

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN

Laporan kasus kelolaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan disusun sesuai dengan tahapan proses keperawatan. Pengkajian dilakukan pada pasien dengan kasus neonatus kurang bulan + sesuai masa kehamilan + lahir spontan + observasi distress napas di ruang PICU NICU RSUD Aji Muhammad Parikesit, pada tanggal 15 – 17 Desember 2022. Data diperoleh dengan cara melakukan pemeriksaan fisik, melakukan observasi secara langsung, lalu menganalisis catatan medis dan catatan perawat. Dari hasil pengkajian tersebut diperoleh hasil :

A. Pengkajian Kasus

1. Identitas Klien

Klien Bernama By. Ny. N masuk keruang PICU NICU pada hari rabu, tanggal 14 Desember 2022 dengan diagnosis medis neonatus kurang bulan + sesuai masa kehamilan + spontan+ observasi distress napas. Klien berjenis kelamin perempuan, lahir spontan dari usia kehamilan 32 minggu pada tanggal 14 Desember 2022 jam 09.26 WITA, lahir tidak menangis. Kondisi bayi lahir dengan berat 1.770 gr lalu klien mengalami dyspnea lalu adanya penggunaan otot bantu nafas cukup meningkat., apgar score klien 4/6. No RM 11063xxx, orang tua klien beragama islam bersuku jawa dimana pengobatan ditanggung orang tua dengan menggunakan BPJS. Alamat Dusun Jambu, RT. 06, Kota Bangun.

2. Keluhan Utama:

Keluhan utama klien saat dikaji adalah klien sesak nafas, terdapat retraksi dinding dada, respirasi klin 53 x/i

Alasan dirawat :

Keadan umum lemah, kesadaran komposmentis, dyspnea meningkat, tampak penggunaan otot bantu pernapasan pada bayi, akral hangat, CRT < 2 detik, BB klien 1.770 gr.

3. Data Khusus

a. *Primary Survey*

1) *Airway* :

Tidak ada sumbatan jalan napas pada klien

2) *Breathing* :

- a) Inspeksi : bentuk dada simetris kanan dan kiri, pernafasan : 53x/menit, terdapat penggunaan otot bantu nafas, terpasang oksigen nasal kanul modifikasi support ventilator mode BCPAP Peep 7 FIO2 45%. Tidak terdapat sianosis Spo2 93-95%.
- b) Palpasi : gerakan dada simetris kanan dan kiri.
- c) Perkusi : bunyi paru kiri dan kanan sonor.
- d) Auskultasi : tidak terdapat bunyi napas tambahan, suara napas vesikuler.

3) *Circulation* :

- a) Inspeksi : bentuk dada kiri dan kanan simetris.
- b) Palpasi : denyut jantung teraba normal HR : 144x/menit.
- c) Perkusi : pekak pada jantung.
- d) Auskultasi : bunyi jantung I dan II tunggal, tidak terdapat suara murmur jantung.

b. *Secondary Survey*

1) Pernafasan B1 (*Breathing*)

Pasien terpasang oksigen nasal kanul modifikasi support ventilator mode BCPAP Peep 7 FIO2 45%. Pernafasan 53x/menit. Pasien sesak nafas, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, pergerakan dada simetris, tidak terdapat sianosis.

2) Persyarafan B2 (*Brain*)

Keadaan umum : lemah, kesadaran composmentis GCS 15 E4 M5 V6, reflek cahaya pada mata kanan dan kiri ada (+), ukuran pupil 2 mm. klien sering menangis dan merengek, klien tampak gelisah dan rewel, klien sering terbangun dari tidurnya karena suara dan pencahayaan disekitarnya.

3) Kardiovaskuler B3 (*Blood*)

Kongjutiva tidak anemis, akral teraba hangat, HR : 144x/menit, akral teraba hangat, CRT <2 detik, terpasang infus 2 line di tangan kanan dengan cairan D5 ¼ NS dan aminosteril 6%.

4) Perkemihan B4 (*Bladder*)

Tidak ada kelainan pada genetalia, pasien memakai pampers dengan produksi urine 15 CC per 7 jam dan minum ASI 6x4-6 cc.

5) Pencernaan B5 (*Bowel*)

Pasien ada BAB berwarna hijau pekat, pasien terpasang OGT No. 8, terdapat residu berwarna putih di OGT klien.

6) Musculoskeletal B6 (*Bone*)

Suhu tubuh 36.2 oC. Kekuatan ekstremitas tangan kanan 4, tangan kiri 4, kaki kanan 4, kaki kiri 4. Tugor kulit baik, CRT

kurang <2 detik, tidak terdapat luka dan bengkak, tidak terdapat lebam, tidak terdapat massa. Kulit klien tampak pucat dan kekuningan, sklera klien ikterik.

Tabel 3.1 Skala Nyeri Bayi Ny. N

Parameter	Temuan	Nilai	Skor
Ekspresi Wajah	- Relaksasi (wajah tenang, ekspresi alami)	0	1
	- Meringis (otot wajah tegang, alis mata, dagu atau rahang berkerut, ekspresi wajah negatif)	1	
Menangis	- Tidak menangis (diam, tidak menangis)	0	1
	- Merengek (sebentar-bentar merintih ringan)	1	
	- Menangis hebat (berteriak kencang, melengking, terus-menerus)	2	
Pola Nafas	- Rileks	0	0
	- Perubahan dalam nafas (ireguler, lebih cepat dari biasa, tersumbat, menahan nafas)	1	
Lengan	- Rileks (tanpa rigiditas otot, kadang-kadang menggerakkan lengan tidak sengaja)	0	1
	- Fleksi atau ekstensi (tegang, lurus, kaki, atau ekstensi atau fleksi cepat)	1	
Tungkai	- Rileks (tanpa rigiditas otot, kadang-kadang menggerakkan lengan tidak sengaja)	0	0
	- Fleksi atau ekstensi (tegang, lurus, kaki, atau ekstensi atau fleksi cepat)	1	
Tingkat Kesadaran	- Tidur atau terjaga (diam, tenang, diam)	0	1
	- Rewel (waspada, gelisah, memukul-mukul)	1	
Total Skor : 4			
Interpretasi :			
Skor 0 : Tidak perlu intervensi			
Skor 1-3 : Intervensi nonfarmakologi			
Skor 4-5 : Terapi analgetik			
Skor 5-6 : Terapi Opioid			

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan hematologi darah lengkap pada tanggal 14 Desember 2022.

Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium tanggal 14 Desember 2022

JenisPemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Darah Lengkap			
Hemoglobin	12,6	gr/100ml	[P: 13-16 W: 12-14]
Hematokrit	35	Vol%	[P: 40-48 W: 37-43]
Leukosit	10.900	/mm ³	[5.000 – 10.000]
Basofil	0,7	%	(0-1)

Eosinofil	2,0	%	(1-3)
Netrofil	50,8	%	[50– 70]
Limfosit	29,9	%	[20-40]
Monosit	16,6	%	[2– 8]
Thrombosit	249.000	/mm ³	[150.000-450.000]

Pemeriksaan Bilirubin pada tanggal 17 Desember 2022

Tabel 3.3 Pemeriksaan Laboratorium tanggal 17 Desember 2022

JenisPemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Bilirubin Total	17,13	Mg/dL	0,3-1,2
Bilirubin Direk	3,0	Mg/dL	0,0-0,2
Bilirubin Indirek	12,2	Mg/dL	0,2-0,8

5. Daftar Harian Terapi Obat dan Cairan

a. Cairan melalui intravena

- INVFD D5 ¼ NS
- INVFD Aminosterel 6%
- Inj Ampicilin 2x85 mg
- Inj Gentamicin 8.5 mg/36 jam

b. Diit Nutrisi

- ASI 4-6 cc per 4 jam

c. Terapi penunjang

- Pemberian foto terapi mulai tanggal 16 Desember 2022

B. Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

No	Data Subjektif dan Objektif	Etiologi	Problem
1.	<p>Ds: Perawat ruangan mengatakan klien lahir tidak menangis dan memakai otot bantu pernapasan</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayi nafas dengan bantuan ventilator mekanik. - Terpasang oksigen nasal kanul modifikasi ventilator mode BCPAP Peep 7 FIO₂ 45% - Bayi gelisah, sering menangis 	Imaturitas neurologis	Pola Nafas Tidak Efektif

	<ul style="list-style-type: none"> - Penggunaan otot bantu nafas. - SpO2 : 93-95% - HR : 144 x/menit - RR : 53x/menit 		
2.	<p>Ds: perawat ruangan mengatakan bayi sering menangis dan rewel karena prosedur invasif</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menangis merengek (sebentar-bentar merintih ringan) - Skala nyeri 4, diukur menggunakan NIPS - Klien rewel dan gelisah - Klien terpasang infus 2 line di tangan kanan - Klien terpasang OGT - Klien terpasang nasal kanul - HR : 144 x/menit. - RR : 53 x/menit. 	Agen pencedera fisik	Nyeri akut.
3.	<p>Ds : perawat ruangan mengatakan bayi menyusu kurang adekuat karena refleks menghisapnya lemah</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refleks menghisap bayi lemah - Bayi lahir di usia kehamilan 32 minggu - Klien terpasang orogastrict tube No. 8 - Klien mendapatkan ASI 4-6 cc per 4 jam - Berat badan bayi 1770 gram 	Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi	Menyusui Tidak Efektif
4.	<p>Ds : perawat ruangan mengatakan bayi harus terpasang beberapa prosedur invasif untuk menunjang kehidupannya.</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum pasien lemah - Akral teraba hangat. - terpasang infus 2 line di tangan kanan dengan cairan D10% dan Aminosteril. - Klien terpasang orogastrict tube No. 8 - Klien terpasang oksigen nasal kanul modifikasi ventilator mode BCPAP Peep 7 FIO2 45% - Nilai leukosit klien 10.900 /mm3 - Suhu klien 36,4 °C 	Efek Prosedur invasif	Resiko Infeksi
5.	<p>Ds: perawat ruangan mengatakan kulit bayi kuning</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit klien pucat kekuningan - Sklera klien ikterik - Bilirubin total klien 17,13 Mg/dL (diatas rentang normal) - Bilirubin direk klien 3,0 Mg/dL (diatas rentang normal) 	Usia kurang dari 7 hari	Ikterik Neonatus

	- Bilirubin indirek klien 12,2 Mg/dL (diatas rentang normal)		
6.	Ds: perawat ruangan mengatakan bayi lahir usia 32 minggu dengan berat badan 1770 gram Do: - Bayi lahir preterm - Berat badan bayi 1770 gram - Suhu klien 36,4 °C - Keadaan umum klien lemah	Kurangnya lapisan lemak subkutan	Risiko Hipotermia

C. Priotitas Masalah Keperawatan

1. Pola Nafas Tidak Efektif b/d Imaturitas neurologis (D. 0005)
2. Nyeri akut b/d agen pencedera fisik (D.0077)
3. Menyusui tidak efektif b/d ketidakadekuatan refleks menghisap bayi (D.0029)
4. Ikterik neonatus b/d usia kurang dari 7 hari (D.0024)
5. Resiko Infeksi ditandai dengan Efek Prosedur invasif (D.0142)
6. Resiko Hipotermia ditandai dengan Kurangnya lapisan lemak subkutan (D.0140)

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Pola Nafas Tidak Efektif b/d Imaturitas neurologis (D. 0005)	<p><u>Pola Nafas (L.01004)</u></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pola napas meningkat ditandai dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dsyypnea dari skala (2) skala menjadi (5). 2. Penggunaan otot bantu nafas dari skala (2) menjadi skala (5). <p>Keterangan: 1: Meningkat. 2: Cukup meningkat. 3: Sedang. 4: Cukup menurun. 5: Menurun.</p>	<p><u>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</u></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 nafas 1. 5 Posisikan semi fowler atau fowler 1. 6 Lakukan fisioterapi dada 1. 7 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 1. 8 Berikan oksigen 1. 9 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoram, mukolitik <p><u>Pemantauan Respiraasi (I.01014)</u></p>

		<p>3. Frekuensi nafas dari skala (2) menjadi skala (5).</p> <p>4. Kedalaman nafas dari skala (2) menjadi skala (5)</p> <p>Keterangan: 1: Memburuk 2: Cukup memburuk. 3: Sedang. 4: Cukup membaik. 5: Membaik.</p>	<p>1. 10 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas</p> <p>1. 11 Monitor saturasi oksigen</p>
2	Nyeri akut b/d agen pencedera fisik (D.0077)	<p><u>Tingkat nyeri (L.08066)</u> Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan nyeri akut menurun ditandai dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Meringis dari skala (2) menjadi skala (5). 2. Gelisah dari skala (2) menjadi skala (5)</p> <p>Keterangan: 1: Meningkatkan. 2: Cukup meningkat. 3: Sedang. 4: Cukup menurun. 5: Menurun.</p>	<p><u>Manajemen Nyeri (I.08238)</u></p> <p>2.1 Identifikasi Skala nyeri. 2.2 identifikasi factor-faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri. 2.3 Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi <i>developmental care</i> 2.4 Kolaborasi pemberian analgetik.</p>
3.	Menyusui tidak efektif b/d ketidakadekuatan reflekshisap bayi (D.0029)	<p><u>Status Nutrisi Bayi (L.03031)</u> Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan menyusui tidak efektif membaik ditandai dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Berat badan dari skala (2) menjadi skala (5). 2. Pola makan dari skala (2) menjadi skala (5).</p> <p>Keterangan: 1: Menurun 2: Cukup menurun 3: Sedang. 4: Cukup meningkat 5: meningkat</p> <p>Keterangan: 1: Memburuk 2: Cukup memburuk. 3: Sedang. 4: Cukup membaik. 5: Membaik.</p>	<p><u>Manajemen Nutrisi (I. 03119)</u></p> <p>3. 1 identifikasi status nutrisi 3. 2 monitor berat badan 3. 3 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 3. 4 kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan</p>
4.	Ikterik neonatus b/d usia kurang dari 7 hari (D. 0024)	<p><u>Adaptasi Neonatus (L.10098)</u> Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam</p>	<p><u>Fototerapi Neonatus (I.03091)</u></p> <p>4.1 monitor ikterik pada sklera dan kulit bayi</p>

		<p>diharapkan resiko infeksi menurun ditandai dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sklera kuning dari skala (2) menjadi skala (5). 2. Kulit kuning dari skala (2) menjadi skala (5). <p>Keterangan: 1: Meningkat. 2: Cukup meningkat. 3: Sedang. 4: Cukup menurun. 5: Menurun.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4.2 monitor suhu & tanda vital setiap 4 jam sekali 4.3 siapkan lampi fototerapi & incubator/kotak bayi 4.4 berikan penutup mata pada bayi 4.5 biarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan 4.6 kolaborasi pemeriksaan darah vena bilirubin direk dan indirek
5.	Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D. 0142)	<p><u>Tingkat infeksi (L. 14137)</u></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan resiko infeksi menurun ditandai dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar sel darah putih dari skala (2) menjadi skala (5). <p>Keterangan: 1: Memburuk 2: Cukup memburuk. 3: Sedang. 4: Cukup membaik. 5: Membaik.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kemerahan dari skala (4) menjadi skala (5). 3. Demam dari skala (4) menjadi skala (5). 4. Bengkak dari skala (4) menjadi skala (5). <p>Keterangan: 1: Meningkat. 2: Cukup meningkat. 3: Sedang. 4: Cukup menurun. 5: Menurun.</p>	<p><u>Pencegahan Infeksi (I. 14539)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. 1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 5. 2 Batasi jumlah pengunjung 5. 3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien 5. 4 Pertahankan teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi <p><u>Perawatan Luka (I. 14564)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. 5 Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 5. 6 kolaborasi pemberian antibiotik
6.	Resiko hipotermia ditandai dengan kurangnya lapisan lemak subkutan (D.0140)	<p><u>Termoregulasi Neonatus (L.14135)</u></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan termoregulasi membaik ditandai dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu kulit dari skala (4) skala menjadi (5). 2. Pengisian kapiler dari skala (2) skala menjadi 	<p><u>Manajemen Hipotermia (I.14507)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1. Monitor suhu tubuh 6.2. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia 6.3. Sediakan lingkungan yang hangat 6.4. Lakukan penghangatan aktif eksternal

		(5). Keterangan : 1: memburuk 2: Cukup memburuk 3: Sedang. 4: Cukup membaik 5: Membaik	
--	--	--	--

E. Intervensi inovasi terapi developmental care

Tabel 3.6 Intervensi *developmental care*

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Inovasi	Intervensi
1	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis	Pemberian terapi <i>developmental care</i> untuk penurunan gangguan rasa nyaman dan tingkat nyeri pada neonatus, diberikan pada tanggal : - 15 Desember 2022 - 16 Desember 2022 - 17 Desember 2022	<p>Pengkajian</p> <p>1.1. Lakukan pengkajian awal pada bayi yang dirawat di ruang PICU/NICU</p> <p>1.2. Pengkajian meliputi skala nyeri, TTV serta tindakan-tindakan yang akan dilakukan.</p> <p>Fase pre interaksi</p> <p>1.3. Mencuci tangan</p> <p>1.4. Mempersiapkan selimut, bedong bayi, handscoon, dan speaker</p> <p>Fase Orientasi</p> <p>1.5. Beri salam dan memperkenalkan diri</p> <p>1.6. Identifikasi pasien & kaji kenyamanan bayi</p> <p>1.7. Menjelaskan tujuan dari pemberian terapi <i>developmental care</i></p> <p>1.8. Menjelaskan langkah/prosedur yang akan dilakukan</p> <p>1.9. Menanyakan kesediaan orang tua pasien untuk dilakukan tindakan</p> <p>Fase Kerja</p> <p>1.10. Membaca 'Basmalah' dan memulai tindakan dengan baik</p> <p>1.11. Jaga privasi: tutup pintu dan jendela / pasang sampiran</p> <p>1.12. Saat melakukan tindakan perhatikan keadaan umum bayi, bila bayi dalam keadaan stress dapat ditunjukkan dengan tangisan yang melengking, perubahan warna kulit serta apnue</p> <p>1.13. Mencatat respon nyeri neonatus dengan skala NIPS setelah prosedur invasif</p> <p>1.14. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan stimulasi yang berlebihan dengan cara menutup inkubator dengan kain untuk mencegah sinar lampu ruangan yang terang</p> <p>1.15. Memfasilitasi tidur klien dengan memberikan posisi yang nyaman</p>

			<p>1.16. Memberikan nesting pada bayi dan melakukan perubahan posisi secara berkala</p> <p>1.17. Melakukan tindakan berulang di waktu yang sama untuk meningkatkan kualitas tidur bayi</p> <p>1.18. Merapikan alat dan bahan</p> <p>1.19. Lalu mencatat respon nyeri neonatus dengan skala NIPS sesudah dilakukan terapi <i>developmental care</i></p> <p>Fase Terminasi</p> <p>1.20. Membaca hamdalah</p> <p>1.21. Merapikan klien dan memberikan posisi yang nyaman</p> <p>1.22. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya pada ibu/keluarga klien</p> <p>1.23. Mengakhiri pertemuan dengan baik: bersama klien membaca doa</p> <p>Evaluasi</p> <p>1.24. Evaluasi kondisi/respon klien setelah dilakukan tindakan</p> <p>1.25. Evaluasi kenyamanan bayi (tampak tenang, tidak rewel, dan nyaman didalam nest tersebut)</p> <p>1.26. Evaluasi diri perawat</p> <p>Dokumentasi</p> <p>1.27. Catat waktu dan tanggal prosedur tindakan</p> <p>1.28. Catat respon klien setelah dilakukan tindakan pada status/ catatan perkembangan</p> <p>1.29. Catat komplikasi yang terjadi selama dan sesudah prosedur.</p> <p>1.30. Toleransi terhadap prosedur yang dilakukan</p>
--	--	--	---

F. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan

No	Tgl/Jam	Diagnosa	Implemntasi	Evaluasi Respon
1.	15/12/22 16.00	Pola Nafas Tidak Efektif b/d Imaturitas neurologis (D. 0005)	1.1 memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.11 memonitor saturasi oksigen 1.5 memosisikan semi fowler atau fowler 1.7 melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 1.8 memberikan oksigen	S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak masih menggunakan otot bantu pernapasan, RR klien 47 x/menit S: Klien tidak dapat dikaji O: saturasi oksigen klien 94% S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak nyaman S: Klien tidak dapat dikaji O: lendir klien tampak bening S: Klien tidak dapat dikaji O: klien terpasang nasal kanul yang terhubung ke ventilator
	16.40	Resiko hipotermia ditandai dengan kurangnya lapisan lemak subkutan (D.0140)	6.1. memonitor suhu tubuh 6.3. menyediakan lingkungan yang hangat 6.4. Melakukan penghangatan aktif eksternal	S: Klien tidak dapat dikaji O: suhu tubuh klien 36,4°C S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak nyaman S: Klien tidak dapat dikaji O: tidak ada tanda-tanda hipotermi pada pasien
	17.00	Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D. 0142)	4. 1 memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 4. 2 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien 4. 6 Berkolaborasi pemberian antibiotik	S: Klien tidak dapat dikaji O: tidak ada demam, kemerahan, dan bengkak di tubuh klien, nilai leukosit klien 10.900 /mm ³ S: Klien tidak dapat dikaji O: tidak ada demam, kemerahan, dan bengkak di tubuh klien S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak meringis
	17.20	Menyusui tidak efektif b/d ketidakadekuatan refleks menghisap bayi (D.0029)	3.2 Memonitor berat badan 3.3 memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein	S: Klien tidak dapat dikaji O: berat badan klien 1.770 gram S: Klien tidak dapat dikaji O: klien diberi diit asi, dan tidak ada residu pada OGT klien

	17.50	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p>2.1 mengidentifikasi Skala nyeri.</p> <p>2.2 mengidentifikasi factor-faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>2.3 memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi <i>developmental care</i></p>	<p>S: Klien tidak dapat dikaji O: skala nyeri klien 4 (Skala nyeri NIPS)</p> <p>S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak tidak nyaman dengan alat-alat dan suara bising disekitarnya, bayi sering kaget lalu menangis, HR klien 157 x/menit</p> <p>S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak tenang, tidak menangis, tidak mudah terkejut, HR: 130 x/menit</p>
	20.00	Ikterik neonatus b/d usia kurang dari 7 hari (D. 0024)	<p>5.1 memonitor ikterik pada sklera dan kulit bayi</p> <p>4.5 membiarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan</p>	<p>S: Klien tidak dapat dikaji O: sklera klien tampak ikterik</p> <p>S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak kurang nyaman dengan sinar dan suhu</p>
2.	16/12/22 21.30	Pola Nafas Tidak Efektif b/d Imaturitas neurologis (D. 0005)	<p>1.1 memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>1.11 memonitor saturasi oksigen</p> <p>1.5 memposisikan semi fowler atau fowler</p> <p>1.7 melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>1.8 memberikan oksigen</p>	<p>S: Klien tidak dapat dikaji O: masih tampak retraksi dinding dada pada klien, RR 40 x/menit</p> <p>S: Klien tidak dapat dikaji O: saturasi oksigen klien 95%</p> <p>S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak nyaman</p> <p>S: Klien tidak dapat dikaji O: lender klien tampak bening, lendir dihisap melalui rongga mulut</p> <p>S: Klien tidak dapat dikaji O: klien terpasang nasal kanul yang terhubung ke ventilator</p>
	22.00	Resiko hipotermia ditandai dengan kurangnya lapisan lemak subkutan (D.0140)	<p>6.1. memonitor suhu tubuh</p> <p>6.3. menyediakan lingkungan yang hangat</p> <p>6.4. Melakukan penghangatan aktif eksternal</p>	<p>S: Klien tidak dapat dikaji O: suhu tubuh klien 36,6°C</p> <p>S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak nyaman</p> <p>S: Klien tidak dapat dikaji O: tidak ada tanda-tanda hipotermi pada pasien</p>
	22.10	Resiko infeksi ditandai dengan efek	<p>4.1 memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p>	<p>S: Klien tidak dapat dikaji O: leukosit klien 10.900 /mm³</p> <p>S: Klien tidak dapat dikaji</p>

		prosedur invasif (D. 0142)	4.2 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien 5.6. Berkolaborasi pemberian antibiotik	O: klien tidak ada demam, bengkak, dan kemerahan di area kulitnya S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak tenang dan tidak ada tanda-tanda alergi obat pada klien
	22.30	Menyusui tidak efektif b/d ketidakadekuatan refleks menghisap bayi (D.0029)	3.2 Memonitor berat badan 3.3 memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein	S: Klien tidak dapat dikaji O: berat badan klien 1.770 gram S: Klien tidak dapat dikaji O: terdapat residu 2 cc pada OGT klien, residu berwarna putih
	23.00	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)	2.1 mengidentifikasi Skala nyeri. 2.2 mengidentifikasi factor-faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri. 2.3 memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi <i>developmental care</i>	S: Klien tidak dapat dikaji O: skala nyeri klien 3 diukur menggunakan NIPS, klien tampak sering menangis, HR klien 147 x/menit S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak gelisah dan tidak nyaman dengan lingkungan dan alat-alat yang terpasang S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak tenang dan kembali tidur tanpa sering terbangun lagi, RR klien 37 x/menit, HR klien 129 x/menit
	01.30	Ikterik neonatus b/d usia kurang dari 7 hari (D. 0024)	5.1 memonitor ikterik pada sklera dan kulit bayi 5.5 membiarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan	S: Klien tidak dapat dikaji O: kulit klien tampak kekuningan, sklera klien ikterik S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak gelisah
3.	17/12/22 07.00	Pola Nafas Tidak Efektif b/d Imaturitas neurologis (D. 0005)	1.1 memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.11 memonitor saturasi oksigen 1.5 memposisikan semi fowler atau fowler 1.7 melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik	S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak masih ada retraksi dinding dada, sesak menurun S: Klien tidak dapat dikaji O: 97% S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak nyaman S: Klien tidak dapat dikaji O: lendir klien tampak bening

			1.8 memberikan oksigen	S: Klien tidak dapat dikaji O: klien terpasang nasal kanul yang terhubung ke ventilator
07.20	Resiko hipotermia ditandai dengan kurangnya lapisan lemak subkutan (D.0140)	6.1. memonitor suhu tubuh 6.3. menyediakan lingkungan yang hangat 6.4. Melakukan penghangatan aktif eksternal		S: Klien tidak dapat dikaji O: suhu tubuh klien 36,5°C S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak nyaman S: Klien tidak dapat dikaji O: tidak ada tanda-tanda hipotermi pada pasien
07.50	Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D. 0142)	4.1 memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 4.2 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien 5.6. Berkolaborasi pemberian antibiotik		S: Klien tidak dapat dikaji O: leukosit klien 10.900 /mm ³ , tidak ada kemerahan, demam, dan bengkak di kulit klien S: Klien tidak dapat dikaji O: tidak ada kemerahan dan demam pada klien S: Klien tidak dapat dikaji O: Tidak ada tanda-tanda alergi obat pada klien
08.10	Menyusui tidak efektif b/d ketidakadekuatan reflekshisap bayi (D.0029)	3.2 Memonitor berat badan 3.3 memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein		S: Klien tidak dapat dikaji O: berat badan klien 1.770 gram S: Klien tidak dapat dikaji O: klien diberi diit asi,tidak ada residu pada OGT klien
08.30	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)	2.1 mengidentifikasi Skala nyeri. 2.2 mengidentifikasi factor-faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri. 2.3 memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi <i>developmental care</i>		S: Klien tidak dapat dikaji O: skala nyeri klien 2 diukur dengan NIPS, HR klien 138 x/menit S: Klien tidak dapat dikaji O: klien sering terkaget dengan suara disekitar klien, klien merasa tidak nyaman dengan semua tindakan invasif yang ada S: Klien tidak dapat dikaji O: klien tampak nyaman ditandai dengan tidak sering terbangun lagi, wajah klien tidak meringis lagi, klien lebih tenang HR klien 128 x/menit

	10.00	Ikterik neonatus b/d usia kurang dari 7 hari (D. 0024)	5.1 memonitor ikterik pada sklera dan kulit bayi 5.2 membiarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan	S: Klien tidak dapat dikaji O: sklera klien masih ikterik S: Klien tidak dapat dikaji O: klien sudah mulai terbiasa dengan paparan sinar fototerapi
--	-------	--	--	--

G. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan

No	Dx	Tgl	Evaluasi	Paraf																				
1	I	15/12/2022	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, CRT <2 detik, gerak bayi aktif, lendir klien tampak bening, terpasang O2 nasal kanul modifikasi ventilator mode BCPAP Peep 7 FIO2 45%, Spo2 93-95%. HR : 157x/menit. RR : 47x/menit. A : Masalah keperawatan Pola nafas tidak efektif b/d Imaturitas neurologis belum teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dsypnea</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Penggunaan otot bantu nafas.</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nafas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman nafas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.11 Monitor saturasi oksigen 1.5 Posisikan semi fowler atau fowler 1.7 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 1.8 Berikan oksigen</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Dsypnea	2	5	2	Penggunaan otot bantu nafas.	2	5	2	Frekuensi nafas	2	5	2	Kedalaman nafas	2	5	2	
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																					
Dsypnea	2	5	2																					
Penggunaan otot bantu nafas.	2	5	2																					
Frekuensi nafas	2	5	2																					
Kedalaman nafas	2	5	2																					
	II		<p>S : Pasien Tidak dapat dikaji O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, CRT <2 detik, gerak bayi aktif, skala nyeri 4 (skala NIPS), klien tampak meringis, klien sering menangis, klien tampak gelisah, klien tampak rewel, Spo2 93-95%. HR : 157x/menit. RR : 47x/menit. A : Masalah keperawatan nyeri akut b/d agen pencedera fisik belum teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi 2.1 Identifikasi Skala nyeri.</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Meringis	2	5	2	Gelisah	2	5	2									
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																					
Meringis	2	5	2																					
Gelisah	2	5	2																					

		<p>2.2 identifikasi factor-faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>2.3 Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi <i>developmental care</i></p>																					
III		<p>S : Pasien Tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, Berat badan klien 1.770 gram, Lingkar perut klien 24,5 cm, IMT klien 8, klien terpasang OGT, ASI klien 4-6 cc/ 4 jam, Spo2 93-95%. HR : 157x/menit. RR : 47x/menit.</p> <p>A : Masalah keperawatan menyusui tidak efektif b/d ketidakadeguan refleks menghisap bayi belum teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Berat badan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pola makan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.2 monitor berat badan</p> <p>3.4 berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Berat badan	2	5	2	Pola makan	2	5	2									
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																				
Berat badan	2	5	2																				
Pola makan	2	5	2																				
IV		<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, CRT <2 detik, gerak bayi aktif, sklera klien ikterik, kulit klien tampak pucat kekuningan. Spo2 93-95%. HR : 157x/menit. RR : 47x/menit.</p> <p>A : Masalah keperawatan ikterik neonatus b/d usia kurang dari 7 hari belum teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sklera kuning</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kulit kuning</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan :</p> <p>4.1 monitor ikterik pada sklera dan kulit bayi</p> <p>4.5 biarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Sklera kuning	2	5	2	Kulit kuning	2	5	2									
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																				
Sklera kuning	2	5	2																				
Kulit kuning	2	5	2																				
V		<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, CRT <2 detik, gerak bayi aktif, nilai leukosit klien 10.900 /mm³, tidak ada demam, kemerahan dan bengkak di area kulit klien, Spo2 93-95%. HR : 157x/menit. RR : 47x/menit, pemberian antibiotic ampiciline 2x85 mg dan gentamicin 8.5 mg/36 jam.</p> <p>A : Masalah keperawatan resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif belum teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Demam</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Kadar sel darah putih	2	5	2	Kemerahan	4	5	5	Demam	4	5	5	Bengkak	4	5	5	
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																				
Kadar sel darah putih	2	5	2																				
Kemerahan	4	5	5																				
Demam	4	5	5																				
Bengkak	4	5	5																				

			<p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan :</p> <p>4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien</p> <p>5.5. Kolaborasi pemberian antibiotik</p>																					
	VI		<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, CRT <2 detik, gerak bayi aktif, suhu klien 36,4°C, tidak ada tanda-tanda hipotermi pada klien, Spo2 93-95%. HR : 157x/menit. RR : 47x/menit,</p> <p>A : Masalah keperawatan resiko hipotermi ditandai dengan kurangnya lapisan lemak subkutan teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pengisian kapiler</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan :</p> <p>6.1 monitor suhu tubuh</p> <p>6.3 sediakan lingkungan yang hangat</p> <p>6.4 lakukan penghangatan aktif eksternal</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Suhu kulit	4	5	5	Pengisian kapiler	4	5	5									
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																					
Suhu kulit	4	5	5																					
Pengisian kapiler	4	5	5																					
2	I	16/12/2022	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, CRT <2 detik, gerak bayi aktif, lendir klien tampak bening, terpasang O2 nasal kanul modifikasi ventilator mode BCPAP Peep 6 FIO2 35% Spo2 95%. HR : 129x/menit. RR : 37x/menit.</p> <p>A : Masalah keperawatan Pola nafas tidak efektif b/d Imaturitas neurologis belum teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dsypnea</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Penggunaan otot bantu nafas.</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nafas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman nafas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan</p> <p>1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>1.11 Monitor saturasi oksigen</p> <p>1.5 Posisikan semi fowler atau fowler</p> <p>1.7 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>1.8 Berikan oksigen</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Dsypnea	2	5	3	Penggunaan otot bantu nafas.	2	5	3	Frekuensi nafas	2	5	3	Kedalaman nafas	2	5	3	
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																					
Dsypnea	2	5	3																					
Penggunaan otot bantu nafas.	2	5	3																					
Frekuensi nafas	2	5	3																					
Kedalaman nafas	2	5	3																					
	II		<p>S : Pasien Tidak dapat dikaji</p> <p>O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, CRT <2 detik, gerak bayi aktif, skala nyeri 3 (skala NIPS klien tampak meringis, klien sering menangis, klien tampak gelisah, klien tampak rewel, Spo2 95%. HR : 129x/menit. RR : 37x/menit.</p> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut b/d agen pencedera fisik belum teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																	
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																					

		<table border="1"> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi 2.1 Identifikasi Skala nyeri. 2.2 identifikasi factor-faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri 2.3 Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi <i>developmental care</i></p>	Meringis	2	5	3	Gelisah	2	5	3					
Meringis	2	5	3												
Gelisah	2	5	3												
III		<p>S : Pasien Tidak dapat dikaji O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, Berat badan klien 1.770 gram, Lingkaran perut klien 24 cm, IMT klien 8, klien terpasang OGT, ASI klien 4-6 cc/ 3 jam, Spo2 95%. HR : 129x/menit. RR : 37x/menit. A : Masalah keperawatan menyusui tidak efektif b/d ketidakadekuatan refleks menghisap bayi belum teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Berat badan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pola makan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi 3.2 monitor berat badan 3.4 berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Berat badan	2	5	2	Pola makan	2	5	2	
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir												
Berat badan	2	5	2												
Pola makan	2	5	2												
IV		<p>S : Pasien tidak dapat dikaji O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, CRT <2 detik, gerak bayi aktif, sklera klien ikterik, kulit klien tampak pucat kekuningan. Spo2 95%. HR : 129x/menit. RR : 37x/menit. A : Masalah keperawatan ikterik neonatus b/d usia kurang dari 7 hari belum teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sklera kuning</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kulit kuning</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan : 4.1. monitor ikterik pada sklera dan kulit bayi 4.5. biarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Sklera kuning	2	5	2	Kulit kuning	2	5	2	
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir												
Sklera kuning	2	5	2												
Kulit kuning	2	5	2												
V		<p>S : Pasien tidak dapat dikaji O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, CRT <2 detik, gerak bayi aktif, nilai leukosit klien 10.900 /mm³, tidak ada bengkak, demam, dan kemerahan pada kulit klien, Spo2 95%. HR : 129x/menit. RR : 37x/menit, pemberian antibiotic ampiciline 2x85 mg dan gentamicin 8.5 mg/36 jam. A : Masalah keperawatan resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif belum teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Kadar sel darah putih	2	5	2	Kemerahan	4	5	5	
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir												
Kadar sel darah putih	2	5	2												
Kemerahan	4	5	5												

			<table border="1"> <tr> <td>Demam</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan : 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien 4.6 Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	Demam	4	5	5	Bengkak	4	5	5													
Demam	4	5	5																					
Bengkak	4	5	5																					
	VI		<p>S : Pasien tidak dapat dikaji O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, CRT <2 detik, gerak bayi aktif, suhu klien 36,6°C, tidak ada tanda-tanda hipotermi pada klien, Spo2 95%. HR : 129x/menit. RR : 37x/menit. A : Masalah keperawatan resiko hipotermi ditandai dengan kurangnya lapisan lemak subkutan teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pengisian kapiler</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan : 6.1 monitor suhu tubuh 6.3 sediakan lingkungan yang hangat 6.4 lakukan penghangatan aktif eksternal</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Suhu kulit	4	5	5	Pengisian kapiler	4	5	5									
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																					
Suhu kulit	4	5	5																					
Pengisian kapiler	4	5	5																					
3.	I	17/12/22	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, CRT <2 detik, gerak bayi aktif, lendir klien tampak bening, retraksi dinding dada menurun, sesak menurun, terpasang O2 nasal kanul modifikasi ventilator mode BCPAP Peep 6 FIO2 25% Spo2 97%. HR : 128x/menit. RR : 35x/menit. A : Masalah keperawatan Pola nafas tidak efektif b/d Imaturitas neurologis teratasi sebagian.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dsypnea</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Penggunaan otot bantu nafas.</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nafas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman nafas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.11 Monitor saturasi oksigen 1.5 Posisikan semi fowler atau fowler 1.7 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 1.8 Berikan oksigen</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Dsypnea	2	5	4	Penggunaan otot bantu nafas.	2	5	4	Frekuensi nafas	2	5	4	Kedalaman nafas	2	5	4	
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																					
Dsypnea	2	5	4																					
Penggunaan otot bantu nafas.	2	5	4																					
Frekuensi nafas	2	5	4																					
Kedalaman nafas	2	5	4																					
	II		<p>S : Pasien Tidak dapat dikaji O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, CRT <2 detik, gerak bayi aktif, skala nyeri 2 (skala NIPS), gelisah klien menurun, klien tampak tenang, rewel menurun, Spo2 97%. HR : 128x/menit. RR : 35x/menit.</p>																					

		<p>A : Masalah keperawatan nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis belum teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi 2.1 Identifikasi Skala nyeri. 2.2 identifikasi factor-faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri 2.3 Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi <i>developmental care</i></p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Meringis	2	5	4	Gelisah	2	5	4	
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir												
Meringis	2	5	4												
Gelisah	2	5	4												
III		<p>S : Pasien Tidak dapat dikaji O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, Berat badan klien 1.770 gram, Lingkar perut klien 25 cm, IMT klien 8, klien terpasang OGT, ASI klien 6-10 cc/ 3 jam, Spo2 97%. HR : 128x/menit. RR : 35x/menit.</p> <p>A : Masalah keperawatan menyusui tidak efektif b/d ketidakadekuatan refleks menghisap bayi belum teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Berat badan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pola makan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi 3.2 monitor berat badan 3.4 berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Berat badan	2	5	2	Pola makan	2	5	2	
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir												
Berat badan	2	5	2												
Pola makan	2	5	2												
IV		<p>S : Pasien tidak dapat dikaji O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, CRT <2 detik, gerak bayi aktif, sklera klien ikterik, kulit klien tampak kuning, nilai bilirubin total klien di tanggal 17 desember 17,13 mg/dl. Spo2 97%. HR : 128x/menit. RR : 35x/menit.</p> <p>A : Masalah keperawatan ikterik neonatus b/d usia kurang dari 7 hari belum teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sklera kuning</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kulit kuning</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan : 4.1. monitor ikterik pada sklera dan kulit bayi 4.5. biarkan tubuh bayi terpapar sinar fototerapi secara berkelanjutan</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Sklera kuning	2	5	2	Kulit kuning	2	5	2	
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir												
Sklera kuning	2	5	2												
Kulit kuning	2	5	2												
V		<p>S : Pasien tidak dapat dikaji O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, CRT <2 detik, gerak bayi aktif, tidak ada bengkak, demam, dan kemerhan pada kulit klien, nilai leukosit klien 10.900 /mm³, Spo2 97%. HR : 128x/menit. RR : 35x/menit, pemberian antibiotic ampiciline 2x85 mg dan gentamicin 8.5 mg/36 jam.</p> <p>A : Masalah keperawatan resiko infeksi ditandai dengan</p>													

			<p>efek prosedur invasif belum teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Demam</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan : 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien 4.6 Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Kadar sel darah putih	2	5	3	Kemerahan	4	5	5	Demam	4	5	5	Bengkak	4	5	5	
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																					
Kadar sel darah putih	2	5	3																					
Kemerahan	4	5	5																					
Demam	4	5	5																					
Bengkak	4	5	5																					
	VI		<p>S : Pasien tidak dapat dikaji O : Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, akral hangat, CRT <2 detik, gerak bayi aktif, suhu klien 36,5°C, tidak ada tanda-tanda hipotermi pada klien, Spo2 97%. HR : 128x/menit. RR : 35x/menit. A : Masalah keperawatan resiko hipotermi ditandai dengan kurangnya lapisan lemak subkutan teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pengisian kapiler</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan : 6.1 monitor suhu tubuh 6.3 sediakan lingkungan yang hangat 6.4 lakukan penghangatan aktif eksternal</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	Suhu kulit	4	5	5	Pengisian kapiler	4	5	5									
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir																					
Suhu kulit	4	5	5																					
Pengisian kapiler	4	5	5																					