

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Laporan kasus kelolaan telah di susun sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan. Hasil pengkajian yang di dapatkan pada pasien dengan kasus BBLR + Asfiksia di ruang Picu Nicu pada tanggal 2 Juni 2022 sampai dengan tanggal 4 juni 2022. Pemerolehan data dengan cara melakukan pemeriksaan fisik dan menganalisis catatan medis dan perawat. Hasil pengkajian diperoleh hasil:

A. Pengkajian kasus

1. Identitas klien

Klien bernama By. SD lahir di UGD secara seponan pada jam 09.20 tanggal 31 mei 2022 dengan kondisi berat badan bayi rendah dengan berat badan 1665 gram klien mengalami sesak dan terdapat interaksi dinding dada. Klien masuk ruang PICU NICU pada jam 12.00 dengan diagnosa medis BBLR + Asfiksia berjenis kelamin laki-laki, No.RM : 05146122, orang tua beragama islam alamat teluk muda kec. Kahala biaya di tanggung BPJS.

2. Keluhan utama

Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, CRT < 2 detik, gerakan bayi aktif menangis kuat, penggunaan otot bantu nafas O2 CPAP FIO2 37%, Spo2: 96% HR: 133x/m RR: 54 x/m S: 36,2° tidak ada residu di ogt.

3. Alasan dirawat

Alasan klien di rawat karena terlahir dengan berat badan bayi rendah dan klien mengalami sesak nafas, Riwayat persalinan dengan nilai apgar skor 4/7 dan terdiagnosa medis BBLR + Asfiksia.

4. Data khusus

a. *Primary survey*

1) *Airway* :

Tidak ada sumbatan jalan nafas , tidak ada wheezing dan ronchi

2) *Breathing*:

a) Inspeksi : bentuk dada simetris kiri dan kanan RR: 54x/m, penggunaan otot bantu nafas, terpasang O2 CPAP FIO2 37% tidak ada sianosis Spo2 : 96%

b) Palpasi : gerakan dada simetris kiri dan kanan

c) Perkusi : bunyi paru kiri dan kanan sonor

d) Auskultasi : tidak ada suara napas tambahan

3) *Circulation*:

a) Inspeksi : bentuk dada simetris kiri dan kanan

b) Palpasi : Hr:133x/m

c) Perkusi : pekak pada jantung

d) Auskultasi : tidak ada mur mur

b. *Secondary Survey*.

1) Pernafasan B1 (*Breathing*)

Terpasang O2 CPAP FIO2 37% spo2 96% RR: 54x/m dyspnea berkurang, pergerakan dada simetris

2) Persyarafan B2 (*Brain*)

Keadaan umum lemah kesadaran composmentis sklera ikterik
konjungtiva tidak anemis, reflek cahaya mata kanan dan kiri +/-

Table 3.1 Pemeriksaan GCS

(E) Respon membuka Mata	(V) bicara	(M) gerakan
(4) : spontan = √ (3) : patuh pada perintah/suara (2) : dengan rangsangan nyeri (1) : tidak ada respon	(5) : mengoceh (4) : menangis lemah = √ (3) : menangis / karena diberi rangsangan nyeri (2) : merintih / karena diberi rangsangan nyeri (1): tidak ada respon	(6) : spontan = √ (5) : menarik / karena sentuhan (4) : menarik / karena rangsangan nyeri (3) : fleksi abnormal (2) : ekstensi abnormal (1): tidak ada respon

Referensi: Mutia & dr.jati, 2022

3) Kardiovaskuler B3 (*Blood*)

Hr: 133x/m akral hangat CRT < 2 detik, infus D10% 6cc/jam, tidak ada perdarahan

4) Perkemihan B4 (*Bladder*)

Tidak ada kelainan pada gentelia, BAK spontan menggunakan diapers, warna kuning produksi urine 150cc/7jam

5) Pencernaan B5 (*Bowel*)

Frekuensi Bab 1-2 kali sehari, konsentrasi pasta warna kehijauan, tidak ada kembung diit susu asi / susu formula 8 x 2-5 cc/ 3 jam melalui OGT tidak ada residu.

6) Musculoskeletal B6 (*Bone*)

Suhu tubun 36,2°C dan reflek primitif ada.

5. Reflek pada bayi
- a. R. Morro : ada
 - b. R. Rooting : ada
 - c. R. Sucking : ada
 - d. R. Palmar Graps : ada
 - e. R. Babinsky : ada
 - f. R. Kedip : ada
 - g. R. Tonik Neck : ada
 - h. R. Swallowing : ada

6. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan hematologi

tanggal 31 Mei 2022

Table 3.2 Hasil pemeriksaan hematologi

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
• Darah lengkap Hemoglobin	17,1	gr/100ml	P 13-16 - W 12-14
Hematokrit	52	vol %	P 40-48 – W 37-43
Leukosit	19.100	/mm ³	5.000 – 10.000
Granulosit	50,5	%	50 – 70
Limfosit	38,5	%	20 – 40
Monosit	11,0	%	2 – 8
Thrombosit	257.000	/mm ³	150.000 – 450.000

7. Daftar harian terapi obat dan cairan

Table 3.3 Terapi obat dan cairan

NO	Hari/tanggal	Terapi obat dan cairan	Jam pemberian
1	Kamis 2 Juni 2022	1. Infus D 10% 6 cc / jam 2. Ampicillin 2x80 mg/IV 3. Gentamicin 8 mg/ 36 jam/iv 4. Ranitidin 2x1,5 mg/iv 5. susu asi / susu formula 8 x 2-5 cc/ 3 jam	Selama 24 jam 07.00 / 19.00 23.00 07.00 / 19.00
2	Jumat 3 Juni 2022	1. Infus D 10% 6 cc / jam 2. Ampicillin 2x80 mg/IV 3. Ranitidin 2x1,5 mg/iv	Selama 24 jam 07.00 / 19.00 07.00 / 19.00

		4. susu asi / susu formula 8 x 5-8 cc/ 3 jam	
3	Sabtu 4 Juni 2022	1. Infus D 10% 6 cc / jam 2. Ampicillin 2x80 mg/IV 3. Gentamicin 8 mg/ 36 jam/iv 4. Ranitidin 2x1,5 mg/iv 5. susu asi / susu formula 8 x 11-12 cc/ 3 jam	Selama 24 jam 07.00 / 19.00 10.00 07.00 / 19.00

8. Analisa data

Table 3.4 Analisa Data

NO	Diagnosa Keperawatan	Etiologi	Problem
1	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter mengatakan pasien berdiagnosa medis Asfiksia b. Bidan mengatakan pasien ketika lahir tidak menangis <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keadaan umum lemah b. Akral hangat c. Pasien dispnea d. Terdapat penggunaan otot bantu pernafasan e. Terpasang O2 CPAP FIO2 37% f. HR: 133 x/m g. RR: 54 x/m h. Spo2 96% 	<p>Hambatan upaya napas</p> <p>Di buktikan dengan kelemahan otot pernapasan</p>	Pola nafas tidak Efektif
2	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perawat mengatakan pasien menangis saat di lakukan tindakan invasif seperti pemasangan infus dan injeksi obat <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ekspresi wajah : otot wajah tegang alis berkerut b. Tangisan : mengerang, sebentar sebentar menangis c. tangan dan kaki fleksi d. Skor nyeri 4 – 7 di ukur menggunakan skala nyeri NIPS e. Hr: 133 x/m f. RR: 54 x/m g. SPO2 96% h. S: 36,2° 	Agen Pencedera fisik (prosedur invasif)	Nyeri Akut
3	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter mengatakan Pasien terdiagnosa medis BBLR b. Dokter mengatakan pasien diit asi / susu formula <p>Do:</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. BB lahir :1665 gram 	ketidakmampuan mengabsorsi nutrien	Deficit Nutrisi

	<ul style="list-style-type: none"> b. BB umur 3 hari : 1520 gram c. Selisih BB : 145 gram dalam rentan waktu 3 hari d. Lila : 7 cm e. LP: 20 cm <p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ht: 52 vol % b. Hb: 17,1 gr/100 ml c. leukosit : 19.100 /mm³ <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. konjungtiva tidak anemis b. membrane mukosa kering dan pucat c. Bising usus: 25x/m d. Perut buncit LP: 23 cm e. Tidak ada residu f. Sklera putih <p>D:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Diit susu asi / susu formula 8 x 2-5 cc/ 3 jam b. Terpasang OGT tidak ada residu 		
4	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perawat mengatakan infus di tangan kanan bengkak dan kemerahan <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keadaan Umum Lemah, b. Akral hangat c. Bengkak dan kemerahan di tangan kanan d. terpasang infus di tangan kiri D10 % 6 cc/ jam e. terpasang ogt hari ke 3 f. Terpasang O2 CPAP FIO₂ 37% g. leukosit : 19.100 /mm³ h. monosit : 11,0 % i. Hr: 133 x/m j. RR: 54 x/m k. SPO₂ 96% l. S: 36,2° 	Efek prosedur invasif	Risiko Infeksi
5	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter mengatakan pasien terdiagnosa medis BBLR b. Perawat mengatakan kulit pasien tipis dan terkelupas c. Perawat mengatkan suhu tubuh pasien naik turun <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keadaan umum lemah b. Akral hangat c. S: 36,2°C – 37,4°C d. Diagnosa medis BBLR 	Suplai lemak subkutan tidak memadai	Risiko termoregulasi tidak efektif

	e. Kulit kering dan terkelupas f. Kulit kemerahan g. Hr: 133 x/mx h. RR: 54 x/m i. CRT < 2 detik		
--	--	--	--

B. Diagnosa keperawatan

1. Pola nafas tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas di buktikan dengan kelemahan otot pernapasan
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur invasif)
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
4. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif
5. Risiko termoregulasi tidak efektif ditandai dengan suplai lemak subkutan tidak memadai

Diagnosa keperawatan yang di bahas dan lebih berfokus pada penulisan karya ilmiah akhir ners ini adalah nyeri akut sedangkan nyeri akut didefinisikan dalam SDKI (2017) adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Diagnosa ini berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur invasif).

C. Intervensi keperawatan

Nama Pasien : By.SD

Diagnosa Medis : BBLR + Asfiksia

Table 3.5 Intervensi

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Pola nafas tidak Efektif berhubungan dengan	Pola nafas (L.01004) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Pola Napas	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi

	<p>Imaturitas neurologis</p>	<p>Membaik, dengan kriteria hasil:</p> <p>A. Dispnea dari skala 2 di tingkatkan ke skala 5</p> <p>B. Penggunaan otot bantu dari skala 2 di tingkatkan ke skala 5</p> <p>Ket :</p> <p>1: meningkat 2: cukup meningkat 3: sedang 4: cukup menurun 5: menurun</p> <p>C. Frekuensi napas dari skala 2 di tingkatkan ke skala 5</p> <p>D. Kedalaman napas dari skala 2 di tingkatkan ke skala 5</p> <p>Ket :</p> <p>1: memburuk 2: cukup memburuk 3: sedang 4: cukup membaik 5: membaik</p>	<p>1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>1.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</p> <p>1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.4 Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>1.5 Posisikan semi fowler atau fowler</p> <p>1.6 Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</p> <p>1.7 Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik</p> <p>1.8 Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1.9 Anjurkan asupan cairan/hari, jika tidak kontraindikasi</p> <p>kolaborasi</p> <p>1.10 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p> <p>Pemantauan Respiraasi (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <p>1.11 Monitor saturasi oksigen</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.12 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>1.13 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>
2	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur invasif)</p>	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri Menurun, dengan kriteria hasil:</p> <p>A. Meringis dari skala 2 di tingkatkan ke skala 5</p> <p>Ket:</p> <p>1: meningkat 2: cukup meningkat 3: sedang 4: cukup menurun 5: menurun</p> <p>B. Frekuensi nadi dari skala 2 di tingkatkan ke skala 5</p>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <p>1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>1.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Identifikasi skala nyeri non verbal</p> <p>1.4 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.5 Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pemberian NNS dan Swaddling)</p> <p>1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>

		<p>C. Pola napas dari skala 2 di tingkatkan ke skala 5</p> <p>Ket: 1: memburuk 2: cukup memburuk 3: sedang 4: cukup membaik 5: membaik</p>	<p>Edukasi</p> <p>1.7 Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 1.8 Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.9 Anjurkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.10 Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu</p>
3	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi	<p>Status Nutrisi Bayi (L.06053)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi bayi Membaik, dengan kriteria hasil:</p> <p>A. Berat badan dari skala 2 di tingkatkan ke skala 5</p> <p>Ket: 1: menurun 2: cukup menurun 3: sedang 4: cukup meningkat 5: meningkat</p> <p>B. Membrane mukosa kuning dari skala 2 di tingkatkan ke skala 5</p> <p>Ket : 1: meningkat 2: cukup meningkat 3: sedang 4: cukup menurun 5: menurun</p>	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi status nutrisi 3.2 Monitor asupan makanan 3.3 Monitor berat badan</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.4 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.5 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutreïn yang di butuhkan</p> <p>Promosi berat badan (I.03136)</p> <p>Observasi</p> <p>3.6 Monitor adanya mual muntah</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.7 Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu 3.8 Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>3.9 Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau 3.10 Jelaskan peningkatan asupan kalori yang di butuhkan</p>
4	Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif	<p>Tingkat infeksi (L.14137)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat infeksi Menurun, dengan kriteria hasil:</p> <p>A. Kebersihan tangan dari skala 2 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>Ket: 1: menurun 2: cukup menurun 3: sedang 4: cukup meningkat 5: meningkat</p>	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2 Batasi jumlah pengunjung 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien 4.4 Pertahankan Teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi</p> <p>Edukasi</p> <p>4.5 jelaskan tanda dan gejala infeksi</p>

		<p>B. Demam dari skala 2 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>C. kemerahan dari skala 2 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>D. bengkak dari skala 2 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>ket :</p> <p>1: meningkat</p> <p>2: cukup meningkat</p> <p>3: sedang</p> <p>4: cukup menurun</p> <p>5: menurun</p>	<p>4.6 ajarkan cara cuci tangan dengan benar</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.7 Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p> <p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <p>4.8 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.9 Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>Edukasi</p> <p>4.10 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.11 Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>
5	Risiko termoregulasi tidak efektif ditandai dengan suplai lemak subkutan tidak memadai	<p>Termogulasi Neonatus (L.14135)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Ternogulasi Neonatus membaik, dengan kriteria hasil:</p> <p>A. Suhu tubuh dari skala 3 di tingkatkan ke skala 5</p> <p>B. Suhu kulit dari skala 3 pertahankan dari skala 5</p> <p>Ket:</p> <p>1: memburuk</p> <p>2: cukup memburuk</p> <p>3: sedang</p> <p>4: cukup membaiki</p> <p>5: membaik</p>	<p>Perawatan Bayi (L.10338)</p> <p>Observasi :</p> <p>5.1 Monitor tanda-tannda vital bayi terutama suhu 36,50C – 37,50C</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.2 Mandikan bayi dengan suhu ruangan 21-240C</p> <p>3.3 Mandikan bayi dalam waktu 5-10 menit dan 2 kali dalam sehari</p> <p>3.4 Kenakan popok bayi dibawah umbilikus jika tali pusat belum terlepas</p> <p>3.5 Ganti popok bayi jika basah</p> <p>3.6 Kenakan pakaian bayi dari bahan katun</p> <p>Edukasi</p> <p>3.7 Anjurkan ibu menyusui sesuai kebutuhan</p> <p>3.8 Ajarkan ibu merawat bayi dirumah</p>

D. Intervensi Inovasi non nutritive sucking dan swaddling

Table 3.6 Intervensi Inovasi

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri</p>	<p>Manajemen Nyeri (L.08238)</p> <p>Observasi</p> <p>1.10 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,</p>

	(prosedur invasif)	<p>Menurun, dengan kriteria hasil:</p> <p>A. Meringis dari skala 2 di tingkatkan ke skala 5</p> <p>Ket:</p> <p>1: meningkat 2: cukup meningkat 3: sedang 4: cukup menurun 5: menurun</p> <p>B. Frekuensi nadi dari skala 2 di tingkatkan ke skala 5</p> <p>C. Pola napas dari skala 2 di tingkatkan ke skala 5</p> <p>Ket:</p> <p>1: memburuk 2: cukup memburuk 3: sedang 4: cukup membaik 5: membaik</p>	<p>frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>1.11 Identifikasi skala nyeri</p> <p>1.12 Identifikasi skala nyeri non verbal</p> <p>1.13 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.14 Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pemberian NNS dan Swaddling)</p> <p>1.15 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1.16 Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>1.17 Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>1.18 Anjurkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.10 Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu</p>
--	--------------------	---	---

Berdasarkan hasil dari inovasi yang di dapatkan pada bayi SD pada diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur invasif) di dapatkan data sebagai berikut.

Tabel 3.7 Lembar Observasi

Neonatus Dengan Intervensi NNS dan Swaddling

No.	Tanggal/jam	Tingkat Nyeri		Tindakan
		Pre	Post	
1.	Selasa 31 Mei 2022 19.00 wita (pre) Kamis 2 juni 2022 07.00 Wita (Post)	a. Ekspresi wajah (Alis berkerut) 1 b. Menangis (mengerang) 1 c. Pola napas ireguler (52x/menit) 1 d. Tingkat Kesadaran (rewel) 1 Total 4	a. Ekspresi wajah (Relaksasi) 0 b. Menangis (tidak menangis) 0 c. <u>Pola napas (relaks)</u> Total 0	Pemberian injeksi
2.	Selasa 31 Mei 2022 12.00 Wita (pre) Jumat 3 Juni 2022 07.00 Wita (Post)	a. Ekspresi wajah (meringis). 1 b. Menangis (hebat) 2 c. Pola napas ireguler 48x/ menit) 1 d. Lengan (fleksi) 1 e. Tungkai (fleksi) 1 f. Tingkat kesadaran (rewel) 1 Total 7	a. Ekspresi wajah (meringis) 1 Total 1	Pemasangan infus dan pengambilan darah vena
	Rabu 1 Juni 2022 07.00 Wita (Pre) Jumat 3 Juni 2022 07.20 Wita (Post)	a. Ekspresi wajah (meringis) 1 b. Menangis (Merintih ringan) 1 c. Pola napas ireguler (50x/menit) 1 Total 3	a. Ekspresi wajah (Relaksasi) 0 b. Menangis (tidak menangis) 0 c. <u>Pola napas (relaks)</u> Total 0	Pemberian injeksi
3.	Rabu 1 Juni 2022 19.00 wita (Pre) Sabtu 4 Juni 2022 19.00 Wita (Post)	a. Ekspresi wajah (meringis) 1 b. Menangis (Merintih ringan) 1 c. Pola napas ireguler (50x/menit) 1 Total 3	a. Ekspresi wajah (Relaksasi) 0 b. Menangis (tidak menangis) 0 c. <u>Pola napas (relaks)</u> Total 0	Pemberian injeksi

Neonatus Dengan Kassa + D10%

No.	Tanggal/jam	Tingkat Nyeri		Tindakan
		Pre	Post	
1.	Senin 06 Juni 2022 09.00 Wita (pre) Jumat 10 Juni 2022 21.00 (Post)	a. Ekspresi wajah (meringis) 1 b. Menangis (hebat) 2 c. Pola napas (ireguler 55x/ menit) 1 d. Lengan (fleks) 1 e. Tungkai (fleks) 1 f. Tingkat kesadara (rewel) <u>1</u> Total 7	b. Ekspresi wajah (meringis) 1 c. Menangis (Hebat) 1 d. Pola napas (Ireguler 43x/m) 1 e. Tingkat Kesadaran (Rewel) <u>1</u> Total 4	Pemasangan infus dan pengambilan darah vena
2.	Senin 06 Juni 2022 07.00 Wita (pre) Rabu 08 Juni 2022 07.00 (post)	a. Ekspresi wajah (Alis berkerut) 1 b. Menangis (mengerang) 1 c. Pola napas ireguler (48x/menit) 1 d. Lengan dan tangan (fleks) 2 e. Tingkat Kesadaran (rewel) <u>1</u> Total 6	a. Ekspresi wajah (Alis berkerut) 1 b. Pola napas ireguler (51x/menit) <u>1</u> Total 2	Pemberian injeksi
3.	Selasa 07 Juni 2022 19.00 Wita (pre) Kamis 09 Juni 2022 19.00 Witas (post)	a. Ekspresi wajah (Alis berkerut) 1 b. Menangis (mengerang) 1 c. Pola napas ireguler (50x/menit) 1 d. Lengan dan tangan (fleks) 2 e. Tingkat Kesadaran (rewel) <u>1</u> Total 6	a. Ekspresi wajah (Alis berkerut) 1 c. Pola napas ireguler (51x/menit) <u>1</u> Total 2	Pemberian injeksi

E. Implementasi Keperawatan

Nama Pasien : By. SD

Diagnosa Medis : BBLR + Asfixia

Hari Ke I

Tabel 3.8 Implementasi

No	Tanggal/ jam	Diagnose keperawatan	Implementasi
1	Kamis 2 Juni 2022 08.00	Pola nafas tidak Efektif berhubungan dengan Imaturitas neurologis	1.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) S: perawat mengatakan pasien bernapas cepat

			<p>O: RR: 56x/m reteraksi dinding dada ada dan tidak ada sianosis</p> <p>1.2 Memonitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) S: perawat mengatakan tidak ada suara napas tambahan O: tidak ada suara napas tambahan</p> <p>1.3 Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) S: perawat mengatakan tidak ada sputum O: tidak ada sputum</p> <p>1.4 Mempertahankan kepatenan jalan napas S: perawat mengatakan selalu menjaga kepatenan jalan napas pasien O: jalan napas pasien paten</p> <p>1.8 Memberikan oksigen, jika perlu S: dokter mengatakan oksigen yang di gunakan CPAP FIO2 37% O: Terpasang O2 CPAP FIO2 37%</p> <p>1.9 Menganjurkan asupan cairan/hari, jika tidak kontraindikasi S: dokter mengatakan saat visite pasien di beri diit asi/sufor O: Diit asi / susu formula 8 x 2-5 cc/ 3 jam</p> <p>1.11 Memonitor saturasi oksigen S: perawat mengatakan saturasi pasien dalam rentan baik O: Spo2: 98%</p> <p>1.12 Mendokumentasikan hasil pemantauan S: perawat mengatakan selalu mendokumentasikan hasil pemantauan O: hasil pemantauan di dokumentasikan pada lembar grafik dan status pasien</p> <p>1.13 Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan S: perawat telah menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan kepada orang tua pasien O: tujuan dan prosedur pemantauan telah di jelaskan</p>
--	--	--	---

2	Kamis 2 Juni 2022 09.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur invasif)	<p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S: perawat mengatakan pasien selalu menangis Ketika di pasang infus O: lokasi nyeri pada tangan kanan yang di lakukan pemasangan infus dan injeksi</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri S: perawat mengatakan skala nyeri pasien O: Skala nyeri 4 saat pemberian injeksi</p> <p>2.3 Mengidentifikasi skala nyeri non verbal S: perawat mengatakan pasien meringis Ketika di injeksi obat O : pasien tampak meringis saat di lakukan injeksi</p> <p>2.4 Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan S: perawat mengatakan intervensi NNS dan Swaddling yang di berikan dapat mengurangi nyeri pada neonatus O: dengan cara bayi di berikan empeng dan bedong dapat mengurangi nyeri pada bayi</p> <p>2.5 Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pemberian NNS dan Swaddling) S: perawat mengatakan pemberian NNS dan Swaddling dapat di gunakan di ruangan untuk mengurangi nyeri O: pada saat di lakukan pemasangan infus bayi di berikan NNS dan swaddling dan bayi tidak menagis saat Tindakan invasif di lakukan</p> <p>2.6 Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri S: perawat mengatakan selalu memrapikan tempat tidur dan kondisi lingkungan agar pasien nyaman O: merapikan dan membersihkan tempat tidur serta memberikan posisi nyaman pada bayi</p> <p>2.7 Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p>
---	-------------------------------	--	--

			<p>S: perawat mengatakan sudah menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri kepada keluarga pasien O: nyeri di akibatkan dari Tindakan invasif</p> <p>2.8 Menjelaskan strategi meredakan nyeri S: perawat mengatakan sudah menjelaskan strategi meredakan nyeri kepada orang tua pasien O: dengan memberikan NNS dan Swaddling</p> <p>2.9 Mengajukan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri S: perawat mengatakan mengajukan kepada orang tua pemberian NNS dan Swaddling untuk menurunkan nyeri O: memberikan NNS dan Swaddling</p> <p>2.10 Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu S: dokter mengatakan pasien tidak di berikan analgetik O: pasien tidak di berikan analgetik</p>
3	Kamis 2 Juni 2022 10.00	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi	<p>3.1 Mengidentifikasi status nutrisi S: dokter mengatakan pasien berdiagnosa medis BBLR O: status nutrisi pasien kurang berat badan lahir rendah</p> <p>3.2 Memonitor asupan makanan S: dokter mengatakan pasien mendapat diit asi/sufor O: bayi diit asi dan susu formula</p> <p>3.3 Memonitor berat badan S: perawat mengatakan berat badan di ukur seminggu 2 kali O: berat badan bayi lahir 1665 gram</p> <p>3.4 Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein S: perawat mengatakan pasien hanya minum asi/sufor O: diit asi dan susu formula</p> <p>3.5 Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutreins yang di butuhkan S: perawat mengatakan telah berkolaborasi pada ahli gizi untuk pemberian susu formula</p>

			<p>O: bayi diit asi dan susu formula 8 x 2-5 cc/ 3 jam</p> <p>3.6 Memonitor adanya mual muntah S: perawat mengatakan pasien tidak ada mual dan muntah O: tidak ada mual dan muntah</p> <p>3.7 Memberikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu S: perawat mengatakan selalu merawat keadaan mulut pasien</p> <p>3.8 O: keadaan mulut bayi bersih</p> <p>3.9 Mensediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien</p> <p>3.10 S: dokter mengatakan pasien diit asi/sufor O: pasien diit susu formula dan asi</p> <p>2.8 Menjelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau S: perawat mengatakan telah menjelaskan kepada orang tua pasien bahwa pasien hanya diit asi/sufor O: pasien hanya mengkonsumsi asi atau susu formula</p>
4	Kamis 2 Juni 2022 10.00	Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif	<p>4.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik S: perawat mengatakan terdapat kemerahan dan bengkak di tangan kanan akibat infus O: kemerahan dan bengkak menurun</p> <p>4.2 Membatasi jumlah pengunjung S: perawat mengatakan jumlah pengunjung di batasi hanya 1 orang O: jumlah pengunjung di batasi</p> <p>4.3 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien S: perawat mengatakan sebelum dan sesudah tindakan selalu mencuci tangan O: mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>4.4 Mempertahankan Teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi S: perawat mengatakan saat tindakan selalu menggunakan handscoon</p>

			<p>O: menggunakan handscoon saat Tindakan invasif pada pasien</p> <p>4.5 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi S: perawat mengatkan kemerahan dan bengkak di tanagn kanan menurun O: tanda dan gejala infeksi menurun</p> <p>4.6 Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar S: perawat mengatakan sudah mengajarkan cuci tangan yang benar kepada orang tua pasien O: Mengajarkan cuci tangan yang benar pada orang tua pasien sebelum kontak dengan pasien</p> <p>4.7 Mengkolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu S: perawat mengatakan pasien telah di imunisasi ketika lahir O: pasien di berikan Hepatitis B Ketika lahir</p> <p>4.9 Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka S: perawat mengatakan selalu mempertahankan teknik streil di ruangan O: selalu mencuci tangan dan menggunakan handscoon ketika Tindakan invasif</p> <p>4.11 Mengkolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu S:dokter mengatakan pasien mendapat antibiotik O: pasien mendapat terapi obat ampicillin subactam 2 x 80 mg/iv</p>
5	Kamis 2 Juni 2022 11.00	Risiko termoregulasi tidak efektif ditandai dengan suplai lemak subkutan tidak memadai	<p>3.1 Memonitor tanda-tannda vital bayi terutama suhu 36,5°C – 37,5°C S: perawat mengatakan suhu tubuh pasien naik turun O: suhu : 36°C-36.8°C</p> <p>3.2 Memandikan bayi dengan suhu ruangan 21-24°C S: perawat mengatakan selau mengatur suhu ruangan ketika memandikan bayi O: memandikan bayi suhu ruangan 24°C</p>

			<p>3.3 Memandikan bayi dalam waktu 5-10 menit dan 2 kali dalam sehari S: perawat mengatakan menyeka bayi tidak lebih dari 10 menit dan 1 hari sekali O: bayi setiap hari di seka dengan waktu 10 menit dan 2 kali sehari</p> <p>3.4 Mengenakan popok bayi dibawah umbilikus jika tali pusat belum terlepas S: perawat mengatakan popok bayi menutupi tali pusat dan di rekatkan tidak kencang serta tali pusat di tutup kasa streil O: tali pusat di tutup menggunakan kasa steril</p> <p>3.5 Menganti popok bayi jika basah S: perawat mengatakan mengganti popok bayi jika basah dan setiap balance cairan O: popok bayi di ganti setiap 7 jam sekali atau Ketika popok basah</p> <p>3.6 Menkenakan pakaian bayi dari bahan katun S: perawat mengatakan pasien hanya menggunakn popok ketika di dalam inkubator O: bayi berada di dalam incubator dan hanya mengenakan popok</p> <p>3.7 Menganjurkan ibu menyusui sesuai kebutuhan S: perawat mengatkan ibu pasien datang untuk menyusui pasien O: ibu menyusui sesuai kebutuhan</p> <p>3.8 Menajarkan ibu merawat bayi dirumah S: perawat mengatakan telah mengajairi ibu pasien cara merawat bayi di rumah O: bayi masih di rawat di ruan PICU rumah sakit</p>
--	--	--	--

Hari ke II

No	Tanggal/ jam	Diagnose keperawatan	Implementasi
1	Jumat 3 Juni 2022 08.00	Pola nafas tidak Efektif berhubungan dengan Imaturitas neurologis	1.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) S: dokter mengatakan pasien ada retraksi dinding dada dan penggunaan otot bantu napas

			<p>O: RR: 58x/m reteraksi dinding dada cukup menurun dan tidak ada sianosis</p> <p>1.2 Memonitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) S: perawat mengatakan pasien tidak ada bunyi suara napas tambahan O: tidak ada suara napas tambahan</p> <p>1.3 Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) S: perawat mengatkan pasien tidak ada sputum O: tidak ada sputum</p> <p>1.4 Mempertahankan kepatenan jalan napas S: perawat mengatakan selalu mempertahankan kepatenan jalan napas pasien O: jalan napas pasien paten</p> <p>1.5 Memberikan oksigen, jika perlu S: dokter mengatakan pasien mendapat terapi oksigen CPAP FIO2 37% O: Terpasang O2 CPAP FIO2 37%</p> <p>1.6 Menganjurkan asupan cairan/hari, jika tidak kontraindikasi S: dokter mengatakan diit asi di tingkatkan menjadi 5-8 cc/3 jam O: Diit asi / susu formula 8 x 5-8 cc/ 3 jam</p> <p>1.7 Memonitor saturasi oksigen S: perawat mengatakan saturasi pasien dalam rentan baik O: Spo2: 99%</p> <p>1.8 Mendokumentasikan hasil pemantauan S: perawat mendokumentasikan hasil pemantauan O: hasil pemantauan di dokumentasikan pada lembar grafik dan status pasien</p>
2	Jumat 3 Juni 2022 09.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur invasif)	<p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S: perawat mengatakan nyeri di bagian tangan yang akan di lakukan tindakan invasif O: lokasi nyeri pada tangan kanan yang di lakukan pemasangan infus dan injeksi</p>

			<p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri S: perawat mengatikan skala nyeri pasien 4 O: Skala nyeri 4 saat pemberian injeksi</p> <p>2.3 Mengidentifikasi skala nyeri non verbal S: pearwat mengatikan pasien meringis atau menagis ketika di lakukan tindakan invasif O : pasien tampak meringis saat di lakukan injeksi</p> <p>2.4 Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan S: perawat mengatikan skor nyeri lebih rendah di bandingkan menggunakan kassa + D10% O: dengan cara bayi di berikan empeng dan bedong dapat mengurangi nyeri pada bayi</p> <p>2.5 Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pemberian NNS dan Swaddling) S: perawat mengatikan intervensi yang di berikan dapat mengurangi nyeri O: pada saat di lakukan pemasangan infus bayi di berikan NNS dan swaddling dan bayi tidak menagis saat Tindakan invasif di lakukan</p> <p>2.6 Mengkontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri S: perawat mengatakan selalu menjaga lingkungan pasien agar pasien merasa nyaman O: merapikan dan membersihkan tempat tidur serta memberikan posisi nyaman pada bayi</p> <p>2.10 Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu S: perawat mengatakan pasien tidak mendapatkan analgetik O: pasien tidak di berikan analgetik</p>
3	Jumat 3 Juni 2022 10.00	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorsi nutrien	<p>3.1 Mengidentifikasi status nutrisi S: dokter mengatakan melakukan observasi dan hasil lab untuk memantau staus nutrisi pasien O: satus nutrisi pasien kurang berat badan lahir rendah</p> <p>3.2 Memonitor asupan makanan</p>

			<p>S: perawat mengatakan memberi diit asi/sufor O: bayi diit asi dan susu formula</p> <p>3.3 Memonitor berat badan S: perawat mengatakan berat badan di ukur seminggu 2 kali O: berat badan bayi lahir 1665 gr turun menjadi 1520 gram selisih 145 gram dalam 3 hari</p> <p>3.4 Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein S: perawat mengatakan memberikan diit asi/sufor O: diit asi dan susu formula</p> <p>3.5 Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutreïn yang di butuhkan S: perawat mengatakan telah berkolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian susu formula O: bayi diit asi dan susu formula 8 x 5-8 cc/ 3 jam</p> <p>3.6 Memonitor adanya mual muntah S: perawat mengatakan tidak ada mual dan muntah O: tidak ada mual dan muntah</p> <p>3.7 Memberikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu S: perawat mengatakan selalu menjaga kebersihan mulut pasien O: keadaan mulut bayi bersih</p> <p>3.8 Mensediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien S: dokter memberikan diit asi/sufor kepada pasien O: pasien diit susu formula dan asi</p>
4	Jumat 3 Juni 2022 11.00	Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif	<p>4.8 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik S: perawat mengatakan selalu memantau tanda dan gejala infeksi O: kemerahan dan bengkak cukup menurun</p> <p>4.9 Membatasi jumlah pengunjung S: perawat mengatakan jumlah kunjungan di batasi oleh rumah sakit O: jumlah pengunjung di batasi</p> <p>4.10 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien</p>

			<p>S: perawat mengatkan selalu mencuci tangan O: mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>4.11 Mempertahankan Teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi S: perawat mengatkan selalu mempertahankan teknik aseptik O: menggunakan handscoon saat Tindakan invasif pada pasien</p> <p>4.10 Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka S: perawat mengatkan selalu menggunakan handscoon O: selalu mencuci tangan dan menggunakan handscoon ketika Tindakan invasif</p> <p>4.11 Mengkolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu S: dokter mengatakan memberikan antibiotik pada pasien O: pasien mendapat terapi obat ampicillin subactam 2 x 80 mg/iv</p>
5	Jumat 3 Juni 2022 12.00	Risiko termoregulasi tidak efektif ditandai dengan suplai lemak subkutan tidak memadai	<p>5.1 Memonitor tanda-tannda vital bayi terutama suhu $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$ S: perawat mengatakan suhu tubuh pasien naik turun O: suhu : $36,5^{\circ}\text{C} - 36,8^{\circ}\text{C}$</p> <p>5.2 Memandikan bayi dengan suhu ruangan $21-24^{\circ}\text{C}$ S: perawat mengatakan mengatur suhu ruangan saat memandikan bayi O: memandikan bayi suhu ruangan 24°C</p> <p>5.3 Memandikan bayi dalam waktu 5-10 menit dan 2 kali dalam sehari S: perawat mengatkan memandikan bayi tidak lebih dari 10 menit agar bayi tidak kedinginan O: bayi setiap hari di seka dengan waktu 10 menit dan 2 kali sehari</p> <p>5.4 Mengkenakan popok bayi dibawah umbilikus jika tali pusat belum terlepas S: perawat mengatakan popok bayi menutupi tali pusat dan di rekatkan tidak kencang serta tali pusat di tutup kasa streil O: tali pusat di tutup menggunakan kasa steril</p>

			<p>5.5 Menganti popok bayi jika basah S: perawat meengatakan mengganti popok ketika basah O: popok bayi di ganti setiap 7 jam sekali atau Ketika popok basah</p> <p>5.6 Menkenakan pakaian bayi dari bahan katun S: perawat mengatkan bayi menggunakan popok O: bayi berada di dalam incubator dan hanya mengenakan popok</p>
--	--	--	---

Hari Ke III

No	Tanggal/ jam	Diagnose keperawatan	Implementasi
1	Sabtu 4 Juni 2022 14.00	Pola nafas tidak Efektif berhubungan dengan Imaturitas neurologis	<p>1.5 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) S: dokter mengatkan pasien ada retraksi dinding dada dan penggunaan otot bantu napas O: RR: 52x/m reteraksi dinding dada menurun dan tidak ada sianosis</p> <p>1.6 Memonitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) S: perawat mengatkan pasien tidak ada suara napas tambahan O: tidak ada suara napas tambahan</p> <p>1.7 Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) S: perawat mengatkan pasien tidak ada sputum O: tidak ada sputum</p> <p>1.8 Mempertahankan kepatenan jalan napas S: perawat mengatkan selalu mempertahankan kepatenan jalan napas pasien O: jalan napas pasien paten</p> <p>1.10 Memberikan oksigen, jika perlu S: dokter mengatkan pasien mendapat terapi oksigen CPAP FIO2 31% O: Terpasang O2 CPAP FIO2 31%</p> <p>1.11 Menganjurkan asupan cairan/hari, jika tidak kontraindikasi S: dokter mengatkan diit asi/sufor di tingkatkan menjadi 11-12cc/3 jam O: Diit asi / susu formula 8 x 11-12 cc/ 3 jam</p>

			<p>1.12 Memonitor saturasi oksigen S: perawat mengatakan saturasi oksigen pasien dalam rentang baik O: Spo2: 99%</p> <p>1.13 Mendokumentasikan hasil pemantauan S: perawat mengatakan mendokumentasikan hasil pemantauan pasien O: hasil pemantauan di dokumentasikan pada lembar grafik dan status pasien</p>
2	Sabtu 4 Juni 2022 15.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur invasif)	<p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S: perawat mengatakan nyeri di daerah yang di lakukan tindakan invasif O: lokasi nyeri pada tangan kanan yang di lakukan pemasangan infus dan injeksi</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri S: perawat mengatakan skala nyeri pasien 4 O: Skala nyeri 4 saat pemberian injeksi</p> <p>2.3 Mengidentifikasi skala nyeri non verbal S: perawat mengatakan pasien menangis dan meringis ketika tindakan invasif O : pasien tampak meringis saat di lakukan injeksi</p> <p>2.4 Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan S: perawat mengatakan intervensi yang di berikan dapat menurunkan skor nyeri lebih kecil dari pada pemberian kassa + D10% O: dengan cara bayi di berikan empeng dan bedong dapat mengurangi nyeri pada bayi</p> <p>2.5 Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pemberian NNS dan Swaddling) S: perawat mengatakan intervensi yang di berikan efektif dalam menurunkan nyeri O: pada saat di lakukan pemasangan infus bayi di berikan NNS dan swaddling dan bayi tidak menangis saat Tindakan invasif di lakukan</p>

			<p>2.6 Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri S: perawat mengatakan selalu mengontrol lingkungan agar psaien nyaman O: merapikan dan membersihkan tempat tidur serta memberikan posisi nyaman pada bayi</p> <p>2.10 Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu S: dokter mengatakan pasien tidak di berikan analgetik O: pasien tidak di berikan analgetik</p>
3	Sabtu 4 Juni 2022 16.00	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorsi nutrien	<p>3.1 Mengidentifikasi status nutrisi S: dokter mengatakan melakukan observasi dan hasil lab untuk memantau status nutrisi pasien O: satus nutrisi pasien kurang berat badan lahir rendah</p> <p>3.2 Memonitor asupan makanan S: perawat mengatakan memberikan diit asi/sufor per 3 jam O: bayi diit asi dan susu formula</p> <p>3.3 Memonitor berat badan S: perawat mengatkan pengukuran berat badan di lakukan seminggu 2 kali O: berat badan bayi lahir 1520 gr</p> <p>3.4 Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein S: perawat mengatkan pasien mendapat diit asi/sufor dari resep dokter O: diit asi dan susu formula</p> <p>3.5 Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrein yang di butuhkan S: perawat mengatakan telah berkolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian susu formula O: bayi diit asi dan susu formula 8 x 11-12 cc/ 3 jam</p> <p>3.6 Memonitor adanya mual muntah S: perawat mengatakan tidak ada mual dan muntah O: tidak ada mual dan muntah</p> <p>3.7 Memberikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu</p>

			<p>S: perawat mengatakan melakukan perawatan mulut pasien O: keadaan mulut bayi bersih</p> <p>3.8 Mensediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien S: perawat mengatakan memberikan diit asi/sufor resep dari dokter O: pasien diit susu formula dan asi</p>
4	Sabtu 4 Juni 2022 17.00	Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif	<p>4.12 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik S: perawat mengatakan kemerahan dan bengkak menurun setelah 3 hari O: kemerahan dan bengkak menurun</p> <p>4.13 Membatasi jumlah pengunjung S: perawat mengatakan jumlah pengunjung di batasi oleh rumah sakit O: jumlah pengunjung di batasi</p> <p>4.14 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien S: perawat mengatakan selalu mencuci tangan O: mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>4.15 Mempertahankan Teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi S: perawat mengatakan selalu menjaga teknik aseptik O: menggunakan handscoon saat Tindakan invasif pada pasien</p> <p>4.16 Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka S: perawat mengatakan selalu menggunakan teknik steril O: selalu mencuci tangan dan menggunakan handscoon ketika Tindakan invasif</p> <p>4.17 Mengkolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu S: dokter mengatakan pasien mendapatkan antibiotik O: pasien mendapat terapi obat ampicillin subactam 2 x 80 mg/iv</p>
5	Sabtu 4 Juni 2022 18.00	Risiko termoregulasi tidak efektif ditandai dengan suplai lemak subkutan tidak memadai	<p>5.1 Memonitor tanda-tanda vital bayi terutama suhu 36,5°C – 37,5°C S: perawat mengatakan suhu tubuh pasien naik turun O: suhu : 36,3°C</p>

			<p>5.2 Memandikan bayi dengan suhu ruangan 21-24°C S: perawat mengatakan mengatur suhu ruangan saat memandikan bayi O: memandikan bayi suhu ruangan 24°C</p> <p>5.3 Memandikan bayi dalam waktu 5-10 menit dan 2 kali dalam sehari S: perawat mengatakan memandikan bayi tidak lebih dari 10 menit agar bayi tidak kedinginan O: bayi setiap hari di seka dengan waktu 10 menit dan 2 kali sehari</p> <p>5.4 Mengkenakan popok bayi dibawah umbilikus jika tali pusat belum terlepas S: perawat mengatakan popok bayi menutupi tali pusat dan di rekatkan tidak kencang serta tali pusat di tutup kasa streil O: tali pusat di tutup menggunakan kasa steril</p> <p>5.5 Menganti popok bayi jika basah S: perawat mengatakan mengganti popok ketika basah O: popok bayi di ganti setiap 7 jam sekali atau Ketika popok basah</p> <p>5.6 Menkenakan pakaian bayi dari bahan katun S: perawat mengatakan pasien hanya mengunakan popok O: bayi berada di dalam incubator dan hanya mengenakan popok</p>
--	--	--	---

F. Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien : By. SD

Diagnosa Medis : BBLR + Asfiksia

Hari Ke I

Tabel 3.9 Evaluasi

NO DX	Tgl/Jam	Evaluasi
1	Kamis 2 Juni 2022 09.00	S: perawat mengatakan pasien lahir tanpa menangis dan mendapat terapi oksigen CPAP dan Dokter mengatakan pasien terdiagnosa medis Asfiksia

		<p>O: keadaan umum lemah, akral hangat, retraksi dinding dada menurun., terpasang dispnea cukup menurun, frekuensi narpas irregular O2 CPAP FIO2 37%, terdapat penggunaan otot bantu nafas Hr: 136 x/m RR: 48 x/m Spo2 99%</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Dispnea</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Penggunaan otot bantu</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Frekuensi napas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kedalaaman napas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 1.4 Pertahankan kepatenan jalan napas 1.5 Posisikan semi fowler atau fowler 1.6 Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 1.7 Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik 1.8 Berikan oksigen, jika perlu 1.9 Anjurkan asupan cairan/hari, jika tidak kontraindikasi 1.10 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoram, mukolitik, jika perlu 1.11 Monitor saturasi oksigen 1.12 Dokumentasikan hasil pemantauan 1.13 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Dispnea	2	3	5	2	Penggunaan otot bantu	2	3	5	3	Frekuensi napas	2	3	5	4	Kedalaaman napas	2	3	5
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																							
1	Dispnea	2	3	5																							
2	Penggunaan otot bantu	2	3	5																							
3	Frekuensi napas	2	3	5																							
4	Kedalaaman napas	2	3	5																							
2	<p>Kamis 2 Juni 2022 10.00</p>	<p>S: perawat mengatakn pasien masih meringis ketika di lakukan tindakan invasif</p> <p>O: Keadaan umum lemah, HR 123 x/m RR 57 x/m Spo2: 99% ekspresi wajah meringis skala nyeri 3 menggunakan skala nyeri NIPS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Pola napas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan nyeri akut belum tearatsi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyer 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi skala nyeri non verbal 1.4 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 1.5 Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pemberian NNS dan Swaddling) 1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 1.7 Jelakan penyebab, periode dan pemicu nyeri 1.8 Jelaskan strategi meredakan nyeri 	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Meringis	2	2	5	2	Frekuensi nadi	2	3	5	3	Pola napas	2	3	5					
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																							
1	Meringis	2	2	5																							
2	Frekuensi nadi	2	3	5																							
3	Pola napas	2	3	5																							

		1.9 Anjurkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.10 Kolaborasi pemberian analgetic																									
3	Kamis 2 Juni 2022 11.00	<p>S: dokter mengatakan meningkatkan diit asi/sufor pasien O: Keadaan Umum lemah, akral hangat, tidak ada mual dan muntah, terpasang OGT tidak ada residu diit susu asi / susu formula 8 x 2-5 cc/ 3 jam A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Berat badan</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Membrane mukosa kuning</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan difisit nutrisi belum teratasi P: lanjutkan Intervensi 3.1 Identifikasi status nutrisi 3.2 Monitor asupan makanan 3.3 Monitor berat badan 3.4 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 3.5 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutreïn yang di butuhkan 3.6 Monitor adanya mual muntah 3.7 Monitor berat badan 3.8 Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu 3.9 Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien 3.10 Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau 3.11 Jelaskan peningkatan asupan kalori yang di butuhkan</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Berat badan	2	2	5	2	Membrane mukosa kuning	2	2	5										
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																							
1	Berat badan	2	2	5																							
2	Membrane mukosa kuning	2	2	5																							
4	Kamis 2 Juni 2022 12.00	<p>S: perawat mengatakan infus pasien terlepas dan di pasang baru di tangan kiri O: Keadaan umum lemah, kemerahan dan bengkak sedang akral hangat, CRT < 2 detik S: 36°C Hr: 136 x/m RR:48 x/m Spo2 : 99 % A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Kebersihan Tangan</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Demam</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>kemerahan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Bengkak</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: lanjutkan Intervensi 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 4.2 Batasi jumlah pengunjung 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien 4.4 Pertahankan Teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi 4.4 jelaskan tanda dan gejala infeksi 4.5 ajarkan cara cuci tangan dengan benar 4.6 pemberian imunisasi, jika perlu 4.7 Monitor tanda dan gejala infeksi 4.8 Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 4.9 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Kebersihan Tangan	2	4	5	2	Demam	2	3	5	3	kemerahan	2	3	5	4	Bengkak	2	3	5
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																							
1	Kebersihan Tangan	2	4	5																							
2	Demam	2	3	5																							
3	kemerahan	2	3	5																							
4	Bengkak	2	3	5																							

		4.10 Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu															
5	Kamis 2 Juni 2022 13.00	<p>S: perawat mengatakn suhu tubuh pasien naik turun O: keadaan umum lemah, S: 36.5°C - 36°C bayi di dalam incubator bayi menagis kuat CRT<2 detik. RR: 48x/m Hr: 136 x/m Spo2 99%</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Suhu tubuh</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Suhu kulit</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah risiko termogulasi tidak efektif belum teratasi P: lanjutkan intervensi 5.1 Monitor tanda-tannda vital bayi terutama suhu 36,5°C – 37,5°C 5.2 Mandikan bayi dengan suhu ruangan 21-24°C 5.3 Mandikan bayi dalam waktu 5-10 menit dan 2 kali dalam sehari 5.4 Kenakan popok bayi dibawah umbilikus jika tali pusat belum terlepas 5.5 Ganti popok bayi jika basah 5.6 Kenakan pakaian bayi dari bahan katun 5.7 Anjurkan ibu menyusui sesuai kebutuhan 5.8 Ajarkan ibu merawat bayi dirumah</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Suhu tubuh	3	3	5	2	Suhu kulit	3	3	5
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target													
1	Suhu tubuh	3	3	5													
2	Suhu kulit	3	3	5													

Hari ke II

NO DX	Tgl/Jam	Evaluasi																									
1	Jumat 3 Juni 2022 09.00	<p>S: dokter mengatakan dispnea pasien menurun dan menurunkan O2 CPAP FIO2 menjadi 31 % O: keadaan umum lemah, akral hangat, retraksi dinding dada cukup menurun, dispnea cukup menurun, frekuensi narpas irregular, terpasang O2 CPAP FIO2 31%, terdapat penggunaan otot bantu nafas Hr: 128 x/m RR: 55 x/m Spo2 99%</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Penggunaan otot bantu</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Frekuensi napas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kedalaaman napas</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan pola nafas tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 1.4 Pertahankan kepatenan jalan napas 1.5 Posisikan semi fowler atau fowler 1.6 Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 1.7 Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik 1.8 Berikan oksigen, jika perlu 1.9 Anjurkan asupan cairan/hari, jika tidak kontraindikasi</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Dispnea	3	4	5	2	Penggunaan otot bantu	3	3	5	3	Frekuensi napas	3	4	5	4	Kedalaaman napas	3	3	5
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																							
1	Dispnea	3	4	5																							
2	Penggunaan otot bantu	3	3	5																							
3	Frekuensi napas	3	4	5																							
4	Kedalaaman napas	3	3	5																							

		<p>1.10 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoram, mukolitik, jika perlu</p> <p>1.11 Monitor saturasi oksigen</p> <p>1.12 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>1.13 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>																				
2	<p>Jumat 3 Juni 2022 10.00</p>	<p>S: perawat mengatakan nyeri pasien berkurang ketika di berikan intervensi NNS dan Swaddling</p> <p>O: Keadaan umum lemah, Hr: 128 x/m RR 55 x/m Spo2: 99% ekspresi wajah meringis skala nyeri 2 menggunakan skala nyeri NIPS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Pola napas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>2.3 Identifikasi skala nyeri non verbal</p> <p>2.4 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan</p> <p>2.5 Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pemberian NNS dan Swaddling)</p> <p>2.6 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>2.7 Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Meringis	2	3	5	2	Frekuensi nadi	3	4	5	3	Pola napas	3	4	5
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																		
1	Meringis	2	3	5																		
2	Frekuensi nadi	3	4	5																		
3	Pola napas	3	4	5																		
3	<p>Jumat 3 Juni 2022 11.00</p>	<p>S: dokter mengatakan meningkatkan diit asi/sufor pasien menjadi 5-8 cc/ 3 jam</p> <p>O: Keadaan Umum lemah, akral hangat, tidak ada mual dan muntah terpasang OGT tidak ada residu diit susu asi / susu formula 8 x 5-8 cc/ 3 jam</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Berat badan</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Membrane mukosa kuning</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan Intervensi</p> <p>3.1 Identifikasi status nutrisi</p> <p>3.2 Monitor asupan makanan</p> <p>3.3 Monitor berat badan</p> <p>3.4 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>3.5 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutreïn yang di butuhkan</p> <p>3.6 Monitor adanya mual muntah</p> <p>3.8 Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu</p> <p>3.9 Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Berat badan	2	2	5	2	Membrane mukosa kuning	2	3	5					
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																		
1	Berat badan	2	2	5																		
2	Membrane mukosa kuning	2	3	5																		
4	<p>Jumat 3 Juni 2022 12.00</p>	<p>S: perawat mengatak terdapat kemerahan dan bengkak di tangan kana akibat infus</p>																				

		<p>O: Keadaan umum lemah, kemerahan dan bengkak cukup menurun akral hangat, CRT < 2 detik S: 36,5°C Hr: 128 x/m RR:55 x/m Spo2 : 99 %</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Kebersihan Tangan</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Demam</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>kemerahan</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Bengkak</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: lanjutkan Intervensi 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 4.2 Batasi jumlah pengunjung 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien 4.4 Pertahankan Teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi 4.5 pemberian imunisasi, jika perlu 4.6 Monitor tanda dan gejala infeksi 4.7 Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 4.8 Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Kebersihan Tangan	4	4	5	2	Demam	3	4	5	3	kemerahan	3	4	5	4	Bengkak	3	4	5
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																							
1	Kebersihan Tangan	4	4	5																							
2	Demam	3	4	5																							
3	kemerahan	3	4	5																							
4	Bengkak	3	4	5																							
5	<p>Jumat 3 Juni 2022 13.00</p>	<p>S: perawat mengatakan suhu tubuh pasien masih mengalami naik turun O: keadaan umum lemah, S: 36.5°C – 36,9°C bayi di dalam incubator bayi menagis kuat CRT< 2 detik. RR: 55 x/m Hr: 128 x/m Spo2 99%</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Suhu tubuh</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Suhu kulit</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah risiko termogulasi tidak efektif belum teratasi P: lanjutkan intervensi 5.1 Monitor tanda-tannda vital bayi terutama suhu 36,5°C – 37,5°C 5.2 Mandikan bayi dengan suhu ruangan 21-24°C 5.3 Mandikan bayi dalam waktu 5-10 menit dan 2 kali dalam sehari 5.4 Kenakan popok bayi dibawah umbilikus jika tali pusat belum terlepas 5.5 Ganti popok bayi jika basah 5.6 Kenakan pakaian bayi dari bahan katun</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Suhu tubuh	3	4	5	2	Suhu kulit	3	4	5										
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																							
1	Suhu tubuh	3	4	5																							
2	Suhu kulit	3	4	5																							

Hari ke III

NO DX	Tgl/Jam	Evaluasi
1	<p>Sabtu 4 Juni 2022 15.00</p>	<p>S: dokter mengatakan pasien sudah tidak dispnea tetapi masih di pantau saturasi pasien O: keadaan umum lemah, akral hangat, retraksi dinding dada menurun, dispnea tidak ada, frekuensi narpas irregular, terpasang O2 CPAP FIO2 31%, terdapat penggunaan otot bantu nafas Hr: 130 x/m RR: 59 x/m Spo2 100%</p>

		<p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Dispnea</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Penggunaan otot bantu</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Frekuensi napas</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kedalaaman napas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan pola nafas tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 1.4 Pertahankan kepatenan jalan napas 1.5 Posisikan semi fowler atau fowler 1.6 Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 1.7 Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik 1.8 Berikan oksigen, jika perlu 1.9 Anjurkan asupan cairan/hari, jika tidak kontraindikasi 1.10 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu 1.11 Monitor saturasi oksigen 1.12 Dokumentasikan hasil pemantauan 1.13 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Dispnea	4	5	5	2	Penggunaan otot bantu	3	4	5	3	Frekuensi napas	4	4	5	4	Kedalaaman napas	3	4	5
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																							
1	Dispnea	4	5	5																							
2	Penggunaan otot bantu	3	4	5																							
3	Frekuensi napas	4	4	5																							
4	Kedalaaman napas	3	4	5																							
2	Sabtu 4 Juni 2022 16.00	<p>S: perawat mengatakan pasien hanya meringis ketika di pasang infus skala nyeri menurun menggunakan intervensi yang di berikan O: Keadaan umum lemah, Hr: 130 x/m RR 59 x/m Spo2: 100% ekspresi wajah meringis skala nyeri 1 menggunakan skala nyeri NIPS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Pola napas</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 Identifikasi skala nyeri 2.3 Identifikasi skala nyeri non verbal 2.4 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 2.5 Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pemberian NNS dan Swaddling) 2.6 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 2.7 Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Meringis	3	4	5	2	Frekuensi nadi	4	5	5	3	Pola napas	4	5	5					
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																							
1	Meringis	3	4	5																							
2	Frekuensi nadi	4	5	5																							
3	Pola napas	4	5	5																							
3	Sabtu 4 Juni 2022 17.00	<p>S: dokter mengatakan meningkatkan diit asi/sufor pasien menjadi 11-12 cc/ 3 jam O: Keadaan Umum lemah, akral hangat, tidak ada mual dan muntah terpasang OGT tidak ada residu diit susu asi / susu formula 8 x 11-12 cc/ 3 jam A:</p>																									

NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target
1	Berat badan	2	2	5
2	Membrane mukosa kuning	3	4	5

Masalah keperawatan difisit nutrisi belum teratasi
P: lanjutkan Intervensi
3.1 Identifikasi status nutrisi
3.2 Monitor asupan makanan
3.3 Monitor berat badan
3.4 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
3.5 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutreïn yang di butuhkan
3.6 Monitor adanya muntah
3.8 Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu
3.9 Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien

4 Sabtu
4 Juni 2022
18.00

S: perawat mengatakan kemerahan dan bengkak menurun di daerah bekas pemasangan infus
O: Keadaan umum lemah, kemerahan dan bengkak menurun akral hangat, CRT < 2 detik S: 36,7°C Hr: 130 x/m RR:59 x/m Spo2 : 100 %
A:

NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target
1	Kebersihan Tangan	4	5	5
2	Demam	4	5	5
3	Kemerahan	4	4	5
4	Bengkak	4	4	5

Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian
P: lanjutkan Intervensi
4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
4.2 Batasi jumlah pengunjung
4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien
4.4 Pertahankan Teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi
4.5 pemberian imunisasi, jika perlu
4.6 Monitor tanda dan gejala infeksi
4.7 Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka
4.8 Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu

5 Sabtu
4 Juni 2022
13.00

S: perawat mengatakan suhu pasien tidak naik terlalu jauh
O: keadaan umum lemah, S: 36°C – 36,7°C bayi di dalam incubator bayi menagis kuat CRT< 2 detik. RR: 59 x/m Hr: 130 x/m Spo2 100%
A:

NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target
1	Suhu tubuh	4	5	5
2	Suhu kulit	4	4	5

Masalah risiko termogulasi tidak efektif teratasi sebagian
P: lanjutkan intervensi
5.1 Monitor tanda-tannda vital bayi terutama suhu 36,5°C – 37,5°C
5.2 Mandikan bayi dengan suhu ruangan 21-24°C

		<p>5.3 Mandikan bayi dalam waktu 5-10 menit dan 2 kali dalam sehari</p> <p>5.4 Kenakan popok bayi dibawah umbilikus jika tali pusat belum terlepas</p> <p>5.5 Ganti popok bayi jika basah</p> <p>5.6 Kenakan pakaian bayi dari bahan katun</p>
--	--	--