

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 RDS (*Respiratory Distress Syndrome*) di ruang Picu Nicu pada tanggal 30 Mei 2022 sampai dengan tanggal 1 juni 2022. Diperoleh 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. NJ lahir di kamar operasi secara saecar pada jam 20:18 tanggal 3 mei 2022 dengan kondisi bayi lahir tidak menangis, tampak lemah dan kebiruan serta berat badan bayi rendah 1640 gram klien mengalami sesak dan terdapat retraksi dinding dada. Apgar score 6/8. Klien masuk ruang PICU NICU pada jam 21.00 dengan diagnosa medis RDS berjenis kelamin perempuan, No.RM : 05008112, orang tua beragama islam alamat jl dahlia , Kab kukar biaya di tanggung BPJS.

2. Keluhan utama

Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, E4 V4 M6 akral hangat, bayi menangis kuat , penggunaan otot bantu nafas kuat, terpasang O2 nasal kanul ventilation mode spontan FIO2 25%, Spo2: 94% HR: 102x/m RR: 64 x/m S: 36,5° , bab dianus kuning cair RT; kecoklatan, adanya retraksi dada, , lingkar perut 25cm, ada residu sebanyak 1 cc putih

kekuningan , nampak kemerahan dan bengkak pada kaki kanan , dan BB 1530 grm.

3. Alasan dirawat

Alasan klien di rawat karena terlahir dengan bayi post SC dengan indikasi G3P2A0 31 minggu dan ketuban keruh, Saat lahir bayi tidak menangis, bayi lemah dan sulit bernapas ,serta tampak kebiruan, SPO2: 85% dan HR: 95x/menit, dengan BB lahir; 1640 gram

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: 64x/m, penggunaan otot bantu nafas, terpasang Nasal neonatal ventilation mode spontan FIO2 25% tidak ada sianosis

Spo2 : 94%

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 : denyut jantung teraba normal Hr:102x/m

c) Perkusi : pekak pada jantung

d) Auskultasi : Tidak ada mur-mur

b. *Secondary Survey.*

1) Pernafasan B1 (*Breathing*)

Terpasang O2 Nasal Kanul mode spontan FIO2 25% spo2 94% RR: 64x/m terdapat retraksi dinding dada, ada napas cuping hidung

2) Persyarafan B2 (*Brain*)

Keadaan umum lemah kesadaran composmentis: GCS = E4V4M6 sklera konjungtiva anemis, reflek cahaya mata kanan dan kiri +/+

Table 3.1 Glasgow Coma Scale Bayi

(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: 102x/m akral hangat, 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 kali sehari, konsentrasi pasta warna kuning cair, untuk di rectal tube kecoklatan ampas, ada kembung dengan lingkaran perut 25 cm , diit susu asi / susu formula 8-10 cc / 3 jam melalui OGT.

6) Musculoskeletal B6 (*Bone*)

Suhu tubuh 36,5°, Reflek Primitif ada

5. Reflek pada bayi

- a. R. Moro : 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 dan kimia klinik

tanggal 29 Mei 2022

Table 3.2 Hasil Pemeriksaan Hematologi

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL	SATUAN
Hemoglobin	8,6	P=13-16 W=12-14	Gr/100 ml
Hematokrit	27	P=40-48 W=37-43	Vol %
Leukosit	15,700	5000-10.000	/mm ³
Granulosit	61,0	50-70	%
Limfosit	31,4	20-40	%
Monosit	7,6	2-8	%
Thrombosit	350.000	150.000-450.000	/mm ³

Table 3.3 Hasil Pemeriksaan Kimia Klinik

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL	SATUAN
Bilirubin Total	1,47	0,1 – 1,2	Mg/dl
Bilirubin Direct	0,44	-<= 0,2	Mg/dl
Bilirubin Indirect	1,06	0 – 0,75	Mg/dl
Albumin	3,7	3,5 – 5,2	g/dl
Na+	131	135 – 155	mmol/L
K+	4,8	3,4 – 5,3	mmol/L
Cl-	110	98 - 106	mmol/L

7. Daftar harian terapi obat dan cairan

Table 3.4 Terapi obat dan cairan

NO	Hari/tanggal	Terapi obat dan cairan	Jam pemberian
1	Senin 30 Mei 2022	1. Infus D 10% 5,4 cc / jam 2. Ampicillin 2x70 mg/IV 3. Gentamicin 1x7 mg/ 36 jam/iv 4. Omeprazole 1 x 1,4 mg 5. Metronidazole 3 x 14 mg 6. Amikasin 7,5 mg / 18 jam 7. susu asi / susu formula 8 x-10 cc/ 3 jam	Selama 24 jam 07.00 / 19.00 07.00 23.00 07.00-15.00-23.00 19.00
2	Selasa 31 Mei 2022	1. Infus D 10% 5,4 cc / jam 2. Omeprazole 1 x 1,4 mg 3. Metronidazole 3 x 14 mg 4. Amikasin 7,5 mg / 18 jam 5. susu asi / susu formula 8 -10 cc/ 3 jam	Selama 24 jam 23.00 07.00-15.00-23.00 19.00
3	Rabu 1 Juni 2022	1. Infus D 10% 5,4 cc / jam 2. Omeprazole 1 x 1,4 mg 3. Metronidazole 3 x 14 mg 4. Amikasin 7,5 mg / 18 jam 5. Susu asi / susu formula 8 -10 cc/ 3 jam	Selama 24 jam 23.00 07.00-15.00-23.00 19.00

8. Analisa data

Table 3.5 Analisa Data

NO	Data	Etiologi	Problem
1.	Ds: 1) Dokter Mengatakan klien dalam masa observasi peralihan dari CPAP ke Nasal Kanul. 2) Perawat mengatakan klien menggunakan nasal kanul ½ lpm ventilasi spontan FIO 25% Do: 1) Pasien berusia 26 hari 2) Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis E4 V4 M6 3) Spo2: 94% 4) Frekuensi Napas: 64x/menit 5) Frekuensi Nadi: 102x/menit 6) S: 36,5 C, Akral teraba hangat 7) Adanya retraksi dinding dada 8) Adanya napas cuping hidung 9) Penggunaan otot bantu napas kuat 10) Terpasang Nasal kanul ½ lpm ventilasi mode spontan FIO2 25%	Imaturitas Neurologis	Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)
2.	Ds: 1) Dokter mengatakan nutrisi susu klien diberikan selangseling ASI dan Sufor 8 cc/ 3 jam	Ketidakmampuan Mengabsorpsi nutiren	Defisit Nutrisi (D.0019)

	<p>2) Perawat mengatakan memberi nutrisi klien melalui syringe pump yang tersambung dengan OGT</p> <p>Do:</p> <p>1) A: Antropometri</p> <ol style="list-style-type: none"> a. BB awal lahir : 1640 grm b. BB 1 Minggu yang lalu:1600 grm c. BB saat ini di usia 26 hari: 1530 grm d. BB turun 70 gram dalam rentang waktu 7 hari e. BB/U:< -3 (Gizi buruk) f. Panjang badan : 38 cm g. PB: <-3 (Sangat pendek) h. LILA: 5 cm i. LP: 25 cm <p>2) B:Biochemical data</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hb: 8, 6 gr/100 ml b. Ht: 27 Vol/% c. Bilirubin total:1,47 mg/dl d. Bilirubin direct:0,44 mg/dl e. Bilirubin indirect:1,06 mg/dl <p>3) C: Clinical Sign</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Bayi kurus dengan perut buncit b. Lp: 25 cm c. Produksi Residu ada putih kekuningan 1 cc d. Konjungtiva tidak anemis e. Sklera berwarna putih tidak kuning <p>4) D: Diit</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Diet Asi/ sufor 8 - 10 cc (diberikan 3x/ 10 jam) b. Terpasang OGT, ada residu 		
3.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Perawat mengatakan klien mengalami kembung dengan LP: 25 cm 2) perawat megatakan klien terpasang Rectal Tube unuk mengeluarkan gas dan membersihkan rectum <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, E4 V4 M6 2) Akral teraba hangat, CRT <2 detik 3) Spo2: 94% 4) Frekuensi Napas: 64x/menit 5) Frekuensi Nadi: 102x/menit 6) S: 36,5 c 7) Distensi abdomen dengan LP: 25 cm 8) Bab kuning kecoklatan 1x dan 	Asupan Enteral	Disfungsi Motilitas Gastrointestinal (D.0021)

	<p>RT: kecoklatan</p> <p>9) Urine 5 cc berwarna kuning.</p> <p>10) Sklera putih tidak menguning</p> <p>11) Produksi Residu ada putih kekuningan 1 cc</p> <p>12) Persitaltik usus 7x/menit</p> <p>13) Terpasang OGT dengan diet Asi/sufor 8 -10 cc (diberikan 3x/ 10 jam)</p> <p>14) Injeksi Omeprazole 1x1,4 mg</p>		
4.	<p>Ds:</p> <p>1) Dokter mengatakan memberi resep antibiotik untuk menurunkan leukositnya yaitu Metronidazole dan Amikasin</p> <p>2) Perawat mengatakan klien banyak mendapat antibiotik karena leukositnya tinggi</p> <p>Do:</p> <p>1) Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis,</p> <p>2) E4 V4 M6</p> <p>3) Akral teraba hangat</p> <p>4) Spo2: 94%</p> <p>5) Injeksi metronidazole 3x14 mg/IV dan Amikasin 7,5 mg/kgbb/IV</p> <p>6) Pasien ditempatkan di inkubator</p> <p>7) Pasien terpasang infus dikaki kanan, terlihat kemerahan dan bengkak</p> <p>8) Terpasang Nasal kanul ½ lpm</p> <p>9) Pasien di inkubator sudah 26 hari</p> <p>10) Leukosit : 15,700 /mm³</p>	Efek Prosedur Invansif	Resiko infeksi (D.0142)

B. Masalah keperawatan

1. Pola Pola Napas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Imaturitas Neurologis
2. Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Ketidakmampuan Mengabsorpsi Nutrien
3. Disfungsi Mortilitas Gastrointestinal Berhubungan Dengan Asupan Enteral
4. Resiko Infeksi Ditandai Dengan Efek Prosedur Invansif

Diagnosa keperawatan yang di bahas dan lebih berfokus pada penulisan karya ilmiah akhir ners ini adalah pola napas tidak efektif sedangkan pola napas tidak efektif ini didefinisikan dalam SDKI (2017) adalah inspirasi dan/ atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi yang adekuat. Diagnosa ini berhubungan dengan Imaturitas Neurologis .

C. Intervensi Keperawatan

Nama Pasien : By.NJ

Diagnosa Medis : RDS

Table 3.6
Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Pola Napas Tidak Efektif b/d imaturitas neurologis	<p><u>Pola Napas (L.01004)</u></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Pola Napas membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Dispnea dari skala 3 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>b. Penggunaan otot bantu napas dari skala 3 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>Keterangan skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Meningkat 2) Cukup meningkat 3) Sedang 4) Cukup menurun 5) Menurun <p>c. Frekuensi napas dari skala 3 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>d. Kedalaman napas dari skala 3 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>Keterangan skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memburuk 2) Cukup memburuk 3) Sedang 4) Cukup membaik 5) Membaik 	<p><u>Manajemen Jalan Napas (I. 01011)</u></p> <p>Observasi</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) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-lift 1.5 Posisikan Quarter prone / semi prone 1.6 Berikan oksigen <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Anjurkan asupan cairan perhari, jika tidak kontraindikasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.8 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik <p><u>Pemantauan Respirasi (I. 01014)</u></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.9 Monitor saturasi oksigen <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.10 Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.11 Informasikan hasil pemantauan
2.	Defisit Nutrisi b/d Ketidakmampuan Mengabsorpsi Nutrien	<p><u>Status Nutrisi Bayi (L. 03031)</u></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Status Nutrisi Bayi membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Berat badan dari skala 3</p>	<p><u>Manajemen Nutrisi (I. 03119)</u></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi status nutrisi 2.2 Monitor asupan makanan 2.3 Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 Fasilitasi menentukan pedoman diet

		<p>ditingkatkan ke skala 5</p> <p>Keterangan skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menurun 2) Cukup menurun 3) Sedang 4) Cukup meningkat 5) Meningkatkan <p>b. Bayi cengeng dari skala 3 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>c. Pucat dari skala 3 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>Keterangan skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Meningkatkan 2) Cukup meningkat 3) Sedang 4) Cukup menurun 5) menurun 	<p>(mis. piramida makanan)</p> <p>Edukasi</p> <p>2.5 Ajarkan diet yang di programkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.6 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu.</p> <p><u>Promosi Berat Badan (I. 03136)</u></p> <p>Observasi</p> <p>2.7 Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang</p> <p>2.8 Monitor adanya mual muntah</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.9 Berikan perawatan mulut dan stimulasi oral sebelum pemberian makan</p> <p>2.10 Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis. makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT/OGT atau gastrostomi, total parenteral nutrition sesuai indikasi)</p> <p>Edukasi</p> <p>2.11 Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau</p>
3.	<p>Disfungsi Motilitas gastrointestinal b/d Asupan Enteral</p>	<p><u>Motilitas Gastrointestinal (L. 03023)</u></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Motilitas Gastrointestinal membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Distensi abdomen dari skala 3 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>Keterangan skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menurun 2) Cukup menurun 3) Sedang 4) Cukup meningkat 5) Meningkatkan <p>b. Pengosongan lambung dari skala 3 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>Keterangan skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Meningkatkan 2) Cukup meningkat 3) Sedang 4) Cukup menurun 5) Menurun 	<p><u>Pemberian Makanan Enteral (I. 03126)</u></p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Periksa posisi NGT/OGT dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara</p> <p>3.2 Monitor tetesan makanan pada pompa setiap jam</p> <p>3.3 Monitor residu lambung tiap 4-6 jam selama 24 jam pertama, kemudian tiap 8 jam selama pemberian makan via enteral</p> <p>3.4 Monitor pola buang air besar setiap 4-8 ja</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.5 Gunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang</p> <p>3.6 Berikan tanda pada selang untuk mempertahankan lokasi yang tepat</p> <p>3.7 Ukur residu sebelum pemberian makan</p> <p>3.8 Peluk dan bicara dengan bayi selama diberikan makan untuk menstimulasi aktivitas makan</p> <p>3.9 Hindari pemberian makanan jika residu lebih dari 150cc atau lebih dari 110%-120% dari jumlah makanan tiap jam</p> <p>Edukasi</p> <p>3.10 Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur</p> <p>Kolaborasi</p>

			3.11 Kolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral
4.	Risiko infeksi d/d Efek Prosedur Invansif	<p><u>Tingkat infeksi (L.14137)</u></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Demam dari skala 3 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>b. Kemerahan dari skala 3 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>c. bengkak dari skala 3 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>Keterangan skala :</p> <p>1) Meningkat</p> <p>2) Cukup meningkat</p> <p>3) Sedang</p> <p>4) Cukup menurun</p> <p>5) Menurun</p> <p>d. Kadar sel darah putih dari skala 3 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>Keterangan skala :</p> <p>1) Memburuk</p> <p>2) Cukup memburuk</p> <p>3) Sedang</p> <p>4) Cukup membaik</p> <p>5) Membaik</p>	<p><u>Pencegahan infeksi (I.14539)</u></p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.2 Batasi jumlah pengunjung</p> <p>3.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>3.4 Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>Edukasi</p> <p>3.5 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>3.6 Ajarkan cara cuci tangan dengan benar</p> <p>3.7 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>3.8 Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.9 Kolaborasi pemberian antibiotik</p>

D. Intervensi Inovasi Position Quarter Prone / Posisi Semi Prone

Table 3.7 Intervensi Inovasi Position Quarter Prone

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Pola Napas Tidak Efektif b/d imaturitas neurologis	<p><u>Pola Napas (L.01004)</u></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Pola Napas membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Dispnea dari skala 3 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>b. Penggunaan otot bantu napas dari skala 3 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>Keterangan skala :</p> <p>1) Meningkat</p> <p>2) Cukup meningkat</p> <p>3) Sedang</p> <p>4) Cukup menurun</p> <p>5) Menurun</p> <p>c. Frekuensi napas dari skala 3 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>d. Kedalaman napas dari skala 3 ditingkatkan ke skala 5</p> <p>Keterangan skala :</p>	<p><u>Manajemen Jalan Napas (I. 01011)</u></p> <p>Observasi</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 dengan head-lift</p> <p>1.5 Posisikan Quarter prone / semi prone</p> <p>1.6 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>1.7 Berikan oksigen</p> <p>Edukasi</p> <p>1.8 Anjurkan asupan cairan perhari, jika tidak kontraindikasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.9 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik</p> <p><u>Pemantauan Respirasi</u></p>

		<ol style="list-style-type: none">1) Memburuk2) Cukup memburuk3) Sedang4) Cukup membaik5) Membaik	<p style="text-align: right;">(I. 01014)</p> <p>Observasi 1.10 Monitor saturasi oksigen</p> <p>Terapeutik 1.11 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi 1.12 Informasikan hasil pemantau</p>
--	--	---	--

Table 3.8 Hasil Intervensi Pasien Position Quarter prone

Berdasarkan hasil dari inovasi *position Quarter prone* yang di dapatkan pada bayi NJ pada diagnose Pola Napas Tidak Efektif

Berhubungan Dengan imaturitas neurologis di dapatkan data sebagai berikut: **Pasien Intervensi**

SENIN, 30 MEI 2022	SELASA, 31 MEI 2022	RABU, 1 JUNI 2022
PRE TEST: Jam: 08:00	PRE TEST: Jam: 14:00	PRE TEST: Jam: 16:00
<ul style="list-style-type: none"> • Spo2 : 94 % • Frekuensi Napas: 64 x/menit • Frekuensi Nadi: 102 x/menit 	<ul style="list-style-type: none"> • Spo2 : 93 % • Frekuensi Napas: 66 x/menit • Frekuensi Nadi: 118 x/menit 	<ul style="list-style-type: none"> • Spo2 : 90 % • Frekuensi Napas: 68 x/menit • Frekuensi Nadi: 120 x/menit
POST TEST : Jam: 08:15	POST TEST : Jam: 14: 15	POST TEST : Jam: 16: 15
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 15 Menit <ul style="list-style-type: none"> • Spo2 : 97 % • Frekuensi Napas: 60 x/menit • Frekuensi Nadi: 112 x/menit 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 15 Menit <ul style="list-style-type: none"> • Spo2 : 95 % • Frekuensi Napas: 64 x/menit • Frekuensi Nadi: 126 x/menit 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 15 Menit <ul style="list-style-type: none"> • Spo2 : 94 % • Frekuensi Napas: 62 x/menit • Frekuensi Nadi: 104 x/menit
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 30 Menit Jam: 08 : 30 <ul style="list-style-type: none"> • Spo2 : 98 % • Frekuensi Napas: 53 x/menit • Frekuensi Nadi: 122 x/menit 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 30 Menit Jam: 14: 30 <ul style="list-style-type: none"> • Spo2 : 96 % • Frekuensi Napas: 61 x/menit • Frekuensi Nadi: 135 x/menit 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 30 Menit Jam: 16:30 <ul style="list-style-type: none"> • Spo2 : 96 % • Frekuensi Napas: 60 x/menit • Frekuensi Nadi: 134 x/menit
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 60 Menit Jam: 09:00 <ul style="list-style-type: none"> • Spo2 : 99 % • Frekuensi Napas: 64 x/menit • Frekuensi Nadi: 100 x/menit 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 60 Menit Jam: 15:00 <ul style="list-style-type: none"> • Spo2 : 98% • Frekuensi Napas: 52 x/menit • Frekuensi Nadi: 130 x/menit 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 60 Menit Jam: 17:00 <ul style="list-style-type: none"> • Spo2 : 99 % • Frekuensi Napas: 62 x/menit • Frekuensi Nadi: 106 x/menit

Catatan: Pada Saat sebelum dan sesudahnya intervensi *position quarter prone* diberikan, klien sedang menggunakan nasul kanul ½ Lpm dengan mode spontan FIO25%

Pasien Kontrol

Table 3.9 Hasil Pasien Kontrol Posisi Supine

Kamis, 9 Juni 2022
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 0 Menit <ul style="list-style-type: none"> • SPO2: 94% • Frekuensi Napas:66x/menit • Frekuensi Nadi:138x/menit ➤ 15 Menit <ul style="list-style-type: none"> • SPO2: 95% • Frekuensi Napas:63x/menit • Frekuensi Nadi:130x/menit ➤ 30 Menit <ul style="list-style-type: none"> • SPO2: 96% • Frekuensi Napas:60x/menit • Frekuensi Nadi:126x/menit ➤ 60 Menit <ul style="list-style-type: none"> • SPO2: 96% • Frekuensi Napas:62x/menit • Frekuensi Nadi:131x/menit <p>Pada Klien dengan kelompok kontrol, tidak diberi perlakuan <i>position quarter prone</i>, namun kondisi dan diagnosa sama yaitu menggunakan Nasal kanul prongs dengan 1 Lpm dan diagnosa RDS, posisi pasien kontrol adalah posisi supinasi / terlentang di dalam nesting.</p>

E. Implementasi

Table 3.10 Implementasi Keperawatan

Nama Pasien : By. NJ

Diagnosa Medis : RDS

Hari Ke I

No	Tanggal/ jam	Diagnose keperawatan	Implementasi
1	Senin 30 Mei 2022 08:00	Pola Napas Tidak Efektif b/d imaturitas neurologis	<p>1.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) S: dokter mengatakan klien ada retraksi dinding dada dan napas cuping hidung O: RR : 64x/menit dan terdapat retraksi dinding dada, napas cuping hidung</p> <p>1.2 Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) S: dokter mengatakan tidak ada bunyi napas tambahan O: Tidak ada bunyi napas tambahan</p> <p>1.3 Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) S: dokter mengatakan klien tidak terlihat adanya sputum O: Tidak ada sputum</p> <p>1.4 Mempertahankan kepatenan jalan napas dengan head-lift S: Perawat mengatakan agar sirkulasi bernapas lancar O: diatur head-lift</p> <p>1.5 Memosisikan Quarter prone / semi prone S: Peneliti mengatakan saat diberi posisi seperti ini dapat mampu meningkatkan saturasi oksigen dan kestabilan RR, HR O: Pasien diberikan inovasi posisi quarter prone atau semi prone selama 1 jam</p>

			<p>1.6 Memberikan oksigen</p> <p>S: Perawat mengatakan klien diberi terapi oksigen untuk menunjang pernapasannya</p> <p>O: Terpasang O₂ nasal kanul ½ Lpm ventilator mode spontan FIO₂ 25%</p> <p>1.7 Mengajukan asupan cairan perhari, jika tidak kontraindikasi</p> <p>S: Perawat mengatakan asupan cairan klien telah diatur dan disesuaikan oleh dokter</p> <p>O: Pasien diit asi / susu formula 8 x 10-12 cc /3 jam</p> <p>1.8 Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik</p> <p>S: perawat mengatakan klien mendapatkan obat untuk membantu pernapasannya</p> <p>O: Pasien dilakukan nebulizer setiap 8 jam sekali menggunakan NaCl 0,9% 1 cc</p> <p>1.9 Memonitor saturasi oksigen</p> <p>S: Perawat memantau saturasi klien lewat layar monitor tanda vital yang sudah tersambung ke tubuh klien, untuk melihat ada peningkatan atau penurunan</p> <p>O: Spo₂ : 94%</p> <p>1.10 Mendokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>S: Perawat mengatakan selalu memantau dan mendokumentasikan semua tindakan dan perkembangan klien pada buku status klien dan lembar grafik</p> <p>O: Hasil pemantauan di dokumentasikan pada</p>
--	--	--	---

			lembar grafik pemantauan dan buku status pasien
2	Senin 30 Mei 2022 09:00	Defisit Nutrisi b/d Ketidakmampuan Mengabsorpsi Nutrien	<p>2.1 Mengidentifikasi status nutrisi S: Dokter dan perawat mengatakan identifikasi klien melalui observasi, hasil lab dan lembar pemantauan. O: Status nutrisi pasien kurang, pasien lahir dengan berat badan lahir rendah</p> <p>2.2 Memonitor asupan makanan S: Perawat mengatakan asupan klien telah diatur dan setiap diberikan nutrisi selalu dicatat pada lembar pemantauan O: Pasien diit asi dan susu formula</p> <p>2.3 Memonitor berat badan S: Perawat mengatakan klien ditimbang setiap seminggu sekali untuk melihat ada peningkatan BB atau penurunan BB pada klien O: Berat badan bayi 1530 gram</p> <p>2.6 Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu S: Perawat mengatakan nutrisi sudah diatur sesuai kebutuhan klien oleh dokter O: Pasien diit asi / susu formula 8 - 10 cc /3 jam</p> <p>2.7 Mengidentifikasi kemungkinan penyebab BB kurang S: tidak di kaji O: Bayi lahir prematur dan bblr</p> <p>2.8 Memonitor adanya mual muntah</p>

			<p>S: Perawat mengatakan tidak ada melihat klien muntah/gumoh</p> <p>O: Tidak ada mual dan muntah</p> <p>2.9 Memberikan perawatan mulut dan stimulasi oral sebelum pemberian makan</p> <p>S: perawat mengatakan membersihkan mulut klien dengan kassa basah lalu diberikan stimulasioral</p> <p>O: membersihkan mulut bayi dengan kassa basah, dan bayi diberikan stimulasi oral untuk meningkatkan reflek hisap</p> <p>2.10Menyediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien</p> <p>S: Perawat mengatakan setiap memberikan asi dan sufor selalu di hangatkan terlebih dahulu</p> <p>O: Pasien diberikan asi/susu formula selang seling setiap 3 jam sekali</p> <p>2.11Menjelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau</p> <p>S: perawat mengatakan kepada orang tua klien saat ini anaknya hanya mendapatkan susu</p> <p>O: Bayi hanya mengkonsumsi asi dan susu formula</p>
3	Senin 30 Mei 2022 11:00	Disfungsi Mortilitas Gastrointestinal b/d Asupan Enteral	<p>3.1 Memeriksa posisi NGT/OGT dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara</p> <p>S: Perawat mengatakan tujuan dipasang OGT</p>

			<p>adalah mengecek residu dan memberi nutrisi susu</p> <p>O: Pasien terpasang OGT dan OGT berada pas di posisinya</p> <p>3.2 Memonitor tetesan makanan pada pompa setiap jam</p> <p>S: Perawat mengatakan setiap memberi nutrisi melalui OGT menggunakan syringe pump seting 10</p> <p>O: Pasien diberikan diit asi/susu formula 8-10 cc / 3 jam melalui OGT menggunakan syringe pump</p> <p>3.3 Memonitor residu lambung tiap 4-6 jam selama 24 jam pertama, kemudian tiap 8 jam selama pemberian makan via enteral</p> <p>S: Perawat mengatakan selalu monitor ada residu atau tidak pada klien</p> <p>O: Mengecek residu lambung pasien tiap 3 jam sebelum di berikan diit, terdapat residu putih kekuningan sebanyak 1 cc</p> <p>3.4 Memonitor pola buang air besar setiap 4-8 jam</p> <p>S: Perawat mengatakan selalu monitor BAB dan BAK klien</p> <p>O: BAB kuning 1x, RT: kecoklatan, BAK kekuningan 5 cc</p> <p>3.5 Menggunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang</p> <p>S: Perawat mengatakan selalu menerapkan</p>
--	--	--	--

			<p>teknik steril tiap memberikan susu</p> <p>O: Perawat selalu mencuci tangan dan menggunakan handscoon saat akan memberikan sonde</p> <p>3.6 Memberikan tanda pada selang untuk mempertahankan lokasi yang tepat</p> <p>S: Perawat mengatakan memberi hypafix pada</p> <p>OGT klien agar tidak terlepas dan selalu pada posisinya</p> <p>O: Diberikan tanda menggunakan hypafix</p> <p>3.7 Mengukur residu sebelum pemberian makan</p> <p>S: Perawat mengatakan mengukur residu klien</p> <p>sebelum diberi makan untuk melihat apakah nutrisi yang diberikan sebelumnya terserap dengan baik atau tidak</p> <p>O: ada residu putih kekuningan sebanyak 1 cc</p> <p>3.8 Memeluk dan bicara dengan bayi selama diberikan makan untuk menstimulasi aktivitas makan</p> <p>S: Perawat mengatakan kegunaan berbicara</p> <p>pada klien ialah membangun suatu ikatan terapeutik</p> <p>O: Saat diberikan diit perawat berbicara dengan</p> <p>bayi untuk menstimulasi aktivitas makan</p> <p>3.9 Menghindari pemberian makanan jika residu lebih dari 150cc atau lebih dari 110%-120% dari jumlah makanan tiap jam</p> <p>S: dokter mengatkan diit susu ditunda jika</p>
--	--	--	--

			<p>hasil residu klien lebih 150 cc, guna mencegah disten abdomen</p> <p>O: Diit di tunda jika residu lebih dari 150 cc</p> <p>3.10 Menjelaskan tujuan dan langkah langkah prosedur</p> <p>S: dokter menjelaskan kepada orang tua klien</p> <p>kegunaan dari OGT</p> <p>O: Menjelaskan kepada orang tua pasien tentang tujuan dan langkah-langkah pemberian diit melalui OGT</p> <p>3.11 Mengkolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral</p> <p>S: dokter mengatakan klien hanya dapat diit</p> <p>susu formula dan ASI</p> <p>O: Pasien dianjurkan diit asi/susu formula</p> <p>8</p> <p>10 cc / 3 jam melalui OGT</p>
4.	<p>Senin</p> <p>30 Mei 2022</p> <p>12:00</p>	<p>Risiko infeksi d/d Efek</p> <p>Prosedure Invasif</p>	<p>4.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>S: Perawat mengatakan kemerahan pada tangan</p> <p>kiri mulai berkurang dan klien ditempatkan di inkubator salah satu tujuannya mengurangi terpaparnya infeksi dari lingkungan luar</p> <p>O: Kemerahan cukup menurun, Leukosit 15.700/mm³, pasien di inkubator sudah 26 hari</p> <p>4.2 Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>S: Perawat mengatakan pengunjung pasien</p> <p>hanya 1 orang saja , guna mengurangi kontak fisik klien dari pengunjung luar dan sudah menjadi kebijakan Rumah sakit</p>

			<p>O: Jumlah pengunjung di batasi hanya 1 orang</p> <p>4.3 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>S: Perawat mengatakan selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak fisik dengan klien guna mempertahankan steril dan kebersihan pada klien</p> <p>O: Perawat menerapkan handwash dan handrub 6 langkah sesuai five moment</p> <p>4.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>S: Perawat mengatakan selalu pertahankan teknik aseptik pada klien, sebab klien sangat berisiko terpapar infeksi</p> <p>O: Mempertahankan konsep aseptik seperti menggunakan handscoon saat kontak dengan pasien</p> <p>4.5 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>S: Perawat mengatakan kepada orang tua klien tanda infeksi bila suhu di atas 37 c, muncul kemerahan, bengkak dan hasil leukosit tinggi</p> <p>O: Menjelaskan kepada orang tua pasien tanda dan gejala infeksi pada bayinya</p> <p>4.6 Mengajarkan cara cuci tangan dengan benar</p> <p>S: Perawat mengajarkan cara cuci tangan yang benar ke orang tua pasien 6 langkah</p> <p>O: Mengajarkan orang tua pasien cara mencuci tangan dengan benar sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p>
--	--	--	--

			<p>4.7 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>S: perawat mengatakan dokter telah menganjurkan diit klien hanya 8 cc/3 jam</p> <p>O: Bayi diit asi/susu formula 8 -10 cc / 3 jam</p> <p>4.8 Menganjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>S: dokter mengatakan telah menetapkan diit klien hanya ASI dan sufor sebanyak 8 cc/3 jam</p> <p>O: Bayi diit asi/susu formula 8 -10 cc / 3 jam</p> <p>4.9 Mengkolaborasi pemberian antibiotik</p> <p>S: Perawat mengatakan klien dapat resep dari dokter untuk 2 antibiotiknya yaitu metronidazole dan amikasin karena leukositnya tinggi 15.700/mm³</p> <p>O: Bayi mendapat terapi obat metronidazole 3x14 mg/iv dan amikasin 7,5 mg / kg BB /iv</p>
--	--	--	---

Hari ke II

No	Tanggal/ jam	Diagnose keperawatan	Implementasi
1	Selasa 31 Mei 2022 14:00	Pola Napas Tidak Efektif b/d imaturitas neurologis	<p>1.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>S: dokter mengatakan retraksi dinding dada dan napas cuping hidung klien menurun</p> <p>O: RR : 66x/menit, retraksi dinding dada cukup menurun</p> <p>1.2 Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</p>

			<p>S: dokter mengatakan tidak ada bunyi napas tambahan</p> <p>O: Tidak ada bunyi napas tambahan</p> <p>1.3 Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>S: dokter mengatakan klien tidak terlihat adanya sputum</p> <p>O: tidak ada sputum</p> <p>1.5 Memposisikan Quarter prone / semi prone</p> <p>S: Peneliti mengatakan saat diberi posisi seperti ini dapat mampu meningkatkan saturasi oksigen dan kestabilan RR, HR</p> <p>O: Pasien diberikan inovasi posisi quarter prone atau semi prone selama 1 jam</p> <p>1.6 Memberikan oksigen</p> <p>S: Perawat mengatakan klien diberi terapi oksigen untuk menunjang pernapasannya</p> <p>O: Terpasang O2 nasal kanul ½ lpm mode spontan FIO2 25%</p> <p>1.7 Menganjurkan asupan cairan perhari, jika tidak kontraindikasi</p> <p>S: Perawat mengatakan asupan cairan klien telah diatur dan disesuaikan oleh dokter</p> <p>O: Pasien diit asi / susu formula 8 – 10 cc /3 jam</p> <p>1.8 Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p> <p>S: perawat mengatkan klien mendapatkan obat</p>
--	--	--	---

			<p>untuk membantu pernapasannya</p> <p>O: Pasien dilakukan nebulizer setiap 8 jam</p> <p>sekali menggunakan NaCl 0,9% 1 cc</p> <p>1.9 Memonitor saturasi oksigen</p> <p>S: Perawat memantau saturasi klien lewat layar monitor tanda vital yang sudah tersambung ke tubuh klien, untuk melihat ada peningkatan atau penurunan</p> <p>O: Spo2 : 93%</p> <p>1.10 Mendokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>S: Perawat mengatakan selalu memantau dan mendokumentasikan semua tindakan dan perkembangan klien pada buku status klien dan lembar grafik</p> <p>O: Hasil pemantauan di dokumentasikan pada lembar pemantauan grafik dan buku status pasien</p>
2	Selasa 31 Mei 2022 15:00	Defisit Nutrisi b/d Ketidakmampuan Mengabsorpsi Nutrien	<p>2.2 Memonitor asupan makanan</p> <p>S: Perawat mengatakan asupan klien telah diatur dan setiap diberikan nutrisi selalu dicatat pada lembar pemantauan</p> <p>O: Pasien diit asi dan susu formula</p> <p>2.3 Memonitor berat badan</p> <p>S: Perawat mengatakan klien ditimbang setiap seminggu sekali untuk melihat ada peningkatan BB atau penurunan BB pada klien</p> <p>O: Berat badan bayi 1530 gram</p> <p>2.6 Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>

			<p>S: Perawat mengatakan nutrisi sudah diatur sesuai kebutuhan klien oleh dokter</p> <p>O: Pasien diit asi / susu formula 8 -10 cc /3jam</p> <p>2.8 Memonitor adanya mual muntah</p> <p>S: Perawat mengatakan tidak ada melihat klien muntah/gumoh</p> <p>O: Tidak ada mual dan muntah</p> <p>2.9 Memberikan perawatan mulut dan stimulasi oral sebelum pemberian makan</p> <p>S: perawat mengatakan membersihkan mulut klien dengan kassa basah lalu diberikan stimulasi oral</p> <p>O: membersihkan mulut bayi dengan kassa basah dan bayi diberikan stimulasi oral untuk meningkatkan reflek hisap</p> <p>2.10 Menyediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien</p> <p>S: Perawat mengatakan setiap memberikan asi dan sufor selalu di hangatkan terlebih dahulu</p> <p>O: Pasien diberikan asi/susu formula selang seling setiap 3 jam sekali</p> <p>2.11 Menjelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau</p> <p>S: perawat mengatakan kepada orang tua klien saat ini anaknya hanya mendapatkan susu</p> <p>O: Bayi hanya mengkonsumsi asi dan sufor</p>
--	--	--	---

3.	<p>Selasa 31 Mei 2022 17:00</p>	<p>Disfungsi Mortilitas Gastrointestinal b/d Asupan Enteral</p>	<p>3.1 Memeriksa posisi NGT/OGT dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara S: Perawat mengatakan tujuan dipasang OGT Untuk mengecek residu dan memberi nutrisi susu O: Saat auskultasi terdengar hembusan udara dan terdapat residu lambung 0,6 cc putih kekuningan</p> <p>3.2 Memonitor tetesan makanan pada pompa setiap jam S: Perawat mengatakan setiap memberi nutrisi melalui OGT menggunakan syringe pump seting 10 O: Pasien diberikan diit asi 8 cc melalui OGT menggunakan syringe pump</p> <p>3.3 Memonitor residu lambung tiap 4-6 jam selama 24 jam pertama, kemudian tiap 8 jam selama pemberian makan via enteral S: Perawat mengatakan selalu monnitor ada residu atau tidak pada klien O: Mengecek residu lambung tiap 3 jam sebelum di berikan diit, terdapat residu kekuningan sebanyak 0,6 cc</p> <p>3.4 Memonitor pola buang air besar setiap 4-8 jam S: Perawat mengatakan selalu monitor BAB dan BAK klien O: BAB kuning, RT; coklat kekuningan</p> <p>3.5 Menggunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang</p>
----	---	---	--

			<p>S: Perawat mengatakan selalu menerapkan teknik bersih tiap memberikan susu</p> <p>O: Perawat selalu mencuci tangan dan menggunakan handscoon saat akan memberikan sonde</p> <p>3.7 Mengukur residu sebelum pemberian makan</p> <p>S: Perawat mengatakan mengukur residu klien sebelum diberi makan untuk melihat apakah nutrisi yang diberikan sebelumnya terserap dengan baik atau tidak</p> <p>O: Terdapat residu \pm 0,6 cc putih kekuningan</p> <p>3.8 Memeluk dan bicara dengan bayi selama diberikan makan untuk menstimulasi aktivitas makan</p> <p>S: Perawat mengatakan kegunaan berbicara pada klien ialah membangun suatu ikatan terapeutik</p> <p>O: Saat diberikan diit perawat berbicara dengan bayi untuk menstimulasi aktivitas makan</p> <p>3.9 Menghindari pemberian makanan jika residu lebih dari 150cc atau lebih dari 110%-120% dari jumlah makanan tiap jam</p> <p>S: dokter mengatkan diit susu ditunda jika hasil residu klien lebih 150 cc, guna mencegah disten abdomen</p> <p>O: Diit di tunda jika residu lebih dari 150 cc</p> <p>3.11. Mengkolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral</p>
--	--	--	---

			<p>S: dokter mengatakan klien hanya dapat diit</p> <p>susu formula dan ASI</p> <p>O: Pasien dianjurkan diit asi/susu formula 8-10 cc / 3 jam melalui OGT</p>
4.	<p>Selasa</p> <p>31 Mei 2022</p> <p>18:00</p>	<p>Risiko infeksi d/d Efek</p> <p>Prosedure Invasif</p>	<p>4.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>S: Perawat mengatakan kemerahan pada tangan</p> <p>kiri mulai berkurang , leukosit masih tinggi dan klien ditempatkan di inkubator salah satu tujuannya mengurangi terpaparnya infeksi dari lingkungan luar</p> <p>O: Kemerahan berkurang, Leukosit 15.700/mm³, pasien di inkubator sudah 27 hari</p> <p>4.2 Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>S: Perawat mengatakan pengunjung pasien</p> <p>hanya 1 orang saja , guna mengurangi kontak fisik klien dari pengunjung luar dan sudah menjadi kebijakan Rumah sakit</p> <p>O: Jumlah pengunjung di batasi hanya 1 orang</p> <p>4.3 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>S: Perawat mengatakan selalu mencuci tangan</p> <p>sebelum dan sesudah kontak fisik dengan klien guna mempertahankan steril dan kebersihan pada klien</p> <p>O: Perawat menerapkan handwash dan handrub 6 langkah sesuai five moment</p> <p>4.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p>

			<p>S: Perawat mengatakan selalu pertahankan teknik aspetik pada klien , sebab klien sangat beresiko terpapar infeksi</p> <p>O: Mempertahankan konsep aseptik seperti menggunakan handscoon saat kontak dengan pasien</p> <p>4.7 Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>S: perawat mengatakan dokter telah mengajukan diit klien hanya 8 cc/3 jam</p> <p>O: Bayi diit asi/susu formula 8 – 10 cc / 3 jam</p> <p>4.8 Mengajukan meningkatkan asupan cairan</p> <p>S: dokter mengatakan telah menetapkan diit klien hanya ASI dan sufor sebanyak 8 cc/3 jam</p> <p>O: Bayi diit asi/susu formula 8 -10 cc / 3 jam</p> <p>4.9 Mengkolaborasi pemberian antibiotik</p> <p>S: : Perawat mengatakan klien dapat resep dari doker untuk 2 antibiotiknya yaitu metronidazole dan amikasin karena leukositnya tinggi 15.700/mm³</p> <p>O: Bayi mendapat terapi obat metronidazole 3x14 mg/iv dan amikasin 7,5 mg / kg BB /iv</p>
--	--	--	--

Hari Ke III

No	Tanggal/ jam	Diagnose keperawatan	Implementasi
1	Rabu 1 Juni 2022 16:00	Pola Napas Tidak Efektif b/d imaturitas neurologis	<p>1.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) S: perawat mengatakan retraksi dinding dada dan napas cuping hidung klien menurun O: RR : 68x/menit, retraksi dinding dada menurun</p> <p>1.2 Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) S: mengatakan tidak ada bunyi napas tambahan O: Tidak ada bunyi napas tambahan</p> <p>1.3 Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) S: mengatakan klien tidak terlihat adanya sputum O: Tidak ada sputum</p> <p>1.5 Memosisikan Quarter prone / semi prone S: Peneliti mengatakan saat diberi posisi Seperti ini dapat mampu meningkatkan saturasi oksigen dan kestabilan RR, HR O: Pasien diberikan inovasi posisi quarter prone atau semi prone selama 1 jam</p> <p>1.6 Memberikan oksigen S: Perawat mengatakan klien diberi terapi oksigen untuk menunjang pernapasannya O: Terpasang O2 nasal kanul ½ lpm mode spontan FIO2 25%</p> <p>1.8 Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik</p>

			<p>S: perawat mengatkan klien mendapatkan obat</p> <p>untuk membantu pernapasannya</p> <p>O: Pasien dilakukan nebulizer menggunakan</p> <p>NaCl 0,9% 1 cc</p> <p>1.9 Memonitor saturasi oksigen</p> <p>S: Perawat memantau saturasi klien lewat layar monitor tanda vital yang sudah tersambung ke tubuh klien, untuk melihat ada peningkatan atau penurunan</p> <p>O: Spo2 : 90%</p> <p>1.10 Mendokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>S: Perawat mengatakan selalu memantau dan mendokumentasikan semua tindakan dan perkembangan klien pada buku status klien dan lembar grafik</p> <p>O: Hasil pemantauan di dokumentasikan pada lembar pemantauan grafik dan buku status pasien</p>
2	Rabu 1 Juni 2022 17:00	Defisit Nutrisi b/d Ketidakmampuan Mengabsorpsi Nutrien	<p>2.2 Memonitor asupan makanan</p> <p>S: Perawat mengatakan asupan klien telah diatur dan setiap diberikan nutrisi selalu dicatat pada lembar pemantauan</p> <p>O: Pasien diberikan diit asi/susu formula 10 cc /3 jam</p> <p>2.3 Memonitor berat badan</p> <p>S: perawat mengatakan hari ini dilakukan penimbangan tepat seminggu dan ada kenaikan dari BB sebelumnya sebesar 50 gram naik</p> <p>O: Berat badan bayi 1580 gram</p> <p>2.6 Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk</p>

			<p>menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p> <p>S: Perawat mengatakan nutrisi sudah diatur</p> <p>sesuai kebutuhan klien oleh dokter</p> <p>O: Pasien diit asi / susu formula 8-10 cc /3 jam</p> <p>2.8 Memonitor adanya mual muntah</p> <p>S: Perawat mengatakan tidak ada melihat klien</p> <p>muntah/gumoh</p> <p>O: Tidak ada mual dan muntah</p> <p>2.9 Memberikan perawatan mulut sebelum pemberian makan</p> <p>S: perawat mengatakan membersihkan mulut</p> <p>klien dengan kassa basah lalu diberikan stimulasioral</p> <p>O: membersihkan mulut dengan kassa basah</p> <p>dan bayi diberikan stimulasi oral</p> <p>2.10Menyediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien</p> <p>S: Perawat mengatakan setiap memberikan asi</p> <p>dan sufor selalu di hangatkan terlebih dahulu</p> <p>O: Pasien diberikan asi/susu formula selang</p> <p>seling setiap 3 jam sekali</p>
3.	Rabu 1 Juni 2022 19:00	Disfungsi Mortilitas Gastrointestinal b/d Asupan Enteral	<p>3.1 Memeriksa posisi NGT/OGT dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara</p> <p>S: Perawat mengatakan tujuan dipasang OGT</p> <p>Untuk mengecek residu dan memberi nutrisi susu</p>

			<p>O: Tidak ada residu</p> <p>3.2 Memonitor tetesan makanan pada pompa setiap jam</p> <p>S: Perawat mengatakan setiap memberi nutrisi melalui OGT menggunakan syringe pump seting 10</p> <p>O: Pasien diberikan diit asi 10 cc / OGT menggunakan syringe pump</p> <p>3.4. Memonitor pola buang air besar setiap 4-8 jam</p> <p>S: Perawat mengatakan selalu monitor BAB dan BAK klien</p> <p>O: BAB 1x kuning kecoklatan , RT; coklat</p> <p>3.5. Menggunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang</p> <p>S: Perawat mengatakan selalu menerapkan teknik bersih tiap memberikan susu</p> <p>O: Perawat selalu mencuci tangan dan menggunakan handscoon saat akan memberikan sonde</p> <p>3.7. Mengukur residu sebelum pemberian makan</p> <p>S: Perawat mengatakan mengukur residu klien sebelum diberi makan untuk melihat apakah nutrisi yang diberikan sebelumnya terserap dengan baik atau tidak</p> <p>O: Tidak ada residu</p> <p>3.8. Memeluk dan bicara dengan bayi selama diberikan makan untuk menstimulasi aktivitas makan</p> <p>S: Perawat mengatakan kegunaan berbicara</p>
--	--	--	--

			<p>pada klien ialah membangun suatu ikatan terapeutik</p> <p>O: Saat diberikan diit perawat berbicara dengan bayi untuk menstimulasi aktivitas makan dan bayi diberikan stimulasi oral untuk reflek hisap bayi</p> <p>3.9. Menghindari pemberian makanan jika residu lebih dari 150cc atau lebih dari 110%-120% dari jumlah makanan tiap jam</p> <p>S: dokter mengatkan diit susu ditunda jika hasil residu klien lebih 150 cc, guna mencegah disten abdomen</p> <p>O: Diit di tunda jika residu lebih dari 150 cc</p> <p>3.11. Mengkolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral</p> <p>S: dokter mengatakan klien hanya dapat diit susu formula dan ASI</p> <p>O: Pasien dianjurkan diit asi/susu formula 8-10 cc / 3 jam melalui OGT</p>
4.	Rabu 1 Juni 2022 20:00	Risiko infeksi d/d Efek Prosedure Invasnif	<p>4.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>S: dokter mengatakan kepada perawat antibiotik tetap lanjutkan walaupun leukosit dari sebelumnya menurun tapi belum dalam rentang normal</p> <p>O: Leukosit 11.000/mm³, pasien di inkubator sudah 28 hari</p> <p>4.2 Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>S: Perawat mengatakan pengunjung pasien hanya 1 orang saja , guna mengurangi kontak fisik klien dari pengunjung luar dan sudah menjadi kebijakan Rumah sakit</p>

			<p>O: Jumlah pengunjung di batasi hanya 1 orang</p> <p>4.3 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>S: Perawat mengatakan selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak fisik dengan klien guna mempertahankan steril dan kebersihan pada klien</p> <p>O: Perawat menerapkan handwash dan handrub 6 langkah sesuai five moment</p> <p>4.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>S: Perawat mengatakan selalu pertahankan teknik aspetik pada klien , sebab klien sangat berisiko terpapar infeksi</p> <p>O: Mempertahankan konsep aseptik seperti menggunakan handscoon saat kontak dengan pasien</p> <p>4.7 Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>S: perawat mengatakan dokter telah menganjurkan diit klien hanya 8 cc/3 jam</p> <p>O: Bayi diit asi/susu formula 8 - 10 cc / 3 jam</p> <p>4.8 Mengajukan meningkatkan asupan cairan</p> <p>S: dokter mengatakan telah menetapkan diit klien hanya ASI dan sufor sebanyak 8 cc/3 jam</p> <p>O: Bayi diit asi/susu formula 8 - 10 cc / 3 jam</p> <p>4.9 Mengkolaborasi pemberian antibiotik</p>
--	--	--	--

			<p>S: : perawat mengatakan tetap melanjutkan pemberian antibiotik sesuai instruksi dokter</p> <p>O: Bayi mendapat terapi obat metronidazole 3x14 mg/iv dan amikasin 7,5 mg / kg BB /iv</p>
--	--	--	--

F. Evaluasi

Table 3.11 Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien : By. NJ

Diagnosa Medis: RDS

Hari Ke I

NO DX	Tgl/Jam	Evaluasi																
1	Senin 30 Mei 2022 09:000	<p>S: Perawat mengatakan klien dalam masa observasi peralihan dari CPAP ke Nasal Kanul</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS : E4V4M6 akral</p> <p>teraba hangat, , sesak dan retraksi dinding dada hilang timbul, terpasang O2 nasal kanul ½ lpm mode spontan FIO2 25%, terdapat penggunaan otot bantu napas, tidak terdengar adanya bunyi napas tambahan , tidak ada napas cuping hidung, OGT terpasang, terpasang infus di kaki kanan, S: 36,5°C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spo2 : 99% - Frekuensi napas : 64x/menit - Frekuensi Nadi: 100x/menit <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Penggunaan otot bantu napas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi napas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Dispnea	2	3	5	Penggunaan otot bantu napas	2	3	5	Frekuensi napas	2	3	5
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target															
Dispnea	2	3	5															
Penggunaan otot bantu napas	2	3	5															
Frekuensi napas	2	3	5															

		<table border="1"> <tr> <td>Kedalaman panas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table>	Kedalaman panas	2	3	5															
Kedalaman panas	2	3	5																		
		<p>Masalah keperawatan pola napas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</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>1.5 Posisikan Quarter prone / semi prone</p> <p>1.6 Berikan oksigen</p> <p>1.7 Anjurkan asupan cairan perhari, jika tidak kontraindikasi</p> <p>1.8 Kolaborasi pemberian bronkodilator,ekspektoran,mukolitik</p> <p>1.9 Monitor saturasi oksigen</p> <p>1.10Dokumentasikan hasil pemantauan</p>																			
2	<p>Senin 30 Mei 2022 10:00</p>	<p>S: dokter mengatakan sklera tidak menguning, badan klien tidak Menguning, tidak diberikan fototerapi ataupun transfusi albumin</p> <p>Perawat mengatakan untuk menunjang pemberian nutrisi sufor dan ASI klien dipasang OGT, untuk menaikkan berat badan klien</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS E4V4M6 akral</p> <p>teraba hangat, bayi menangis kuat, bayi tampak pucat konjungtiva anemis, reflek hisap bayi lemah, tidak ada mual muntah, terpasang OGT , terdapat residu, diit diberikan melalui OGT, bayi diit asi / susu formula 8 x 10-12 cc /3 jam, berat badan bayi 1530 gram, HB: 8,6 gr/100 ml , HT: 27 vol%, bilirubin total 1,47 mg/dl, bilirubin direct 0,44 mg/dl, bilirubin inderect 1,06 mg/dl, S: 36,5°C ,Spo2 : 99% , Frekuensi napas : 64x/menit , Frekuensi Nadi: 100x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1" data-bbox="772 1608 1536 1798"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Berat badan</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bayi cengeng</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pucat</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.2 Monitor asupan makanan</p> <p>2.3 Monitor berat badan</p>				Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Berat badan	2	2	5	Bayi cengeng	2	3	5	Pucat	3	3	5
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																		
Berat badan	2	2	5																		
Bayi cengeng	2	3	5																		
Pucat	3	3	5																		

		<p>2.6 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p> <p>2.8 Monitor adanya mual muntah</p> <p>2.9 Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan</p> <p>2.10 Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien</p> <p>2.11 Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau</p>												
3.	<p>Senin 30 Mei 2022 12:00</p>	<p>S: Perawat mengatakan klien mengalami kembung dengan LP: 25 cm dan terpasang Rectal Tube untuk mengeluarkan gas dan membersihkan rectum dan klien mendapatkan obat inj omeprazole</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS :E4V4M6 akral teraba hangat, CRT <2 detik , terpasang OGT , tidak ada muntah, ada residu sebanyak 1 cc putih kekuningan, RT kecoklatan, LP 25 cm, Persialtik usus 7x/menit, diit diberikan melalui OGT, bayi diit asi / susu formula 8 x 10-12 cc /3 jam, S: 36,5°C Spo2 : 99% , Frekuensi napas : 64x/menit , Frekuensi Nadi: 100x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Distensi Abdomen</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pengosongan Lambung</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan disfungsi motilitas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.1 Periksa posisi NGT/OGT dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara</p> <p>3.2 Monitor tetesan makanan pada pompa setiap jam</p> <p>3.3 Monitor residu lambung tiap 4-6 jam selama 24 jam pertama, kemudian tiap 8 jam selama pemberian makan via enteral</p> <p>3.4 Monitor pola buang air besar setiap 4-8 jam</p> <p>3.5 Gunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang</p> <p>3.6 Berikan tanda pada selang untuk mempertahankan lokasi yang tepat</p> <p>3.7 Ukur residu sebelum pemberian makan</p> <p>3.8 Peluk dan bicara dengan bayi selama diberikan makan untuk menstimulasi aktivitas makan</p> <p>3.9 Hindari pemberian makanan jika residu lebih dari 150cc atau lebih dari 110%-120% dari jumlah makanan tiap jam</p> <p>3.10 Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur</p>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Distensi Abdomen	2	2	5	Pengosongan Lambung	2	2	5
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target											
Distensi Abdomen	2	2	5											
Pengosongan Lambung	2	2	5											

		3.11 Kolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral																				
4	Senin 30 Mei 2022 13:00	<p>S: perawat mengatakan klien mendapatkan banyak antibiotik metronidazole dan amikasin karena leukositnya tinggi dan perawat mengatakan infus dikaki kanan kemerahan . serta bengkak</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS :E4V4M6 akral</p> <p>teraba hangat, terpasang infus dikaki kanan nampak kemerahan dan bengkak , leukosit 15.700/mm³, pasien di inkubator sudah 26 hari, S: 36,5 °C, Spo₂ : 99% , Frekuensi napas : 64x/menit , Frekuensi Nadi: 100x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Demam</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi 4.2 Batasi jumlah pengunjung 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4.4 Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 4.5 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4.6 Ajarkan cara cuci tangan dengan benar 4.7 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4.8 Anjurkan meningkatkan asupan cairan 4.9 Kolaborasi pemberian antibiotik 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Demam	3	3	5	Kemerahan	2	2	5	Bengkak	2	2	5	Kadar sel darah putih	2	2	5
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																			
Demam	3	3	5																			
Kemerahan	2	2	5																			
Bengkak	2	2	5																			
Kadar sel darah putih	2	2	5																			

Hari ke II

NO DX	Tgl/Jam	Evaluasi
1	Selasa 31 Mei 2022 15:00	<p>S: Dokter mengatakan klien masih dalam monitor peralihan daari CPAP ke Nasal Kanul, untuk retraksi dinding dada berkurang, napas cupung hidung berkurang, tidak ada bunyi napas tambahan</p>

		<p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS : E4V4M6 akral</p> <p>teraba hangat, sesak berkurang, retraksi dinding dada menurun, napas cuping hidung berkurang, terpasang O2 nasal kanul ½ lpm mode spontan FIO2 25%, penggunaan otot bantu napas berkurang, tidak terdengar adanya bunyi napas tambahan , OGT terpasang, terpasang infus di kaki kanan, S: 36,2°C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spo2 : 98% - Frekuensi napas : 52x/menit - Frekuensi Nadi: 130x/menit <p>A:</p> <table border="1" data-bbox="772 730 1538 1059"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Penggunaan otot bantu napas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi napas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman panas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan pola napas tidak efektif teratasi sebagian</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) 1.5 Posisikan Quarter prone / semi prone 1.6 Berikan oksigen, jika perlu 1.7 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu 1.10 Monitor saturasi oksigen 1.11 Dokumentasikan hasil pemantauan 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Dispnea	3	4	5	Penggunaan otot bantu napas	3	4	5	Frekuensi napas	3	4	5	Kedalaman panas	3	4	5
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																			
Dispnea	3	4	5																			
Penggunaan otot bantu napas	3	4	5																			
Frekuensi napas	3	4	5																			
Kedalaman panas	3	4	5																			
2	Selasa 31 Mei 2022 16:00	<p>S: Perawat mengatakan diid asupan nutrisi klien telah ditetapkan oleh dokter hanya memberi ASI dan sufir sebagai selingan dan diit yang diberikan tidak boleh lebih dari 10 cc , hanya 8 cc/3 jam</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS : E4V4M6 akral</p>																				

		<p>teraba hangat, bayi masih menangis, konjungtiva masih pucat, reflek hisap bayi sedang , tidak ada mual muntah, terdapat residu, terpasang OGT , diit diberikan melalui OGT, bayi diit asi / susu formula 8 - 10 cc /3 jam, berat badan bayi 1530 gram, HB: 8,6 gr/100 ml , HT: 27 vol%, bilirubin total 1,47 mg/dl, bilirubin direct 0,44 mg/dl, bilirubin indereect 1,06 mg/dl S: 36,2°C , Spo2 : 98%, Frekuensi napas : 52x/menit , Frekuensi Nadi: 130x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1" data-bbox="772 595 1538 781"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Berat badan</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bayi cengeng</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pucat</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.2 Monitor asupan makanan</p> <p>2.3 Monitor berat badan</p> <p>2.6 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p> <p>2.8 Monitor adanya mual muntah</p> <p>2.9 Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan</p> <p>2.10 Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien</p>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Berat badan	2	2	5	Bayi cengeng	2	3	5	Pucat	2	3	5
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target															
Berat badan	2	2	5															
Bayi cengeng	2	3	5															
Pucat	2	3	5															
3	<p>Selasa 31 Mei 2022 18:00</p>	<p>S: perawat mengatakan selalu memonitor hasil residu sebelum diberikan nutrisi susu / ASI</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS : E4V4M6, akral teraba hangat, reflek hisap bayi sedang, terpasang OGT , tidak ada muntah, terdapat residu lambung ± 0,6 cc putih kekuningan , LP 23 cm, diit diberikan melalui OGT, bayi diit asi / susu formula 8 x 11 cc /3 jam, S: 36,2°C , Spo2 : 98%, Frekuensi napas : 52x/menit , Frekuensi Nadi: 130x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1" data-bbox="772 1659 1538 1800"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Distensi Abdomen</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pengosongan Lambung</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan disfungsi motilitas teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.1 Periksa posisi NGT/OGT dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara</p>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Distensi Abdomen	2	3	5	Pengosongan Lambung	2	3	5				
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target															
Distensi Abdomen	2	3	5															
Pengosongan Lambung	2	3	5															

		<p>3.2 Monitor tetesan makanan pada pompa setiap jam</p> <p>3.3 Monitor pola buang air besar setiap 4-8 jam</p> <p>3.4 Gunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang</p> <p>3.5 Ukur residu sebelum pemberian makan</p> <p>3.6 Peluk dan bicara dengan bayi selama diberikan makan untuk menstimulasi aktivitas makan</p> <p>3.7 Hindari pemberian makanan jika residu lebih dari 150cc atau lebih dari 110%-120% dari jumlah makanan tiap jam</p> <p>3.8 Kolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral</p>																				
4	Selasa 31 Mei 2022 19:00	<p>S: perawat mengatakan klien mendapatkan antibiotik Amikasin 7,5 mg/18 jam yaitu diberi pada jam 19:00</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS : E4V4M6 akral</p> <p>teraba hangat, , terpasang infus ditangan kiri, kemerahan dan bengkak pada kaki kanan berkurang, leukosit 15.700/mm³, pasien di inkubator sudah 27 hari, S: 36,2 °C , Spo₂ : 98%, Frekuensi napas : 52x/menit , Frekuensi Nadi: 130x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Demam</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kadar Sel Darah Putih</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.2 Batasi jumlah pengunjung</p> <p>4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>4.4 Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>4.7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>4.8. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>4.9. Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Demam	3	4	5	Kemerahan	2	3	5	Bengkak	2	3	5	Kadar Sel Darah Putih	2	2	5
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																			
Demam	3	4	5																			
Kemerahan	2	3	5																			
Bengkak	2	3	5																			
Kadar Sel Darah Putih	2	2	5																			

Hari ke III

NO	Tgl/Jam	Evaluasi
----	---------	----------

DX																						
1	<p>Rabu 1 Juni 2022 17:00</p>	<p>S: perawat mengatakan status oksigenasi klien membaik dan meningkat setelah diberikan posisi <i>quarter prone</i> oleh peneliti</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS : E4V4M6 akral teraba hangat, gerak cukup aktif, sesak berkurang, retraksi dinding dada menurun, terpasang O2 nasal kanul ½ lpm mode spontan FIO2 25%, penggunaan otot bantu napas berkurang, tidak terdengar adanya bunyi napas tambahan, sekret tidak ada, OGT terpasang, terpasang infus di kaki kanan, S: 36,3°C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spo2 : 99% - Frekuensi napas : 62x/menit - Frekuensi Nadi: 106x/menit <p>A:</p> <table border="1" data-bbox="772 954 1538 1281"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Penggunaan otot bantu napas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi napas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman panas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan pola napas tidak efektif teratasi sebagian</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) 1.9 Posisikan Quarter prone / semi prone 1.9 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik 1.10 Monitor saturasi oksigen 1.12. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Dispnea	3	4	5	Penggunaan otot bantu napas	3	4	5	Frekuensi napas	3	4	5	Kedalaman panas	3	4	5
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																			
Dispnea	3	4	5																			
Penggunaan otot bantu napas	3	4	5																			
Frekuensi napas	3	4	5																			
Kedalaman panas	3	4	5																			
2	<p>Rabu 1 Juni 2022 18:00</p>	<p>S: Perawat mengatakan diid asupan nutrisi klien telah ditetapkan oleh dokter hanya memberi ASI dan sufir sebagai selingan dan diit yang diberikan tidak boleh lebih dari 10 cc , hanya 8 cc/3 jam, perawat mengatakan berat badan klien mengalami peningkatan sebesar 50 grm</p>																				

		<p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS :E4V4M6, akral</p> <p>teraba hangat, gerak cukup aktif , reflek hisap bayi kuat, tidak ada mual muntah, terpasang OGT , diit diberikan melalui OGT, bayi diit asi / susu formula 8 - 10 cc /3 jam, berat badan bayi 1600 gram, Hb: 12 gr/100ml, Ht: 38 vol%, Bilirubin total: 1,2mg/dl, bilirubin direct: 0,1 mg/dl, bilirubin inderect: 0,50 mg/dl, S: 36,3°C , Spo2 : 99% , Frekuensi napas : 62x/menit , Frekuensi Nadi: 106x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1" data-bbox="772 640 1540 831"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Berat badan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bayi cengeng</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pucat</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.2 Monitor asupan makanan</p> <p>2.3 Monitor berat badan</p> <p>2.6 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p> <p>2.8 Monitor adanya mual muntah</p> <p>2.9 Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu</p> <p>2.10 Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien</p>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Berat badan	2	3	5	Bayi cengeng	3	4	5	Pucat	3	4	5
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target															
Berat badan	2	3	5															
Bayi cengeng	3	4	5															
Pucat	3	4	5															
3.	Rabu 1 Juni 2022 20:00	<p>S: perawat mengatakan klien tidak ada residu, lingka perut menurun dari sebelumnya</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS : E4V4M6 akral</p> <p>teraba hangat, gerak cukup aktif, reflek hisap bayi kuat, terpasang OGT tidak ada muntah/gumoh, residu lambung tidak ada, LP 22 cm, diit diberikan melalui OGT, bayi diit asi 8 -10 cc /3 jam, S: 36,3°C , Spo2 : 99% , Frekuensi napas : 62x/menit , Frekuensi Nadi: 106x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1" data-bbox="772 1749 1540 1890"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Distensi Abdomen</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pengosongan Lambung</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan disfungsi motilitas teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Distensi Abdomen	3	4	5	Pengosongan Lambung	3	4	5				
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target															
Distensi Abdomen	3	4	5															
Pengosongan Lambung	3	4	5															

		<p>3.1 Periksa posisi NGT/OGT dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara</p> <p>3.2 Monitor tetesan makanan pada pompa setiap jam</p> <p>3.4. Monitor pola buang air besar setiap 4-8 jam, jika perlu</p> <p>3.5. Gunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang</p> <p>3.7. Ukur residu sebelum pemberian makan</p> <p>3.8. Peluk dan bicara dengan bayi selama diberikan makan untuk menstimulasi aktivitas makan</p> <p>3.9. Hindari pemberian makanan jika residu lebih dari 150cc atau lebih dari 110%-120% dari jumlah makanan tiap jam</p> <p>3.10. Kolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral</p>																				
4	Rabu 1 Juni 2022 21:00	<p>S: perawat mengatakan antibiotik klien tetap dilanjutkan sesuai instruksi</p> <p>Dokter, Amikasin dan Metronidazole</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS : E4V4M6 akral</p> <p>teraba hangat, kemerahan dan bengkak pada kaki kanan masih terlihat, leukosit 11.000/mm³, pasien di inkubator sudah 28 hari, S: 36,3 °C, Spo₂ : 99% , Frekuensi napas : 62x/menit , Frekuensi Nadi: 106x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Demam</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kadar Sel Darah Putih</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.2 Batasi jumlah pengunjung</p> <p>4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>4.4 Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>4.7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>4.8. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>4.9. Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Demam	4	5	5	Kemerahan	3	4	5	Bengkak	3	4	5	Kadar Sel Darah Putih	2	3	5
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																			
Demam	4	5	5																			
Kemerahan	3	4	5																			
Bengkak	3	4	5																			
Kadar Sel Darah Putih	2	3	5																			