**RENCANA KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Diagnosa Keperawatan | Tujuan Dan Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
| 1. | Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak-adekuatan kadar surfaktan  | Tujuan: setelah dilakukan asuhan kep. selama 1x24 jam diharapkan gangguan pertukaran gas teratasiKriteria hasil:- Tidak ada tanda-tanda distress napas (sianosis, pernapasan cuping hidung, retraksi otot dinding dada)- Pola napas epneu/ normal- Irama napas regular/ teratur- SpO2 mencapai 95-99%- RR dalam batas normal (40-60x/menit)- Denyut jantung dalam batas normal (120-160x/menit- Suara napas klien vesikuler, tidak ada suara napas tambahan | 1. Kaji fungsi pernapasan, frekuensi napas, bunyi napas, irama napas2. Pantau saturasi oksigen3. Beri rangsangan taktil tiap napas klien tidak teratur4. Atur posisi klien kepala ekstensi dengan ganjalan bahu5. Lakukan fisioterapi dada6. Lakukan suction7. Jelaskan kondisi bayi pada ibu dan anjurkan untuk memberikan rangsangan dengan sentuhan8. Kolaborasi pemberian oksigenasasi Bubble CPAP sesuai program | 1. Kelainan bunyi napas menandakan adanya sekret berlebih. Kecepatan napas tidak stabil menandakan adanya komplikasi penyakit2. Menunjukkan keadekuatan kebutuhan oksigenasi tubuh3. Respon rangsangan menunjukkan fungsi sensorik dan motorik klien dalam fungsi pernapasan4. Memudahkan terbukanya jalan napas untuk dilakukan penghisapan sekret5. Mengarahkan sekret yang tertahan di rongga paru ke jalan napas untuk dilakukan penghisapan6. Membantu mengeluarkan lendir/sekret yang menumpuk di jalan napas klien7. Mengurangi kecemasan ibu, dengan sentuhan merangsang fungsi sensorik dan motorik klien dalam fungsi pernapasan8. Oksigenasi membantu pernapasan klien agar lebih adekuat |

**RENCANA KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Diagnosa Keperawatan | Tujuan Dan Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
| 2. | RK: Sepsis berhubungan dengan pertahanan imunologis tidak adekuat | Tujuan: setelah dilakukan tindakan kep. selama 3x24 jam diharapkan sepsis tidak terjadiKriteria hasil:- Leukosit dalam batas normal 9,0-30,0. 103/uL- Trombosit dalam batas normal 150-400.103/uL- CRP dalam batas normal 0-0,1 mg/dl- Suhu dalam batas normal (36,5-37°C)- Denyut jantung dalam batas normal (120-160x/menit)- RR dalam batas normal (40-60x/menit)- Refleks hisap meningkat | 1. Observasi TTV dan tanda-tanda sepsis seperti leukositosis, leukositopeni, trombositopeni, hipertermi atau hipotermi, hiperbilirubinemia, proteinuria2. Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh klien3. Jaga kebersihan lingkungan dan kebersihan klien4. Jelaskan pada ibu klien untuk membersihkan puting payudara sebelum memompa ASI5. Kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik (Meronem 3x30 mg/iv dan Amikin 1x13 mg/iv)6. Kolaborasi dengan laborat untuk pemeriksaan darah lengkap: leukosit, trombosit) | 1. Sebagai pemantauan dini tanda dan gejala sepsis2. Menghindari kontak infeksi nosokomial3. Lingkungan dan kebersihan diri mengurangi resiko terjadinya infeksi4. Menjaga kualitas ASI yang higienis mencegah masuknya bakteri ke dalam saluran pencernaan klien5. Antibiotik mencegah terjadinya infeksi oleh bakteri6. Pemeriksaan darah lengkap mengetahui konsentrasi kadar leukosit dalam darah, serta pengaruh terhadap kadar trombosit |

**RENCANA KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Diagnosa Keperawatan | Tujuan Dan Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
| 3. | Resiko cidera berhubungan dengan penurunan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopeni) | Tujuan: setelah dilakukan tindakan kep. selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi cideraKriteria hasil:- Tidal ditemukan tanda-tanda perdarahan- Trombosit dalam batas normal 150-400. 103/uL- CRP dalam batas normal 0-0,1 mg/dl- Denyut jantung dalam batas normal (120-160x/menit)- Residu lambung slymp susu atau jernih | 1. Monitor nilai lab (koagulasi), meliputi trombosit2. Monitor sekresi dan perdarahan lambung melalui pemasangan OGT3. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output4. Lindungi klien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan5. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet/TC) | 1. Menilai perkembangan kondisi keseimbangan kadar faktor koagulasi dalam darah klien2. Mengobservasi adanya luka perdarahan pada saluran gastrointestinal untuk segera dilakukan tindakan pengobatan3. Mengetahui keseimbangan cairan dalam tubuh klien agar tidak terjadi defisit4. Mencegah terjadinya perdarahan yang memiliki waktu pembekuan lebih lama5. Transfusi TC untuk menambah faktor koagulasi, antara lain trombosit dalam darah |

**RENCANA KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Diagnosa Keperawatan | Tujuan Dan Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
| 4. | Ketidakseimbangan nutisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflek menelan lemah/tidak ada  | Tujuan: setelah dilakukan tindakan kep. selama 3x24 jam diharapkan ketidak-seimbangan nutisi kurang dari kebutuhan tubuh tidak teratasiKriteria hasil:- Pertumbuhan dan peningkatan BB dalam kurva normal, dengan penambahan BB tetap sedikitnya 20-30 g/hari- Mempertahankan glukosa serum dalam batas normal (50-80 mg/dl)- Meningkatkan kadar albumin dalam batas normal (3,5-5,0 g/dl)- Reflek menghisap, menelan ada | 1. Catat pertumbuhan dengan membuat pengukuran BB setiap hari 2. Kaji maturitas refleks berkenaan dengan pemberian makan (mis, menghisap, menelan, dan batuk).3. Berikan makan dengan menggunakan slang sesuai indikasi. Masukan ASI dengan perlahan selama 20 menit pada kecepatan 1 ml/menit. Perhatikan residu lambung berlebih.4. Penuhi kebutuhan menghisap pada bayi dengan menggunakan dot selama pemberian perslang. Ibu juga dapat menggendong bayi selama pemberian makan.5. Kolaborasi pemeriksaan laborat; mis, glukosa serum, albumin, elektrolit, protein total. | 1. Pertumbuhan dan peningkatan BB adalah kriteria penentuan kebutu-han kalori, untuk menyesuaikan formula dan untuk menentukan frekuensi pemberian makan.2. Menentukan metode pemberian makan yang tepat untuk bayi.3. Pemberian makan per slang perlu untuk memberikan nutrisi adekuat pada bayi yang mengalami koor dinasi menghisap dan menelan buruk. Pemasukan makanan ke dalam lambung terlalu cepat dapat menyebabkan respons balik dan peningkatan resiko aspirasi.4. Memberikan kepuasaan oral sehingga bayi menghubungkan kepuasaan diri dalam menghisap dengan kenyamanan dari pengisian lambung.5. Mengukur ketepatan NPT |

**TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | WaktuTgl/jam | Tindakan | TT | WaktuTgl/jam | Catatan Perkembangan(SOAP) | TT |
| 21,2,3,41,2,3,413331,2,3,4343,42,31,2,3,4 | Rabu, 27 Mei 201516.1516.2016.2516.3016.3516.4517.0018.3019.4520.0020.2520.3020.3521.00 | Melakukan cuci tangan sebelum menyentuh pasienMengobservasi TTVDJ: 154x/menit, RR: 28x/menit, S: 37,3°CMelakukan pengkajian pasien per sistemMemberikan rangsangan taktil saat pernapasan pasien tidak teraturMengatur posisi klien kepala ekstensi dengan ganjalan bahuMelakukan pemasangan iv line di lengan atas kiriMemberikan transfusi TC bag I 100cc/4 jam, reaksi -Mengobservasi TTVDJ: 150x/menit, RR: 32x/menit, S: 37°CMengobservasi pemberian transfusi, habis, tidak ada reaksi, ganti TC bag II 100 cc/4 jamMemberikan ASI 10 cc per sonde, retensi 10 cc stokselMemberikan obat Sucralfat syrup 1 cth/oralMengganti popok pasien BAK 20 gr , BAB -Mengobservasi TTVDJ: 143x/menit, RR: 38x/menit, S: 36,8°C Melakukan timbang terima dengan dinas malam | IndriIndriIndriIndriIndriPwtPwtIndriIndriPwtPwtIndriIndri | Rabu, 27 Mei 201521.0021.00 | Dx1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak-adekuatan kadar surfaktan S: -O: Pola napas pasien tidak teratur/irregulerRR 38x/menit, tidak ada tanda apneuA: Gangguan pertukaran gas teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi no 1, 2, 5, 6, 7, 8Dx2. RK: Sepsis berhubungan dengan pertahanan imunologis tidak adekuatS: -O: Pasien tidak tampak tanda-tanda infeksi S: 36,8°C Residu lambung 10 cc stokselA: Resiko komplikasi sepsis teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi no 1, 2, 3, 4, 5, 6 | IndriIndri |

**TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | WaktuTgl/jam | Tindakan | TT | WaktuTgl/jam | Catatan Perkembangan(SOAP) | TT |
| 1,2,3,43321,2,3,4141,2,3,441,2,3,4441,2,3,4 | 22.3023.0023.0523.3023.4524.00Kamis, 28 Mei 201524.1002.0003.0004.3005.0006.0006.30 | Mengobservasi TTVDJ: 148x/menit, RR: 36x/menit, S: 36,7°C Mengobservasi pemberian transfusi, habis, tidak ada reaksiMengganti cairan infus NaCl 0,9% maintenanceMemberikan injeksi Meronem 30 mg/iv dan Amikin 13 mg/ivMengobservasi TTVDJ: 143x/menit, RR: 40x/menit, S: 36,9°CMemantau saturasi oksigen pasien 93%Memberikan ASI 10 cc per sonde, retensi 0,5 cc slymp susuMengobservasi TTVDJ: 156x/menit, RR: 44x/menit, S: 36,5°CMemberikan ASI 10 cc per sonde, retensi tidak adaMengobservasi TTVDJ: 135x/menit, RR: 40x/menit, S: 36,7°CMenimbang BB dan menyeka. BB: 1900 grMemberikan ASI, 10 cc per sonde, retensi slymp susu 2 ccMengobservasi TTVDJ: 140x/menit, RR: 38x/menit, S: 37°C | PwtPwtPwtPwtPwtSenSenSenSenPwtPwtSenSen | 21.0021.00 | Dx3. Resiko cedera berhubungan dengan penurunan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopeni)S: -O: Pemberian transfusi TC bag II tidak ada reaksiDJ: 143x/menitA: Resiko cedera teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi no 1, 2, 3, 4, 5Dx4. Ketidakseimbangan nutisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflek menelan lemah/tidak ada S: -O: BB 1900 grTonus otot masih tampak lemahASI 10 cc per sonde, retensi 10 cc stokselA: Ketidakseimbangan nutisi belum teratasiP: Lanjutkan intervensi no 1, 2, 3, 4, 5 | IndriIndri |

**TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | WaktuTgl/jam | Tindakan | TT | WaktuTgl/jam | Catatan Perkembangan(SOAP) | TT |
| 21,2,3,424111,2,3,42,44111,2,3,4 | 07.0007.3008.0008.1009.0009.4509.5010.0011.3012.0012.1512.3012.4514.00 | Melakukan timbang terima dengan dinas malamMelakukan cuci tangan sebelum menyentuh pasienMengobservasi TTVDJ: 146x/menit, RR: 43x/menit, S: 36,7°CMemberikan injeksi Meronem 30 mg/ivMemberikan ASI, meningkat 20 cc per sonde, retensi 1 cc slymp susuMenurunkan FiO2 B-CPAP menjadi 30%Memantau saturasi oksigen pasien 98%Mengobservasi TTVDJ: 130x/menit, RR: 50x/menit, S: 36,5°CMelakukan oral hygiene dengan borax gliserin. Hasil: tidak ada bercak monoliasis, mukosa bibir lembabMemberikan ASI, 20 cc per sonde, retensi 2 cc slymp susu stokselMelakukan fisioterapi dadaMelakukan suctionMengobservasi TTVDJ: 138x/menit, RR: 53x/menit, S: 36,8°CMelakukan timbang terima dengan dinas sore | IndriIndriIndriIndriPwtIndriIndriIndriPwtRefRefIndri | Kamis, 28 Mei 201514.0014.00 | Dx1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak-adekuatan kadar surfaktanS: -O: Pola napas pasien teratur/regulerRR 53x/menitA: Gangguan pertukaran gas teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi no 1,2, 7, 8Dx2. RK: Sepsis berhubungan dengan pertahanan imunologis tidak adekuatS: -O: Pasien tidak tampak tanda-tanda infeksi S: 36,8°C Residu lambung 2 cc slymp susu stokselA: Resiko komplikasi sepsis teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi no 1,2, 3, 4, 5, 6 | IndriIndri |

**TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | WaktuTgl/jam | Tindakan | TT | WaktuTgl/jam | Catatan Perkembangan(SOAP) | TT |
| 1,2,3,441121,2,3,4431,2,3,4342,31,2,3,4 | 14.3015.0015.3015.3516.0016.3017.3018.1518.3020.0020.1520.3020.35 | Mengobservasi TTVDJ: 148x/menit, RR: 58x/menit, S: 37,2°CMemberikan ASI, 20 cc per sonde, retensi 0,5 slymp susuMenurunkan FiO2 B-CPAP menjadi 21%Memantau saturasi oksigen pasien 98%Memberikan injeksi Meronem 30 mg/ivMengobservasi TTVDJ: 158x/menit, RR: 40x/menit, S: 37,5°CMemberikan ASI, 20 cc per sonde, retensi 0,5 slymp susuMemberikan transfusi TC bag III 50 cc/2 jamMengobservasi TTVDJ: 147x/menit, RR: 46x/menit, S: 38°CMengobservasi pemberian transfusi TC, habis, tidak ada reaksiMemberikan ASI 20 cc per sonde, retensi 2 cc beningMengganti popokMengobservasi TTVDJ: 148x/menit, RR: 48x/menit, S: 38,6°C | SenPwtPwtPwtPwtSenPwtPwtSenPwtPwtPwtSen | 14.0014.00 | Dx3. Resiko cedera berhubungan dengan penurunan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopeni)S: -O: Tampak flebitis di luka bekas tusukan needle DJ: 138x/menitA: Resiko cedera teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi no 1, 2, 3, 5Dx4. Ketidakseimbangan nutisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflek menelan lemah/tidak ada S: -O: BB 1900 grTonus otot masih tampak lemahASI meningkat 20 cc per sonde, retensi 2 cc slymp susu stokselA: Ketidakseimbangan nutisi teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi no 1, 2, 3, 4, 5 | IndriIndri |

**TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | WaktuTgl/jam | Tindakan | TT | WaktuTgl/jam | Catatan Perkembangan(SOAP) | TT |
| 1,2,3,4241,2,3,41,2,3,441,2,3,441,2,3,4 | 22.3023.2023.30Jumat, 29 Mei 201500.3002.3003.1504.3005.3006.0006.30 | Mengobservasi TTVDJ: 146x/menit, RR: 48x/menit, S: 38,1°CMemberikan injeksi Meronem 30 mg/iv dan Amikin 13 mg/ivMemberikan ASI 20 cc per sonde, retensi 2 cc beningMengobservasi TTVDJ: 146x/menit, RR: 46x/menit, S: 38,7°CMengobservasi TTVDJ: 144x/menit, RR: 48x/menit, S: 37,7°CMemberikan ASI 20 cc per sonde, retensi 0,5 cc slymp susuMengobservasi TTVDJ: 146x/menit, RR: 50x/menit, S: 36,8°CMenimbang dan menyeka. BB: 2000 grMemberikan ASI 20 cc per sonde, tidak ada retensiMengobservasi TTVDJ: 144x/menit, RR: 46x/menit, S: 37,8°C | SenPwtSenSenSenSenSenPwtPwtSen |  |  |  |

**TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | WaktuTgl/jam | Tindakan | TT | WaktuTgl/jam | Catatan Perkembangan(SOAP) | TT |
| 21,2,3,43,4112411,2,3,4421,41,2,3,4 | 07.0007.3008.0008.0508.1008.2008.3009.0009.5010.0011.3012.0012.0513.3014.00 | Melakukan timbang terima dengan dinas malamMelakukan cuci tangan sebelum menyentuh pasienMengobservasi TTVDJ: 140x/menit, RR: 50x/menit, S: 38,1°CMengobservasi OGT tidak ada retensi, dan melepas OGTMelakukan penyapihan B-CPAPMemantau saturasi oksigen pasien 95-99%Memberikan injeksi Meronem 30 mg/ivMemberikan ASI meningkat 40 cc per spen, tidak muntah, tidak kembungMemantau penyapihan B-CPAP, saturasi 95-99%Mengobservasi TTVDJ: 144x/menit, RR: 49x/menit, S: 38,3°CMemberikan ASI 40 cc per spen, tidak muntah, tidak kembungMenjelaskan pada ibu pasien untuk membersihkan puting payudara sebelum menyusuiMemberikan pasien kepada ibunya untuk latihan menetek dan memberikan stimulus berupa sentuhanMengobservasi TTVDJ: 154x/menit, RR: 46x/menit, S: 37,2°CMelakukan timbang terima dengan dinas sore | IndriIndriPwtPwtIndriPwtIndriIndriIndriIndriIndriIndriIndri | Jumat, 29 Mei 201514.0014.00 | Dx1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakadekuatan kadar surfaktanS: -O: Pasien mampu bernapas secara spontan Pola napas pasien teratur/regulerRR 46x/menitA: Gangguan pertukaran gas teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi no 1, 2Dx2. RK: Sepsis berhubungan dengan pertahanan imunologis tidak adekuatS: -O: Suhu tubuh pasien naik turun S: 37°C Pasien tidak muntah, tidak kembungA: Resiko komplikasi sepsis teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi no 1,2, 3, 5, 6 | IndriIndri |

**TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | WaktuTgl/jam | Tindakan | TT | WaktuTgl/jam | Catatan Perkembangan(SOAP) | TT |
| 42,31,2,3,4241,2,3,442,31,2,3,4 | 15.0015.3016.0016.1516.3018.0018.4519.3020.00 | Memberikan ASI, 40 cc per spen, tidak ada muntah, tidak ada kembungMengganti popokMengobservasi TTVDJ: 149x/menit, RR: 44x/menit, S: 36°CMemberikan injeksi Meronem 30 mg/ivMemberikan pasien kepada ibunya untuk menetekMengobservasi TTVDJ: 152x/menit, RR: 46x/menit, S: 37,1°CMemberikan ASI, 40 cc per spen, tidak ada muntah, tidak ada kembungMengganti popokMengobservasi TTVDJ: 145x/menit, RR: 54x/menit, S: 37°C | IkaIkaIkaPwtIkaIkaIkaIkaIka | 14.0014.00 | Dx3. Resiko cidera berhubungan dengan penurunan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopeni)S: -O: Tampak bekas flebitis di luka bekas tusukan needle DJ: 154x/menitA: Resiko cedera teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi no 1, 3Dx4. Ketidakseimbangan nutisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflek menelan lemah/tidak ada S: -O: BB 2000 grReflek menghisap ada, reflek menelan adaASI meningkat 40 cc per spen, tidak muntah, tidak kembungA: Ketidakseimbangan nutisi teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi no 1, 2, 5 | IndriIndri |

**TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | WaktuTgl/jam | Tindakan | TT | WaktuTgl/jam | Catatan Perkembangan(SOAP) | TT |
| 1,2,3,4241,2,3,41,2,3,441,2,3,441,2,3,4 | 22.0023.3023.40Sabtu, 30 Mei 201500.0002.3003.1504.0005.3006.0006.30 | Mengobservasi TTVDJ: 140x/menit, RR: 50x/menit, S: 36,6°CMemberikan injeksi Meronem 30 mg/iv dan Amikin 13 mg/ivMemberikan ASI 40 cc per spen, tidak ada muntah, tidak ada kembungMengobservasi TTVDJ: 142x/menit, RR: 48x/menit, S: 37°CMengobservasi TTVDJ: 144x/menit, RR: 50x/menit, S: 36,7°CMemberikan ASI 40 cc per spen, tidak ada muntah, tidak ada kembungMengobservasi TTVDJ: 146x/menit, RR: 48x/menit, S: 36,8°CMenimbang dan menyeka. BB: 2000 grMemberikan ASI 40 cc per spen, tidak ada muntah, tidak ada kembungMengobservasi TTVDJ: 146x/menit, RR: 48x/menit, S: 36,7°C | RahmaPwtRahmaRahmaRahmaRahmaRahmaPwtPwtRahma |  |  |  |

**TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | WaktuTgl/jam | Tindakan | TT | WaktuTgl/jam | Catatan Perkembangan(SOAP) | TT |
| 21,2,3,4241,2,3,4441,2,3,4 | 07.0007.3008.0008.3009.0010.0011.3012.0513.3014.00 | Melakukan timbang terima dengan dinas malamMelakukan cuci tangan sebelum menyentuh pasienMengobservasi TTVDJ: 150x/menit, RR: 60x/menit, S: 37°CMemberikan injeksi Meronem 30 mg/ivMemberikan ASI meningkat 40 cc per spen, tidak muntah, tidak kembungMengobservasi TTVDJ: 144x/menit, RR: 47x/menit, S: 36,7°CMemberikan ASI 40 cc per spen, tidak muntah, tidak kembungMemberikan pasien kepada ibunya untuk menetekMengobservasi TTV, RR: 46x/menit, S: 37,2°CMelakukan timbang terima dengan dinas sore | IndriIndriIndriIndriIndriIndriIndriIndri | Sabtu, 30 Mei 201514.0014.0014.0014.00 | Dx1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakadekuatan kadar surfaktanS: -O: Pasien mampu bernapas secara spontan Pola napas pasien teratur/regulerRR 46x/menitA: Gangguan pertukaran gas teratasiP: Intervensi dihentikanDx2. RK: Sepsis berhubungan dengan pertahanan imunologis tidak adekuatS: -O: Suhu: 37,2°C; DJ: 154x/menitHasil lab leukosit meningkat dalam batas normal 17,2.103/uL Trombosit normal 210.103/uL Pasien tidak muntah, tidak kembungA: Resiko komplikasi sepsis teratasi sebagianP: Lanjutkan intervensi no 1,2, 3, 5Dx3. Resiko cidera berhubungan dengan penurunan faktor-faktor pembekuan darah (trombositopeni)S: -O: Tidak ada tanda-tanda perdarahan Hasil lab Trombosit normal 210.103/uLA: Resiko cedera teratasiP: Intervensi dihentikanDx4. Ketidakseimbangan nutisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan reflek menelan lemah/tidak ada S: -O: BB 2000 grHasil lab Glucosa serum 85 mg/dlAlbumin 3,4 g/dlReflek menghisap ada, reflek menelan adaASI 40 cc per spen, tidak muntah, tidak kembungPasien bisa menetek ke ibunyaA: Ketidakseimbangan nutisi teratasiP: Intervensi dihentikan | IndriIndriIndriIndri |