerahan dan bengkak pada tangan kanan - Leukosit : 19.900/mm³ - Imaturitas sistem imunologi 		Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasif

8. Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- a) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas
- b) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ditandai dengan kelemahan otot pernafasan
- c) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d) Ikterik neonatus berhubungan dengan usia kurang dari 7 hari

- e) Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- f) Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasif
- Pola pernapasan tidak efektif adalah diagnosis keperawatan utama yang akan dibahas oleh penulis karya ilmiah ini. Definisi pola nafas tidak efektif menurut SDKI (2016) adalah Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Faktor yang berhubungan hambatan upaya nafas (mis. nyeri saat bernafas, kelemahan otot pernafasan)

9. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi keperawatan

No	Dx Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d hipersekresi jalan nafas	Setelah dilakukan tindakan intervensi selama 3x24 jam di harapkan Bersihan jalan nafas(L.01001) dengan Kriteria hasil: 1. Produksi sputum dari skala 3 (sedang) ditingkatkan ke skala 5 (menurun) Skala : 1. Meningkat 2. Cukup Meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	Manajemen Jalan Nafas (I.01011) Observasi 1.1 Monitor bunyi nafas tambahan 1.2 Monitor sputum (jumlah,warna,bau) Terapeutik 1.3 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik. 1.4 Berikan oksigen 1.5 Anjurkan asupan cairan/hari, jika tidak kontraindikasi. Kolaborasi 1.6 Kolaborasikan pemberian brokodilator
2	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ditandai dengan kelemahan otot pernafasan	Setelah dilakukan tindakan intervensi selama 3x24 jam di harapkan Pola nafas (L.01004) membaik dengan Kriteria hasil: 1. Dispnea dari skala 2 (cukup meningkat) ditingkatkan ke skala 5 (cukup menurun) 2. Penggunaan otot bantu nafas dari skala 2 (cukup meningkat)	Manajemen jalan nafas (I.01011) Observasi 2.1 Monitor pola nafas 2.2 Monitor bunyi nafas tambahan Terapeutik 2.3 Berikan oksigen, jika perlu 2.4 Berikan tindakan non farmakologi Kolaborasi 2.5 Kolaborasi pemberian bronkodilator,

		<p>ditingkatkan ke skala 5 (menurun)</p> <p>Skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup Meningkatkan 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p> <p>Pemantauan respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.6 Monitor adanya sumbatan jalan nafas 2.7 Monitor saturasi oksigen <p>Pemantauan Tanda Vital (I.02060)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.8 Monitor nadi (Frekuensi, kekuatan, irama) 2.9 Monitor suhu tubuh 2.10 Identifikasi penyebab perubahan tanda vital <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.11 Dokumentasi hasil pemantauan
3	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi	<p>Setelah dilakukan tindakan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan status nutrisi (L.03030) membaik dengan Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan dari skala 2 (cukup memburuk) ditingkatkan ke skala 5 (membaik) 2. IMT (Indeks Massa Tubuh) dari skala 2 (cukup memburuk) ditingkatkan ke skala 5 (Membaik) <p>Skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup Membaik 5. Membaik 	<p>Manajemen nutrisi (I03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi status nutrisi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.2 Berikan makanan tinggi kalori dan protein <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3 Ajarkan diet yang di programkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan <p>Pemberian makan enteral (I.03126)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Periksa posisi OGT dengan memeriksa residu lambung/mengausku ltasi hembusan udara 1.6 Monitor rasa penuh mual muntah 1.7 Monitor residu lambung tiap 4-6 jam selama 24 jam peratma , kemudian

			<p>tiap 8 jam selama pemberian makan via eteral, jika perlu</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.8 Gunakan teknik bersih dalam pemberian makan via selang</p> <p>1.9 Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan</p> <p>1.10 Ukur residu setelah pemberian makan</p> <p>1.11 Hindari pemberian makan jika residu lebih dari 150 cc/lebih dari 110%-120% dari jumlah makan tiap jam</p> <p>Promosi berat badan (I.0336)</p> <p>Observasi</p> <p>1.12 Monitor berat badan , timbang BB</p>
4	Ikterik neonatus berhubungan dengan usia kurang dari 7 hari	<p>Setelah dilakukan tindakan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan Adaptasi neonatus (L.10098) membaik dengan</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit kuning dari skala 2 (cukup meningkat) ditingkatkan ke skala 5 (menurun) 2. Sklera kuning dari skala 2 (cukup meningkat) ditingkatkan ke skala 5 (menurun) <p>Skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup Meningkat 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun 	<p>Fototerapi neonatus (I.03091)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor ikterik pada sklera dan kulit bayi 4.2 Monitor suhu dan tanda vital setiap 4 jam 4.3 Monitor efek samping fototerapi (mis. Hipertami, diare, rash pada kulit, penurunan berat badan lebih dari 8-10%) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.4 Siapkan lampu fototerapi dan inkubator atau kontak bayi 4.5 Lepaskan pakaian bayi kecuali popok 4.6 Berikan penutup mata (<i>eye protector/biliband</i>) pada bayi 4.7 Biarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan 4.8 Ganti segera alas dan popok bayi jika BAB/BAK

			<p>Edukasi</p> <p>4.9 Anjurkan ibu menyusui sekitar 20-30 menit</p> <p>4.10 Anjurkan ibu menyusui sesering mungkin</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.11 Kolaborasi pemberian darah vena bilirubin direk dan indirek</p>
5	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	<p>Setelah dilakukan tindakan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan Status Cairan (L.03028) membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Output urine dari skala 2 (cukup menurun) menjadi skala 5 (Meningkat) 2. Membran mukosa lembab dari skala 2 (cukup menurun) menjadi skala 5 (Meningkat) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Meningkatkan 	<p>Manajemen Hipovolemia (L.03116)</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus dan lemah)</p> <p>5.2 Monitor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.3 Berikan asupan cairan oral</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5.4 Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)</p> <p>5.5 Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate)</p>
6	Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasif	<p>Setelah dilakukan tindakan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan Tingkat infeksi (L.14137) membaik dengan Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan dari skala 2 (cukup meningkat) ditingkatkan ke 	<p>Pencegahan infeksi (L.14539)</p> <p>Observasi :</p> <p>6.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Teraeutik :</p> <p>6.2 Batasi Jumlah pengunjung</p>

		skala 5 (menurun) 2. Bengkok dari skala 2 (cukup meningkat) ditingkatkan ke skala 5 (menurun) Skala : 1. Meningkatkan 2. Cukup Meningkatkan 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun	6.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien 6.4 Pertahankan teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi Edukasi : 6.5 Jelaskan tanda dan gejala tanda infeksi 6.6 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Kolaborasi 6.7 Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu Perawatan luka (L.14584) Teraupetik 6.8 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Kolaborasi 6.9 Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i>
--	--	--	--

10. Intervensi Inovasi Kombinasi Nesting dan Posisi Lateral Kiri

Tabel 3.6 Intervensi inovasi nesting dan posisi lateral kiri

No.	Dx Kep	Intervensi Inovasi	Intervensi
1	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ditandai dengan kelemahan otot pernafasan	Pemberian nesting dan posisi lateral kiri selama 2 jam untuk menstabilkan tanda-tanda vital pada asfiksia neonatorum pada tanggal - 30 Mei 2022 - 01 Juni 2022 - 02 Juni 2022	Pengkajian 1.1 Melakukan evaluasi awal bayi baru lahir yang menerima perawatan di unit perawatan intensif perinatal (NICU), memberikan perhatian khusus pada bayi prematur dan berat badan lahir rendah. 1.2 Skala nyeri, TTV, dan tindakan yang direkomendasikan semuanya termasuk dalam penilaian. Fase pre interaksi 1.3 Persiapan Perawat (perawat yakin sudah memahami prosedur pembuatan nesting dan sudah memahami prosedur tindakan perubahan posisi lateral kiri) 1.4 Perawat yakin mampu melaksanakan prosedur penggunaan nesting dan mampu melaksanakan prosedur

			<p>perubahan posisi lateral kiri</p> <p>1.5 Mencuci tangan</p> <p>1.6 Mempersiapkan nesting yang sudah dibuat</p> <p>Fase Orientasi</p> <p>1.7 Beri salam dan memperkenalkan diri</p> <p>1.8 Identifikasi pasien & kaji kenyamanan bayi</p> <p>1.9 Menjelaskan tujuan dari pemberian nesting dan posisi lateral kiri</p> <p>1.10 Menjelaskan langkah/prosedur yang akan dilakukan</p> <p>1.11 Menanyakan kesediaan orang tua pasien untuk dilakukan tindakan</p> <p>Fase Kerja</p> <p>1.12 Membaca 'Basmalah' dan memulai tindakan dengan baik</p> <p>1.13 Jaga privasi: tutup pintu dan jendela / pasang sampiran</p> <p>1.14 Saat mengambil tindakan, perhatikan kesehatan bayi secara keseluruhan. Tangisan yang keras, perubahan warna kulit, dan apnea semuanya bisa menjadi tanda bahwa bayi sedang stres.</p> <p>1.15 Berikan sentuhan lembut, seperti menggendong bayi atau membelainya, setelah menyelesaikan tindakan.</p> <p>1.16 Setelah bayi dalam kondisi tenang kemudian letakkan dalam nesting yang sudah dibuat</p> <p>1.17 Kemudian posisikan bayi lateral kiri (sesuai indikasi)</p> <p>1.18 Jaga agar kepala tetap lurus dengan meletakkan bantal di sepanjang kepala dan tulang belakang (mengikuti sumbu tubuh) hingga melingkar kedepan dada</p> <p>1.19 Tempatkan kedua tangan memeluk bantal tersebut, fleksikan lutut</p> <p>1.20 Pasang nest dengan kuat sehingga mendukung dan mempertahankan posisi yang dijelaskan di atas.</p> <p>Fase Terminasi</p> <p>1.21 Membaca hamdalah</p> <p>1.22 Merapikan klien dan memberikan posisi yang nyaman</p> <p>1.23 Membuat kontrak pertemuan selanjutnya pada ibu/keluarga klien</p> <p>1.24 Cara yang baik untuk mengakhiri</p>
--	--	--	---

			<p>pertemuan: mintalah klien atau keluarga klien membaca doa bersama</p> <p>Evaluasi</p> <p>1.25Evaluasi kondisi/respon klien setelah dilakukan tindakan</p> <p>1.26Penilaian kenyamanan bayi (tampil tenang, tidak rewel, dan nyaman di dalam nest)</p> <p>1.27Evaluasi diri perawat</p> <p>Dokumentasi</p> <p>1.28Catat waktu dan tanggal prosedur tindakan</p> <p>1.29Catat respon klien setelah dilakukan tindakan pada status/catatan perkembangan</p> <p>1.30Catat komplikasi yang terjadi selama dan sesudah prosedur.</p> <p>1.31Toleransi terhadap prosedur yang dilakukan</p>
--	--	--	---

11. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.7 Implementasi keperawatan

No. Dx	Tgl / Jam	Implementasi	Evaluasi Proses	TTD
I	30/05/2022 21.00 WITA	1.1 Memonitor bunyi nafas tambahan	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Terdengar suara nafas tambahan ronchi.	
		1.2 Monitor sputum (jumlah,warna,bau)	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Terdapat sputum berwarna putih dimulut By.Ny.M	
II		2.1 Memonitor pola nafas	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Terdapat retraksi dinding dada, dispnea cukup meningkat, terdapat penggunaan otot bantu nafas cukup meningkat,sianosis tidak ada, RR : 59x/menit	
		2.3 Memberikan oksigen, jika perlu	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Bayi Ny.M diberikan O ₂ BCPAP FIO ₂ 35% , PEEP :8, Flow : 6	
		2.7 Memonitor saturasi	S : pasien tidak dapat dikaji	

		oksigen	O : Saturasi Oksigen : 95%
		2.8 Memonitor nadi (Frekuensi,kekuatan, irama)	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Nadi : 150x/menit
		2.9 Memonitor suhu tubuh	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Temp : 36,5°C
		2.4 Memberikan tindakan non farmakologi pemberian nesting dan posisi lateral kiri	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Pemberian nesting dan posisi lateral kiri diberikan selama 2 jam untuk menstabilkan tanda-tanda vital By Ny.M
III	22.00 WITA	3.1 Mengidentifikasi status nutrisi	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Status nutrisi pasien kurang terjadi penurunan berat badan
		3.2 Memberikan makanan tinggi kalori dan protein	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Diet ASI/SF 5 cc
		3.4 Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan	S : Pasien tidak dapat dikaji O : By. Ny. M pemberian ASI/SF dengan cara pemberian OGT
		3.5 Memeriksa posisi OGT dengan memeriksa residu lambung/mengaus kultasi hembusan udara	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Terdapat residu 1 cc pada OGT BY Ny.M
		3.6 Memonitor rasa penuh mual muntah	S : pasien tidak dapat dikaji O : Tidak terdapat adanya mual/ muntah
		3.8 Menggunakan teknik bersih dalam pemberian makan via selang	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Perawat dalam pemberian ASI/Sf selalu menggunakan teknik bersih dalam pemberian makan via selang OGT
		3.9 Meninggikan kepala tempat tidur	S : Pasien tidak dapat dikaji

		30-45 derajat selama pemberian makan	O : selama pemberian makan kepala tempat tidur tinggi sekitar 30-45 derajat
		3.11 Menghindari pemberian makan jika residu lebih dari 150 cc/lebih dari 110%-120% dari jumlah makan tiap jam	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Perawat selalu menghindari pemberian makan lewat OGT apabila residu By.Ny M lebih dari 110%-120% dari jumlah makan tiap jam
I	23.00 WITA	1.6 Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu	S : pasien tidak dapat dikaji O : By.Ny.M mendapatkan nebu ventolin 2,5 mg
IV	23.10 WITA	4.1 Memonitor ikterik pada sklera dan kulit bayi	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Kulit bayi tampak kekuningan/jaundice, sklera pada bayi ikterik
		4.4 Menyiapkan lampu fototerapi dan inkubator atau kontak bayi	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Perawat menyiapkan lampu fototerapi
		4.5 Melepaskan pakaian bayi kecuali popok	S : Pasien tidak dapat dikaji O : ketika pemberian fototerapi perawat melepas pakaian bayi kecuali popok
		4.6 Memberikan penutup mata (<i>eye protector/biliband</i>) pada bayi	S : Pasien tidak dapat dikaji O : mata By. Ny.M ditutup untuk menghindari iritasi saat pemberian fototerapi
		4.7 Membiarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan	S : Pasien tidak dapat dikaji O : seluruh tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara langsung selama 3 hari pemberian

I	23.30 WITA	<p>4.8 Mengganti segera alas dan popok bayi jika BAB/BAK</p> <p>2.1 Memonitor pola nafas</p> <p>2.7 Memonitor saturasi oksigen</p> <p>2.8 Memonitor nadi (Frekuensi,kekua tan, irama)</p> <p>2.9 Memonitor suhu tubuh</p> <p>2.10 Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital</p>	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji O : alas/popok bayi selalu di ganti jika BAB/BAK</p> <p>S : pasien tidak dapat dikaji O : 2 jam setelah dilakukan nesting dan posisi lateral kiri didapatkan retraksi dinding dada berkurang , dispnea sedang, terdapat penggunaan otot bantu nafas sedang, sianosis tidak ada RR : 48x/menit</p> <p>S : pasien tidak dapat dikaji O : 2 jam setelah dilakukan nesting dan posisi lateral kiri didapatkan peningkatan saturasi Oksigen : 98%</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji O : 2 jam setelah dilakukan nesting dan posisi lateral kiri didapatkan penurunan frekuensi nadi : 142x/menit</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji O : 2 jam setelah dilakukan nesting dan posisi lateral kiri didapatkan peningkatan suhu : 36,9⁰C</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji O : Terdapat perubahan tanda-tanda vital pada By Ny.M setelah diberikan intervensi nesting dan posisi lateral kirir</p>
VI	24.00 WITA	6.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	S : Pasien tidak dapat dikaji O : terdapat bengkak dan kemerahan pada infus sebelah kanan

		6.2	Membatasi Jumlah pengunjung	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Jumlah pengunjung di NICU di batasi	
		6.3	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien	S : Pasien tidak dapat dikaji O : perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien	
		6.4	Mempertahankan teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Perawat mencuci tangan dan menggunakan handscoon pada saat melakukan tindakan invasif	
		6.6	Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Diet ASI/SF 5 cc	
		6.8	Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Perawat selalu menerapkan teknik steril saat melakukan perawatan luka	
		6.9	Mengkolaborasi pemberian antibiotik	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Pasien di injeksi obat Gentamicin 15 mg dan Cefoperazone sulbactam 150 mg via venflon	
V	31/05/2022 02.00 WITA	5.1	Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia	S: Pasien tidak dapat dikaji O: Membran mukosa sedikit kering, konsentrasi urine meningkat	
		5.3	Memberikan asupan cairan oral	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Diet ASI/SF 5 cc	
		5.4	Mengkolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, / NaCl)	S : Pasien tidak dapat dikaji O : D 10% 220cc/24 jam IV	

		5.5	Mengkolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate)	S: Pasien tidak dapat dikaji O : Transfusi albumin 20%
IV	31/05/2022 03.00 WITA	4.2	Memonitor suhu dan tanda vital setiap 4 jam	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Suhu pasien setelah 4 jam pemberian fototerapi 37°C
		4.3	Memonitor efek samping fototerapi (mis. Hipertermi, diare, rash pada kulit, penurunan berat badan lebih dari 8-10%)	S : Pasien tidak dapat dikaji O : pasien tidak ada demam, terdapat rash pada kulit
III	05.40 WITA	3.12	Memonitor berat badan , timbang BB	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Berat badan bayi tanggal 30/05/2022 (2,480 gram) sedangkan berat badan bayi tanggal 31/05/2022 (2,520 gram)
VI	06.30 WITA	6.5	Menjelaskan tanda dan gejala tanda infeksi	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Ibu pasien mengatakan paham apa saja tanda dan gejala infeksi
I	07.00 WITA	1.6	Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu	S : Pasien tidak dapat dikaji O : By.Ny. M mendapatkan nebu ventolin 2,5 mg
V	07.10 WITA	5.2	Memonitor intake dan output cairan	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Input/24 jam : 246,9 cc, output/24 jam : 307,6 cc. urine/jam : 2,4 cc, balance cairan/24 jam : - 60,7 cc
II	07.15 WITA	2.11	Mendokumentasi hasil pemantauan	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Hasil pemantauan tanda-tanda vital By Ny.M di dokumentasikan pada

			lembar grafik diruangan NICU	
--	--	--	---------------------------------	--

No. Dx	Tgl / Jam	Implementasi	Evaluasi Proses	TTD
IV	01/06/2022 07.15 WITA	4.1 Memonitor ikterik pada sklera dan kulit bayi	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Kulit bayi tampak kekuningan/jaundice mulai berkurang, ikterik pada sklea berkurang, derajat ikterus grade II	
		4.4 Menyiapkan lampu fototerapi dan inkubator atau kontak bayi	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Fototerapi masih berlangsung	
		4.5 Melepaskan pakaian bayi kecuali popok	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Ketika pemberian fototerapi perawat melepas pakaian bayi kecuali popok	
		4.6 Memberikan penutup mata (<i>eye protector/biliband</i>) pada bayi	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Mata By. Ny.M masih ditutup selama pemberian fototerapi	
		4.7 Membiarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Seluruh tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara langsung	
		4.8 Mengganti segera alas dan popok bayi jika BAB/BAK	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Alas/popok bayi selalu di ganti jika BAB/BAK	
I		1.1 Memonitor bunyi nafas tambahan	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Suara nafas tambahan ronchi masih terdengar	

II	07.30	<p>1.2 Memonitor adanya sputum</p> <p>2.3 Memberikan oksigen.</p> <p>2.1 Memonitor pola nafas</p> <p>2.7 Memonitor saturasi oksigen</p> <p>2.8 Memonitor nadi (Frekuensi,kekuatan, irama)</p> <p>2.9 Memonitor suhu tubuh</p> <p>2.4 Memberikan tindakan non farmakologi pemberian nesting dan posisi lateral kiri</p>	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Sputum di sekitar mulut By.Ny.M berkurang</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Diberikan O₂ BCPAP FIO₂ 30% , PEEP:7, Flow : 6</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Retraksi dinding dada berkurang, dispnea cukup menurun, penggunaan otot bantu nafas sedang, sianosis tidak ada,RR : 50x/menit</p> <p>S : pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Saturasi Oksigen : 96%</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Nadi : 133x/menit</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Temp: 37°C</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : pemberian Nesting dan posisi lateral kiri diberikan selama 2 jam untuk menstabilkan tanda-tanda vital By Ny.M</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Berat badan bayi tanggal 31/05/2022 (2,520 gram) sedangkan berat badan bayi tanggal</p>
III	08.50 WITA	3.12 Memonitor berat badan , timbang BB	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Berat badan bayi tanggal 31/05/2022 (2,520 gram) sedangkan berat badan bayi tanggal</p>

II	09.00 WITA	<p>3.2 Memberikan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>3.5 Memeriksa posisi OGT dengan memeriksa residu lambung/mengaus kultasi hembusan udara</p> <p>3.6 Memonitor rasa penuh mual muntah</p> <p>3.8 Menggunakan teknik bersih dalam pemberian makan via selang</p> <p>3.9 Meninggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan</p> <p>3.11 Menghindari pemberian makan jika residu lebih dari 150 cc/lebih dari 110%-120% dari jumlah makan tiap jam</p>	<p>01/06/2022 (2,635 gram)</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Diet ASI/SF 7 cc dinaikan</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Tidak terdapat residu pada OGT BY Ny.M</p> <p>S : pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O Tidak terdapat adanya mual/ muntah</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Perawat dalam pemberian ASI/SF selalu menggunakan teknik bersih dalam pemberian makan via selang OGT</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : selama pemberian makan kepala tempat tidur tinggi sekitar 30-45 derajat</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Perawat selalu menghindari pemberian makan lewat OGT apabila residu By.Ny M lebih dari 110%-120% dari jumlah makan tiap jam</p>
	09.30 WITA	<p>2.1 Memonitor pola nafas</p>	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : 2 jam setelah dilakukan nesting dan posisi lateral kiri didapatkan retraksi dinding dada berkurang, dispnea cukup menurun, penggunaan otot bantu nafas sedang, sianosis</p>

IV	11.00 WITA	<p>2.7 Memonitor saturasi oksigen</p> <p>2.8 Memonitor nadi (Frekuensi,kekua tan, irama)</p> <p>2.9 Memonitor suhu tubuh</p> <p>2.10 Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital</p> <p>2.11 Mendokumentasi hasil pemantauan</p> <p>4.2 Memonitor suhu dan tanda vital setiap 4 jam</p>	<p>tidak ada, RR : 44x/menit</p> <p>S : pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : 2 jam setelah dilakukan nesting dan posisi lateral kiri didapatkan peningkatan Saturasi Oksigen 99%</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : 2 jam setelah dilakukan nesting dan posisi lateral kiri didapatkan penurunan frekuensi nadi :129x/menit</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : 2 jam setelah dilakukan nesting dan posisi lateral kiri didapatkan penurunan suhu menjadi 36,8°C</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : By Ny.M mengalami asfiksia neonatrum sehingga berpengaruh pada perubahan tanda vital nya.</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Hasil pemantauan tanda-tanda vital By Ny.M di dokumentasikan pada lembar grafik diruangan NICU</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Suhu pasien setelah 4 jam pemberian fototerapi Temp :</p>	
----	---------------	---	--	--

V	12.00 WITA	4.3	Memonitor efek samping fototerapi (mis. Hipertermi, diare, rash pada kulit, penurunan berat badan lebih dari 8-10%)	37,1 ⁰ C S : Pasien tidak dapat dikaji O : pasien tidak ada demam, terdapat rash pada kulit bayi
		5.3	Memberikan asupan cairan oral	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Diet ASI/SF dinaikan 7 cc
VI	13.00 WITA	6.1	Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Terdapat bengkak dan kemerahan pada infus sebelah kanan berkurang, Infus di up pada tangan kanan dilakukan pemasangan ulang pada tangan kiri
		6.2	Membatasi jumlah pengujung	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Jumlah pengujung di NICU di batasi
		6.3	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien	S : Pasien tidak dapat dikaji O : perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien
		6.4	Mempertahankan teknik aseptik.	S : Pasien tidal dapat dikaji O : Perawat mencuci tangan dan menggunakan handscoon pada saat melakukan tindakan invasif
		6.5	Menjelaskan tanda dan gejala tanda infeksi	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Menjelaskan pada keluarga pasien tanda dan gejala infeksi . S : Pasien tidak dapat dikaji

V	13.15 WITA	6.6	Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi	O : Diet ASI/SF 7 cc S : Pasien tidak dapat dikaji
		6.8	Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	O : Perawat selalu menerapkan teknik steril saat melakukan perawatan luka S : Pasien tidak dapat dikaji
		6.9	Mengkolaborasi pemberian antibiotik.	O : By.Ny.M di injeksi obat Gentamicin 15 mg dan Cefoperazone sulbactam 150 mg via venflon S : Pasien tidak dapat dikaji
		5.2	Memonitor intake dan output cairan	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Input/7 jam : 77,4 cc, output/7 jam : 65 cc. urine/jam : 1,7 cc, balance cairan/7 jam : +12,4 cc

No. Dx	Tgl / Jam	Implementasi	Evaluasi Proses	TTD
I	02/06/2022 14.00 WITA	1.1 Memonitor Bunyi Nafas Tambahan	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Tidak terdengar suara nafas tambahan	
		1.2 Memonitor sputum	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Jalan nafas paten	
II		2.3 Memberikan oksigen	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Diberikn O ₂ BCPAP FIO ₂ 25% , PEEP :6, Flow : 6	
III	14.30 WITA	3.12 Memonitor berat badan , timbang BB	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Berat badan bayi tanggal 01/06/2022 (2,636 gram) sedangkan berat badan bayi tanggal 02/06/2022 (2,710 gram)	

VI	14.40 WITA	3.2	Memberikan makanan tinggi kalori dan protein	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Diet ASI/SF 10 cc dinaikan
		3.5	Memeriksa posisi OGT dengan memeriksa residu lambung/mengauskultasi hembusan udara	S : Pasien tidak dapat dikaji O : OGT di alirkan selama 15-30 menit dan tidak ada residu
		3.6	Memonitor rasa penuh mual muntah	S : pasien tidak dapat dikaji O Tidak terdapat adanya mual/ muntah
		6.1	Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Bengkak dan kemerahan pada bengkas infus sebelah kanan sudah tidak ada, infus ditangan kiri
	15.00 WITA	6.2	Membatasi jumlah pengunjung	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Jumlah pengunjung di NICU di batasi
		6.3	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien	S : Pasien tidak dapat dikaji O : perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien
		6.4	Mempertahankan teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi	S : Pasien tidal dapat dikaji O : Perawat mencuci tangan dan menggunakan handscoon pada saat melakukan tindakan invasif
			6.5	Menjelaskan tanda

		dan gejala tanda infeksi	dikaji O : menjelaskan pada keluarga pasien tanda dan gejala infeksi . S : Pasien tidak dapat dikaji O : Diet ASI/SF 10 cc
		6.6 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Diet ASI/SF 10 cc
		6.8 Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Perawat selalu menerapkan teknik steril saat melakukan perawatan luka
		6.9 Mengkolaborasi pemberian antibiotik	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Pasien di injeksi obat Gentamicin 15 mg dan Cefoperazone sulbactam 150 mg via venflon
I	15.10 WITA	1.6 Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu	S : pasien tidak dapat dikaji O : Bayi Ny.M edapatkan nebu ventolin 2,5 mg
III		3.8 Menggunakan teknik bersih dalam pemberian makan via selang	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Perawat dalam pemberian ASI/SF selalu menggunakan teknik bersih dalam pemberian makan via selang OGT
		3.9 Meninggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan	S : Pasien tidak dapat dikaji O : selama pemberian makan kepala tempat tidur tinggi sekitar 30-45 derajat
II	15.20 WITA	2.1 Memonitor pola nafas	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Retraksi dinding dada

			berkurang, dispnea cukup menurun, penggunaan otot bantu nafas sedang, sianosis tidak ada, RR : 54x/menit	
		2.7	Memonitor saturasi oksigen	S : pasien tidak dapat dikaji O : Saturasi Oksigen : 97%
		2.8	Memonitor nadi (Frekuensi, kekuatan, irama)	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Nadi 139x/menit
		2.9	Memonitor suhu tubuh	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Temp 36,8 ^o C
		2.4	Memberikan tindakan non farmakologi pemberian Nesting dan posisi lateral kiri	S : Pasien tidak dapat dikaji O : pemberian nesting dan posisi lateral kiri diberikan selama 2 jam untuk menstabilkan tanda-tanda vital By Ny.M
IV	15.40 WITA	4.1	Memonitor ikterik pada sklera dan kulit bayi	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Kulit bayi sudah tidak kekuningan/jaundice sudah sangat berkurang, ikterik pada sklera tidak ada, derajat ikterus grade I
		4.4	Menyiapkan lampu fototerapi dan inkubator atau kontak bayi	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Perawat masih memberikan fototerapi pada bayi
		4.5	Melepaskan pakaian bayi kecuali popok	S : Pasien tidak dapat dikaji

			<p>O : Ketika pemberian fototerapi perawat melepas pakaian bayi kecuali popok</p> <p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Mata By. Ny.M ditutup untuk menghindari iritasi saat pemberian fototerapi</p>	
		4.6	<p>Memberikan penutup mata (<i>eye protector/biliband</i>) pada bayi</p>	
		4.7	<p>Membiarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan</p>	
		4.8	<p>Mengganti segera alas dan popok bayi jika BAB/BAK</p>	
II	17.20 WITA	2.1	<p>Memonitor pola nafas</p>	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : 2 jam setelah dilakukan nesting dan posisi lateral kiri didapatkan RR : 44x/menit</p>
		2.7	<p>Memonitor saturasi oksigen</p>	<p>S : pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : 2 jam setelah dilakukan nesting dan posisi lateral kiri didapatkan saturasi oksigen meningkat menjadi 99%</p>
		2.8	<p>Memonitor nadi (Frekuensi,kekuatan, irama)</p>	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : 2 jam setelah dilakukan nesting dan posisi lateral kiri didapatkan Nadi 123x/menit</p>
		2.9	<p>Memonitor suhu tubuh</p>	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p>

V	18.00	5.3	Memberikan asupan cairan oral	O : 2 jam setelah dilakukan nesting dan posisi lateral kiri didapatkan suhu tubuh menjadi 36,8 ⁰ C S : Pasien tidak dapat dikaji
		5.4	Mengkolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, / NaCl)	O : Diet ASI/SF dinaikan 10 cc S : Pasien tidak dapat dikaji O : D 10% 220cc/24 jam IV
		5.1	Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia	S: Pasien tidak dapat dikaji O: Membran mukosa lembab
IV	19.40 WITA	4.2	Memonitor suhu dan tanda vital setiap 4 jam	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Suhu pasien setelah 4 jam pemberian fototerapi Temp : 36,8 ⁰ C
		4.3	Memonitor efek samping fototerapi (mis. Hipertermi, diare, rash pada kulit, penurunan berat badan lebih dari 8-10%)	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Pasien tidak ada demam, rash pada kulit bayi sudah tidak ada
V		5.2	Memonitor intake dan output cairan	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Input/7 jam : 96,1 cc, output/7 jam : 55 cc. urine/jam : 1,2 cc, balance cairan/7 jam : +41,1 cc
I	20.00 WITA	1.11	Mendokumentasi hasil pemantauan	S : Pasien tidak dapat dikaji O : Hasil pemantauan tanda-tanda vital By Ny.M di dokumentasikan pada lembar grafik diruangan NICU

Berdasarkan hasil observasi pada By. Ny. M dengan diagnosa pola nafas Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ditandai dengan kelemahan otot pernafasan diperoleh data sebagai berikut:

Tabel 3.8 Observasi pre dan post intervensi kombinasi nesting dan posisi lateral kiri

No	Tanggal/jam	Tanda-Tanda Vital		Tindakan
		Pre	Post	
1	30/05/2022 Pre (21.00 WITA) Post (23.00 WITA)	Nadi : 150x/menit RR : 59x/menit Temp : 36,5 ⁰ C	Nadi : 142x/menit RR : 48x/menit Temp : 36,9 ⁰ C	Kombinasi pemberian nesting dan posisi lateral kiri
2	01/05/2022 Pre (07.30 WITA) Post (09.30 WITA)	Nadi : 133x/menit RR : 50x/menit Temp : 37 ⁰ C	Nadi : 129x/menit RR : 44x/menit Temp : 36,8 ⁰ C	Kombinasi pemberian nesting dan posisi lateral kiri
3	02/06/2022 Pre (15.20 WITA) Post (17.20 WITA)	Nadi : 139x/menit RR : 54x/menit Temp : 36,8 ⁰ C	Nadi : 123x/menit RR : 44x/menit Temp : 36,8 ⁰ C	Kombinasi pemberian nesting dan posisi lateral kiri

12. Evaluasi

Tabel 3.9 Evaluasi keperawatan

Dx. No	Tgl / jam	SOAP	TTD								
I	31/05/2022 06.20 WITA	<p>S : Pasien Tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum : lemah, kesadaran compos mentis, klien sesak nafas, terpasang O₂ BCPAP FIO₂ 35% , PEEP :8, Flow : 6, terdapat sputum berwarna putih dimulut, terdengar suara nafas ronchi, penggunaan otot bantu nafas.</p> <p>A : Masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi klien masih terdapat sputum berwarna putih di sekitar mulut</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Produksi sputum</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Memonitor bunyi nafas tambahan 1.2 Memonitor sputum (jumlah,warna,bau) 1.3 Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik. 	Indikator	Awal	Target	Akhir	Produksi sputum	3	5	3	
Indikator	Awal	Target	Akhir								
Produksi sputum	3	5	3								

		<p>1.4 Memberikan oksigen</p> <p>1.5 Menganjurkan asupan cairan/hari, jika tidak kontraindikasi.</p> <p>1.6 Mengkolaborasi pemberian bronkodilator</p>													
II	31/05/2022 06.30 WITA	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum : lemah; kesadaran kompos mentis, akral hangat CRT < 2 detik, menangis kuat, gerakan aktif, klien sesak nafas, dispnea sedang, penggunaan otot bantu nafas sedang, hipersaliva, terpasang O₂ BCPAP FIO₂ 35%, PEEP :8, Flow : 6, RR : 48x/menit, Saturasi Oksigen : 98%, Nadi : 142x/menit, Temp : 36,9⁰C</p> <p>A: Masalah keperawatan pola nafas belum teratasi klien masih sesak dan terdapat penggunaan otot bantu nafas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Penggunaan otot bantu nafas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.2 Memonitor Bunyi Nafas Tambahan</p> <p>2.3 Memberikan oksigen, jika perlu</p> <p>2.4 Memberikan tindakan non farmakologi pemberian nesting dan posisi lateral kiri</p> <p>2.1 Memonitor pola nafas</p> <p>2.5 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p> <p>2.6 Memonitor adanya sumbatan jalan nafas</p> <p>2.7 Memonitor saturasi oksigen</p> <p>2.8 Memonitor nadi (Frekuensi, kekuatan, irama)</p> <p>2.9 Memonitor suhu tubuh</p> <p>2.10 Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital</p> <p>2.11 Mendokumentasi hasil pemantauan</p>	Indikator	Awal	Target	Akhir	Dispnea	2	5	3	Penggunaan otot bantu nafas	2	5	3	
Indikator	Awal	Target	Akhir												
Dispnea	2	5	3												
Penggunaan otot bantu nafas	2	5	3												
III	31/05/2022 06.40	<p>S: Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: Keadaan umum : lemah; kesadaran kompos mentis, akral hangat CRT < 2 detik, menangis kuat, gerakan aktif, terpasang OGT, residu 2 cc (susu), diet ASI/SF 8x 5 cc per OGT, muntah dan distensi abdomen tidak ada, abdomen soefl, BAB ada hijau, berat badan bayi tanggal 30/05/2022 (2,480 gram) sedangkan berat badan bayi tanggal 31/05/2022 (2,520 gram), albumin : 2,1 g/dl, HB : 11,3 gr/ml</p> <p>A: Masalah keperawatan defisit nutrisi belum teratasi berat badan bayi belum mencapai target</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Berat badan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>IMT</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Mengidentifikasi status nutrisi</p>	Indikator	Awal	Target	Akhir	Berat badan	2	5	3	IMT	2	5	3	
Indikator	Awal	Target	Akhir												
Berat badan	2	5	3												
IMT	2	5	3												

		<p>3.2 Memberikan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>3.4 Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan</p> <p>3.5 Memeriksa posisi OGT dengan memeriksa residu lambung/mengauskultasi hembusan udara</p> <p>3.6 Memonitor rasa penuh mual muntah</p> <p>3.7 Memonitor residu lambung tiap 4-6 jam selama 24 jam pertama, kemudian tiap 8 jam selama pemberian makan via eteral, jika perlu</p> <p>3.8 Menggunakan teknik bersih dalam pemberian makan via selang</p> <p>3.9 Meninggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan</p> <p>3.11 Menghindari pemberian makan jika residu lebih dari 150 cc/lebih dari 110%-120% dari jumlah makan tiap jam</p> <p>3.12 Memonitor berat badan, timbang BB</p>													
IV	31/05/2022 06.50	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum : lemah; kesadaran kompos mentis, akral hangat CRT < 2 detik, menangis kuat, gerakan aktif, ikterik pada sklera dan kulit bayi sedang, bilirubin total : 11,8 g/dl, berlangsung fototerapi jam 23.00, Temp : 36,9°C</p> <p>A: Masalah keperawatan ikterik neonatus belum teratasi masih kekuningan pada kulit dan sklera bayi</p> <table border="1" data-bbox="699 1084 1270 1196"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kulit Kuning</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Sklera kuning</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Memonitor ikterik pada sklera dan kulit bayi</p> <p>4.2 Memonitor suhu dan tanda vital setiap 4 jam</p> <p>4.3 Memonitor efek samping fototerapi (mis. Hipertermi, diare, rash pada kulit, penurunan berat badan lebih dari 8-10%)</p> <p>4.4 Menyiapkan lampu fototerapi dan inkubator atau kontak bayi</p> <p>4.5 Melepaskan pakaian bayi kecuali popok</p> <p>4.6 Memberikan penutup mata (eye protector/biliband) pada bayi</p> <p>4.7 Membiarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan</p> <p>4.8 Mengganti segera alas dan popok bayi jika BAB/BAK</p>	Indikator	Awal	Target	Akhir	Kulit Kuning	2	5	3	Sklera kuning	2	5	3	
Indikator	Awal	Target	Akhir												
Kulit Kuning	2	5	3												
Sklera kuning	2	5	3												
V	31/05/2022 06.55	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: Keadaan umum : lemah, kesadaran kompos mentis, akral teraba hangat, CRT < 2 detik, terpasang OGT, mukosa bibir kering, Input/24 jam : 246,9 cc, output/24 jam : 307,6 cc. urine/jam : 2,4 cc, balance cairan/24 jam : -60,7 cc, HB: 11,3 gr/100 ml, HT: 33 Vol/%, dapat transfusi albumin 20% pada jam 2 pagi, By. Ny.M masih di fototerapi.</p> <p>A: Masalah keperawatan hipovolemia belum teratasi</p>													

		<table border="1"> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> <tr> <td>Output urine</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Membran mukosa lembab</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus dan lemah)</p> <p>5.2 Memonitor intake dan output cairan</p> <p>5.3 Memberikan asupan cairan oral</p> <p>5.4 Mengkolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)</p> <p>5.5 Mengkolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate)</p>	Indikator	Awal	Target	Akhir	Output urine	2	5	2	Membran mukosa lembab	2	5	2	
Indikator	Awal	Target	Akhir												
Output urine	2	5	2												
Membran mukosa lembab	2	5	2												
VI	31/05/2022 07.00	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum : lemah; kesadaran compos mentis, akral hangat CRT < 2 detik, menangis kuat, gerakan aktif, bengkak sedang, kemerahan sedang pada bekas infus sebelah kanan, infus di up pada tangan kanan dilakukan pemasangan ulang pada tangan kiri</p> <p>A: Masalah keperawatan resiko infeksi belum teratasi masih bengkak dan kemerahan pada tangan kanan</p> <table border="1"> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>6.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>6.2 Membatasi Jumlah pengunjung</p> <p>6.3 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien</p> <p>6.4 Mempertahankan tehnik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi</p> <p>6.5 Menjelaskan tanda dan gejala tanda infeksi</p> <p>6.6 Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>6.7 Mengkolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p> <p>6.8 Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>6.9 Mengkolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>	Indikator	Awal	Target	Akhir	Kemerahan	2	5	3	Bengkak	2	5	3	
Indikator	Awal	Target	Akhir												
Kemerahan	2	5	3												
Bengkak	2	5	3												

Dx. No	Tgl / jam	SOAP	TTD
I	01/06/2022 12.50 WITA	<p>S : Pasien Tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum sedang, kesadaran compos mentis, sesak nafas berkurang, terpasang O2 BCPAP FIO2 30% , PEEP:7, Flow : 6, sputum di sekitar mulut By. Ny. M berkurang, terdengar suara nafas ronchi, penggunaan otot</p>	

		<p>bantu nafas cukup menurun.</p> <p>A : Masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif belum teratasi klien masih terdapat sputum berwarna putih di sekitar mulut</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Produksi sputum</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Memonitor bunyi nafas tambahan 1.2 Memonitor sputum (jumlah,warna,bau) 1.3 Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik. 1.4 Memberikan oksigen 1.5 Menganjurkan asupan cairan/hari, jika tidak kontraindikasi. 1.6 Mengkolaborasi pemberian bronkodilator 	Indikator	Awal	Target	Akhir	Produksi sputum	3	5	4					
Indikator	Awal	Target	Akhir												
Produksi sputum	3	5	4												
II	01/06/2022 13.00	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan Umum : sedang; kesadaran compos mentis, akral hangat CRT < 2 detik, menangis kuat, gerakan aktif, sesak berkurang, dispnea cukup menurun, penggunaan otot bantu nafas cukup menurun, hipersaliva berkurang, terpasang O2 BCPAP FIO2 30% , PEEP:7, Flow : 6, RR : 44x/menit, Saturasi Oksigen : 99%, Nadi : 129x/menit, Temp : 36,8⁰C</p> <p>A: Masalah keperawatan pola nafas belum teratasi, sesak mulai berkurang, penggunaan otot bantu nafas cukup menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Penggunaan otot bantu nafas</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.2 Memonitor Bunyi Nafas Tambahan 2.3 Memberikan oksigen, jika perlu 2.4 Memberikan tindakan non farmakologi pemberian Nesting dan posisi lateral kiri 2.1 Memonitor pola nafas 2.5 Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu 2.6 Memonitor adanya sumbatan jalan nafas 2.7 Memonitor saturasi oksigen 2.8 Memonitor nadi (Frekuensi,kekuatan, irama) 2.9 Memonitor suhu tubuh 2.10 Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital 2.11 Mendokumentasi hasil pemantauan 	Indikator	Awal	Target	Akhir	Dispnea	3	5	4	Penggunaan otot bantu nafas	3	5	4	
Indikator	Awal	Target	Akhir												
Dispnea	3	5	4												
Penggunaan otot bantu nafas	3	5	4												
III	01/06/2022 13.15	<p>S: pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O:Keadaan umum : sedang; kesadaran compos mentis, akral hangat CRT< 2 detik, menangis kuat, gerakan aktif, terpasang OGT, residu tidak ada,diet ASI/SF 8x 6-10 cc per OGT , muntah dan distensi abdomen tidak ada, abdomen soefl, BAB 1 kali mikonium, berat badan bayi tanggal</p>													

		<p>31/05/2022 (2,520 gram) sedangkan berat badan bayi tanggal 01/06/2022 (2,635 gram), cek albumin 4,5 g/dl.</p> <p>A: Masalah keperawatan defisit nutrisi belum teratasi berat berat meningkat tetapi belum mencapai target</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Berat badan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>IMT</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Mengidentifikasi status nutrisi</p> <p>3.2 Memberikan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>3.4 Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan</p> <p>3.5 Memeriksa posisi OGT dengan memeriksa residu lambung/mengauskultasi hembusan udara</p> <p>3.6 Memonitor rasa penuh mual muntah</p> <p>3.7 Memonitor residu lambung tiap 4-6 jam selama 24 jam peratma , kemudian tiap 8 jam selama pemberian makan via eteral, jika perlu</p> <p>3.8 Menggunakan teknik bersih dalam pemberian makan via selang</p> <p>3.9 Meninggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan</p> <p>3.11 Menghindari pemberian makan jika residu lebih dari 150 cc/lebih dari 110%-120% dari jumlah makan tiap jam</p> <p>3.12 Monitor berat badan , timbang BB</p>	Indikator	Awal	Target	Akhir	Berat badan	3	5	3	IMT	3	5	3	
Indikator	Awal	Target	Akhir												
Berat badan	3	5	3												
IMT	3	5	3												
IV	01/06/2022 13.25	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum : sedang; kesadaran composmentis, akral hangat CRT < 2 detik, menangis kuat, gerakan aktif, ikterik pada sklera dan kulit bayi cukup menurun, fototerapi masih berlangsung.</p> <p>A: Masalah keperawatan Ikterik neonatus belum teratasi, kulit bayi kekuningan/jaundice mulai berkurang, ikterik pada sklea berkurang, derajat ikterus grade II</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kulit Kuning</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sklera kuning</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Memonitor ikterik pada sklera dan kulit bayi</p> <p>4.2 Memonitor suhu dan tanda vital setiap 4 jam</p> <p>4.3 Memonitor efek samping fototerapi (mis. Hipertermi, diare, rash pada kulit, penurunan berat badan lebih dari 8-10%)</p> <p>4.4 Menyiapkan lampu fototerapi dan inkubator atau kontak bayi</p> <p>4.5 Melepaskan pakaian bayi kecuali popok</p> <p>4.6 Memberikan penutup mata (eye protector/biliband)</p>	Indikator	Awal	Target	Akhir	Kulit Kuning	3	5	4	Sklera kuning	3	5	4	
Indikator	Awal	Target	Akhir												
Kulit Kuning	3	5	4												
Sklera kuning	3	5	4												

		<p>pada bayi</p> <p>4.7 Membiarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan</p> <p>4.8 Mengganti segera alas dan popok bayi jika BAB/BAK</p>													
V	01/06/2022 13.30	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: Kesadaran umum : sedang, kesadaran compos mentis, akral teraba hangat, CRT < 2 detik, terpasang OGT, mukosa bibir lembab, Input/7 jam : 77,4 cc, output/7 jam : 65 cc. urine/jam : 1,7 cc, balance cairan/7 jam : +12,4 cc, cek albumin 4,5 g/dl, Na + : 135 mg/dl, K + : 4,5 mmol/L, CI- : 110 mmol/L</p> <p>A: Masalah keperawatan hipovolemia belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus dan lemah)</p> <p>5.2 Memonitor intake dan output cairan</p> <p>5.3 Memberikan asupan cairan oral</p> <p>5.4 Mengkolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)</p> <p>5.5 Mengkolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate)</p>													
VI	01/06/2022 13.40	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum : sedang; kesadaran compos mentis, akral hangat CRT < 2 detik, menangis kuat, gerakan aktif, bengkak cukup menurun, kemerahan cukup menurun pada bekas infus sebelah kanan, infus pada tangan kiri</p> <p>A: Masalah keperawatan resiko infeksi belum teratasi bengkak dan kemerahan pada tangan kanan cukup menurun</p> <table border="1" data-bbox="683 1563 1249 1675"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>6.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>6.2 Membatasi Jumlah pengunjung</p> <p>6.3 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien</p> <p>6.4 Mempertahankan tehnik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi</p> <p>6.5 Menjelaskan tanda dan gejala tanda infeksi</p> <p>6.6 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	Indikator	Awal	Target	Akhir	Kemerahan	3	5	4	Bengkak	3	5	4	
Indikator	Awal	Target	Akhir												
Kemerahan	3	5	4												
Bengkak	3	5	4												

		6.7 Mengkolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu 6.8 Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6.9 Mengkolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	
--	--	---	--

Dx. No	Tgl / jam	SOAP	TTD												
I	02/06/2022 20.00 WITA	<p>S : Pasien Tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum : sedang, kesadaran compos mentis, sesak nafas berkurang, terpasang O2 BCPAP FIO2 25% , PEEP :6, Flow : 6, sudah tidak ada sputum di sekitar mulut By. Ny. M, suara nafas ronchi sudah tidak terdengar, penggunaan otot bantu nafas cukup menurun.</p> <p>A : Masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Produksi sputum</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Hentikan Intervensi</p>	Indikator	Awal	Target	Akhir	Produksi sputum	4	5	5					
Indikator	Awal	Target	Akhir												
Produksi sputum	4	5	5												
II	02/06/2022 20.10	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum : sedang; kesadaran compos mentis, akral hangat CRT < 2 detik, menangis kuat, gerakan aktif, sesak berkurang, dispnea cukup menurun, penggunaan otot bantu cukup menurun, terpasang O2 BCPAP FIO2 25% , PEEP :6, Flow : 6, RR : 44x/menit, Saturasi Oksigen : 99%, Nadi : 123x/menit, Temp : 36,8^oC</p> <p>A: Masalah keperawatn pola nafas belum teratasi sesak mulai berkurang, penggunaan otot bantu nafas cukup menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Penggunaan otot bantu nafas</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.2 Memonitor Bunyi Nafas Tambahan</p> <p>2.3 Memberikan oksigen, jika perlu</p> <p>2.4 Memberikan tindakan non farmakologi pemberian Nesting dan posisi lateral kiri</p> <p>2.1 Memonitor pola nafas</p> <p>2.5 Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p> <p>2.6 Memonitor adanya sumbatan jalan nafas</p> <p>2.7 Memonitor saturasi oksigen</p> <p>2.8 Memonitor nadi (Frekuensi,kekuatan, irama)</p> <p>2.9 Memonitor suhu tubuh</p> <p>2.10 Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital</p> <p>2.11 Mendokumentasi hasil pemantauan</p>	Indikator	Awal	Target	Akhir	Dispnea	4	5	4	Penggunaan otot bantu nafas	4	5	4	
Indikator	Awal	Target	Akhir												
Dispnea	4	5	4												
Penggunaan otot bantu nafas	4	5	4												
III	02/06/2022 20.15	<p>S: pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O:Keadaan umum : sedang; kesadaran compos mentis, akral hangat CRT< 2 detik, menangis kuat, gerakan aktif, terpasang OGT, residu tidak</p>													

		<p>ada,diet ASI/SF 8x 6-10 cc per OGT , muntah dan distensi abdomen tidak ada, abdomen soefl,BAB tidak ada , berat badan bayi tanggal 01/06/2022 (2,636 gram) sedangkan berat badan bayi tanggal 02/06/2022 (2,710 gram) terdapat peningkatan berat badan.</p> <p>A: Masalah keperawatan defisit nutrisi belum teratasi berat berat meningkat tetapi belum mencapai target berat badan ideal.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Berat badan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>IMT</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Mengidentifikasi status nutrisi</p> <p>3.2 Memberikan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>3.4 Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan</p> <p>3.5 Memeriksa posisi OGT dengan memeriksa residu lambung/mengauskultasi hembusan udara</p> <p>3.6 Memonitor rasa penuh mual muntah</p> <p>3.7 Memonitor residu lambung tiap 4-6 jam selama 24 jam pertama , kemudian tiap 8 jam selama pemberian makan via eteral, jika perlu</p> <p>3.8 Menggunakan teknik bersih dalam pemberian makan via selang</p> <p>3.9 Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan</p> <p>3.11 Menghindari pemberian makan jika residu lebih dari 150 cc/lebih dari 110%-120% dari jumlah makan tiap jam</p> <p>3.12 Memonitor berat badan , timbang BB</p>	Indikator	Awal	Target	Akhir	Berat badan	3	5	4	IMT	3	5	4	
Indikator	Awal	Target	Akhir												
Berat badan	3	5	4												
IMT	3	5	4												
IV	02/06/2022 20.25	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum : sedang; kesadaran compos mentis, akral hangat CRT < 2 detik, menangis kuat, gerakan aktif, ikterik pada sklera sudah tidak ada dan kekuningan pada kulit bayi cukup menurun, fototerapi masih berlangsung.</p> <p>A: Masalah keperawatan Ikterik neonatus belum teratasi, kekuningan pada kulit bayi sudah cukup menurun, ikterik pada sklera tidak ada, derajat ikterus grade I</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kulit Kuning</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sklera kuning</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Memonitor ikterik pada sklera dan kulit bayi</p> <p>4.2 Memonitor suhu dan tanda vital setiap 4 jam</p> <p>4.3 Memonitor efek samping fototerapi (mis. Hipertermi, diare, rash pada kulit, penurunan berat badan lebih dari 8-10%)</p> <p>4.4 Menyiapkan lampu fototerapi dan inkubator</p>	Indikator	Awal	Target	Akhir	Kulit Kuning	4	5	4	Sklera kuning	4	5	4	
Indikator	Awal	Target	Akhir												
Kulit Kuning	4	5	4												
Sklera kuning	4	5	4												

		<p>atau kontak bayi</p> <p>4.5 Melepaskan pakaian bayi kecuali popok</p> <p>4.6 Memberikan penutup mata (eye protector/biliband) pada bayi</p> <p>4.7 Membiarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan</p> <p>4.8 Mengganti segera alas dan popok bayi jika BAB/BAK</p>													
V	01/06/2022 13.30	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: Keadaan umum : sedang, kesadaran composmentis, akral teraba hangat, CRT < 2 detik, Terpasang OGT, mukosa bibir lembab, input/7 jam : 96,1 cc, output/7 jam : 55 cc. urine/jam : 1,2 cc, balance cairan/7 jam : +41,1 cc</p> <p>A: Masalah keperawatan hipovolemia teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Output urine</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Membran mukosa lembab</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Hentikan intervensi</p>	Indikator	Awal	Target	Akhir	Output urine	4	5	5	Membran mukosa lembab	4	5	5	
Indikator	Awal	Target	Akhir												
Output urine	4	5	5												
Membran mukosa lembab	4	5	5												
VI	02/06/2022 20.35	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum : sedang; kesadaran compos mentis, akral hangat CRT < 2 detik, menangis kuat, gerakan aktif, bengkak cukup menurun, kemerahan cukup menurun pada bekas infus sebelah kanan, infus pada tangan kiri</p> <p>A: Masalah keperawatan resiko infeksi belum teratasi bengkak dan kemerahan pada tangan kanan cukup menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>6.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>6.2 Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>6.3 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien</p> <p>6.4 Mempertahankan tehnik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi</p> <p>6.5 Menjelaskan tanda dan gejala tanda infeksi</p> <p>6.6 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>6.7 Mengkolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p> <p>6.8 Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>6.9 Mengkolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>	Indikator	Awal	Target	Akhir	Kemerahan	3	5	4	Bengkak	3	5	4	
Indikator	Awal	Target	Akhir												
Kemerahan	3	5	4												
Bengkak	3	5	4												