

BAB III

HASIL

A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada hari selasa tanggal 5 september 2023 di ruang peristi permata bunda purwoddi.

Identitas Pasien

Nama	: By Ny N
TTL	; 28 Agustus 2023
Usia	: -
No. RM	: 0086xxxx
Alamat	: Kluwan, 4/8 Boloh Toroh
Agama	: Islam
Diagnosa Medis	: Bblr
Tanggal Masuk	: 28 Agustus 2023 pukul 09.00 wib
Nama Ayah/Ibu	: Tn. R
Pekerjaan Ayah	: Swasta
Pekerjaan Ibu	: Ibu rumah tangga
Agama	: Islam
Suku/Bangsa	: Jawa / Indonesia
Alamat	: kluwan, ngembak

B. KELUHAN UTAMA

Ibu pasien mengatakan By.Ny. N mengalami kurang berat badan dan suhu tubuh yang tidak normal.

C. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Ny. N mengatakan melahirkan dirumah sakit di ruang Vk pada pukul 07.55 WIB di Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi, Ny. N melahirkan bayi premature dengan spontan selama kurang lebih 2 jam dengan jenis kelamin laki-laki, dengan berat badan : 2300 gram, panjang badan : 40 cm

D. RIWAYAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN

1. Prenatal Care

Keluhan saat hamil: Ny. N tidak ada keluhan saat hamil

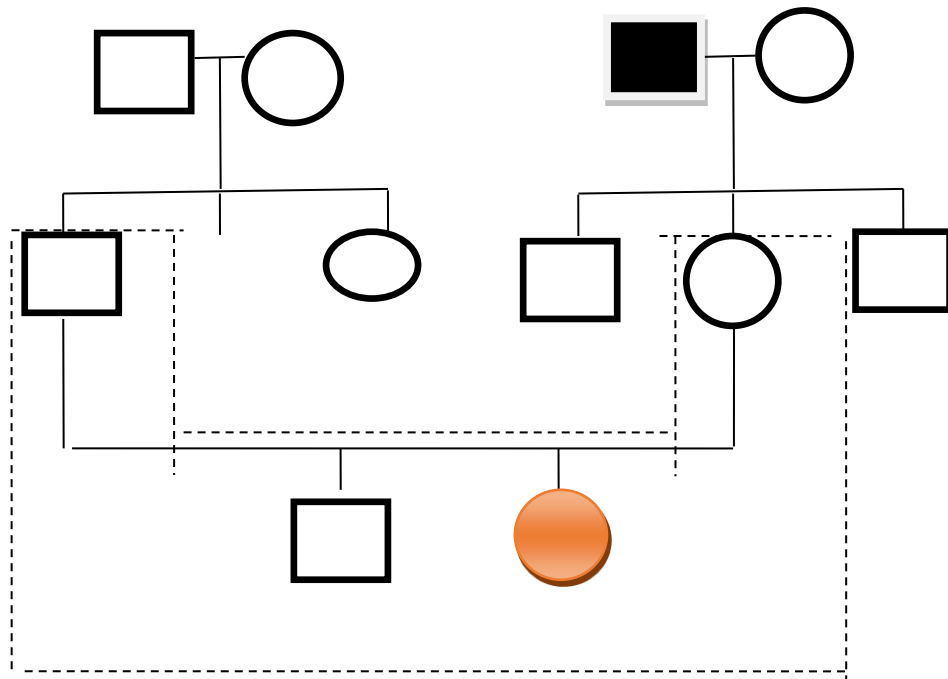
2. Natal Care

Ny. N mengatakan melahirkan di rumah sakit dengan usia kehamilan 9 bulan dengan lama persalinan kurang lebih 2 jam dengan spontan ,dengan bantuan penolong persalinan bidan dan bayi menangis.

3. Post Natal :

Kondisi klien lahir BBLR 2300 gram,dengan panjang (PB) 40 cm.

E. GENOGRAM



Keterangan:



:Laki-laki



:Perempuan



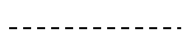
:Perempuan sudah meninggal



:Laki laki sudah meninggal



:Pasien



: Tinggal serumah



: Hubungan keluarga

F. RIWAYAT NUTRISI

1) Pemberian ASI

Bayi Ny, N diberi susu formula dan cara pemberian dengan alat bantu OGT dengan jumlah pemberian 7x15cc/ hari

2) Pemberian susu formula

Klien diberikan susu formula dengan alasan ASI ibu belum keluar sehingga klien di beri susu formula, reflek menghisap klien lemah

G. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

Ny.N mengatakan hubungan antar keluarganya baik, dan bayi Ny,N akan tinggal satu rumah dengan Bapak dan Ibu

H. PEMERIKSAAN FISIK

Keadaan umum :

Bayi Ny.N tampak lemah,kulit kemerahan dan reflek menghisap lemah

1) Tanda Vital :

Tekanan Darah : -

Nadi :140x/ menit

RR :40 x/ menit

Suhu :35 C

Bayi Ny.N diletakkan di inkubator

2) Pemeriksaan Antropometri

Panjang badan 40 cm,berat badan lahir 2300 gram, berat badan sekarang 2500gram,lingkar lengan 12cm ,lingkar dada 29 cm,lingkar kepala 28cm.

3) Mata :

Pupil isokor kanan/kiri, reflek cahaya positif kanan/kiri, bentuk telinga normal kanan/kiri sedikit melengkung, lunak lambat membaik.

4) Hidung :

Bentuk simetris kanan dan kiri, tidak ada penumpukan secret, tidak ada gangguan pernafasan.

5) Mulut :

Mukosa bibir kering, tidak ada lesi.

6) Telinga :

Simetris kanan dan kiri, tidak ada penumpukan serumen

7) Tengkuk :

Tidak ada lesi dan tidak ada pembengkakan

8) Dada :

Simetris kanan dan kiri, tidak ada lesi.

9) Jantung

Inpeksi : palpasi kuat, tidak ada clubbing finger tidak sianosis

Palpasi : CRT < 3 detik

Perkusi : tidak terkaji

Auskultasi : dengan bunyi jantung S₁ dan S₂, tidak ada suara tambahan

10) Paru-Paru

Infeksi : bentuk dada simetris kanan dan kiri, klien tidak menggunakan alat bantu nafas, frekuensi pernafasan ;

38x/menit tidak batuk dan tidak ada sputum dan tidak retraksi otot bantu nafas.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : thorak sonor

Auskultasi : suara nafas terdengar vesikuler

11) Sistem persyarafan

Bentuk kepala simetris kanan/kiri, ubun-ubun datar, tidak ada caput, kesadaran klien komposmetris gerak tangis (+), dengan reflek sucking lemah (+), reflek menggenggam ada tapi lemah, reflek babinsky ada tapi lemah, reflek moro ada tapi lemah, dan reflek rooting ada tapi lemah, reflek patella ada tapi lemah, dan tidak ada kejang, nyeri kepala tidak terkaji, istirahat tidur klien tampak selalu tidur dan sesekali membuka mata.

12) Genetalia

Labia minor menutupi labia mayor, klitoris menonjol, alat kelamin normal, kebersihan kelamin bersih, bau urin khas produksi urin 16cc/kg/bb ml/hari, tempat yang digunakan pampers.

13) System pencernaan

Mulut sianosis, mukosa bibir kering, kondisi bibir simetris, lidah tampak putih, jaringan lemak subkutan tipis areola payudara datar tidak ada benjolan, pada abdomen terdapat tali pusat, tidak ada lesi dan tanda-tanda infeksi pada tali pusat. Peristaltik usus normal, dengan buang air

besar (BAB) 15 cc/kg/bb/jam dengan konsistensi ecer, warna kuning pucat,dengan bau yang khas.

14) Ekstremitas

Klien tampak lemah,tidak ada fraktur dan dislokasi akral dingin,dan turgor menurun,tidak lembab,tidak ada odema,kulit bersih,warna kulit merah muda,licin/halus tampak tipis,lanugo.

11 PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Hasil Laboratorium

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujuk
Hematologi			
Hemoglobin	16,5	g/ul	15.2-23.6
Hematokrit	50	%	44-72
Lekosit	22220	/ul	13000-38000
Trombosit	298000	/ul	217000-497000
GDS	79	Mg/jam	< 180

12 Terapi

Obat	Dosis	Rute	Indikasi
D10	6tpm	IV	Sebagai sumber energi
Inj. Vit k	1mg	IV	Mencegah perdarahan pada bayi baru lahir
Inj. Aminopili	2,4mg/8 jam	IV	Mengatasi AOP pada bayi prematur
Inf Aminosterik	20cc/24 jam	IV	Memperbaiki keseimbangan nutrisi

13 ANALISA DATA

No	Hari/tgl	Data Fokus	Problem	TTD
1.	Selasa, 05/9/23	DS : - DO : bayi dirawat di incubator warna kulit pucat akral teraba dingin S : 35°C Hr : 140x/mnt RR ; 40x/mnt SPO2 : 97%	Hipotermi (D.0140)	Zaqia
2.	Selasa, 05/9/23	DS : Ibu By, Ny, N pasien mengengatakn bayi lahir dengan usia kandungan 38 minggu. DO : klien nampak a. Daya hisab lemah b. Akral dingin c. Mukosa bibir kering d. Jaringan lemak subkutan tipis	Defisit Nutrisi (D.0019)	Zaqia
3.	Selasa, 05/9/23	Ds : . Do : Terpasang OGT	Resiko Infeksi (D.0142)	Zaqia

14 DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Hari/tgl	Dx. Keperawatan	Tgl Teratasi	TTD
1.	Selasa,05/9/23	Hipotermi Terpapar lingkungan	b.d suhu rendah	Jumat,8 /9/23 Zaqia

(D.0130)						
2.	Selasa,05/9/23	Defisit nutrisi	b.d	Jumat,8/9/23	Zaqla	
		ketidakmampuan menelan. (D.00019)				
3.	Selasa,05/9/23	Resiko infeksi Pencegahan	b.d	Jumat,8/9/23	Zaqla	
		.(D.0142)	infeksi			

15 INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
a Keperawatan		
Hipotermia (D.0130)	Termugulasi Neonatus Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik Kriteria hasil : 1. Suhu tubuh dalam batas normal 36,5°C-37,5°C 2. Suhu kulit membaik 3. Pengisian Kapiler Membaik 4. Ventilasi Membaik	Manajemen hipotermia Observasi 1. Monitor suhu tubuh bayi 2. Identifikasi penyebab hipotermia (misalnya terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) 3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia ringan; takipnea, disaktria, menggigil, hipert

ensi,diuresis ;
 hipotermia berat ;
 oligulia,reflek
 menghilang,edema
 paru,asam basa
 abnormal,

Terapeutik

1. Sediakan lingkungan yang hangat(misalnya Atur suhu ruangan incubator)
2. Gantian pakaian/linen basah
3. Lakukan penghangatan pasif(misalnya selimut,penutup kepala yang tebal)
4. Lakukan penghangatan aktif eksternal(misalnya kompres hangat),selimut hangat,perawatan kangoro mother care)

Defisit	Status Nutrisi (L.030301)	ManajemenNutrisi
nutrisi	Setelah dilakukan tindakan	(I.03119)
(D.0014	keperawatan selama 3 x 8 jam	Tindakan
0)	diharapkan status nutrisi meningkat,	Observasi

dengan criteria hasil :		1. Identifikasi status nutrisi.
1.BB tetap di 2300 gram (diatas normal kurva fenton 2013;31)		2. Monitor berat badan
2.Hb dalam rentang normal 11,5-15,5 mg/dl		3. Bantu pemberian nutriisi melalui OGT
3.Reflek menghisap kuat		4. Hentikan pemberian makanan melalui OGT bila asupan oral dapat ditoleransi
4.Mukosa bibir lembab		5. Lakukan stimulasi oral untuk meningkatkan reflek hisap klien
. 5. Bayi mampu menghisap secara mandiri tanpa alat bantu		6. Lakukan Kangoro Mother Care
		Kolaborasi Denganahligiziuntukmen entukanjumlahkalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jikaperlu.
RisikoIn feksi (D.0139)	IntegritasKulit L.14125 Setelah dilakukanasuhankeperawatandiharapka nintegritaskulitmeningkat Kriteriahasil : 1. Kerusakanjaringanmenurun 2. Kerusakanlapisankulitmenurun	Pencegahan infeksi (D.0142) Observasi 1 Monitor tanda dan gejala. 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan (teknik cuci tangan 6 langkah).

-
3. Nyeri menurun
 4. Kemerahanmenurun

3. Monitor tanda dan gejala infeksi (bengkak, gatal, kemerahan).

TERAPEUTIK

1. Batasi jumlah pengunjung
2. Berikan perawatan kulit pada edema

EDUKASI

Ajarkan pada orang tua dan keluarga cara

pencegahan (cuci tangan dengan 6 langkah)

Kolaborasi pemberian terapi antibiotik

(cefotaxime injeksi 2x60 mg/IV

16 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

a) Hari Pertama (5 september 2023)

No Dp	Hari /tgl/jam	Implementasi	Respon Hasil	TTD
I/II/III	Selasa 5 September 23 07:00 Wib	1. Memonitor keadaan umum	DS :	Zaia
			a. Ibu By. Ny. N mengatakan bahwa belum mengetahui apa penyebab kemerahan pada area tubuh pada bayi nya.	
			b. Bayi lahir dengan usia kandungan 38 minggu dengan berat bayi lahir 2500 gram.	
			c. Ibu By. Ny. N mengatakan bahwa belum mengetahui cara merawatn bayi (BBLR) untuk	

			menstabilkan suhu tubuh.	
			DO : KU lemah, daya hisap lemah ibu sering bertanya Tentang bayinya dan cara merawat bayi.	
			BBL: 2300 gram	
			BBS : 2500 gram	
			N: 140x/ menit	
			RR : 40x/menit	
			Suhu : 35 oC	
I	09:00 Wib	Mengidentifikasi suhu tubuh bayi	DS : - DO : Suhu 35 C	Zaia
		Mengidentifikasi penyebab hipotermia	DS : - DO : klien nampak lemah kulit pucat dan suhu 35 C	Zaia
I	09.30 wib	Memonitor tanda dan gejala hipotermia	DS ; -. DO :	
I	10.00 wib		By.Ny. N hipotermia ringan mengigil kulit terasa dingin	

	Mengajarkan tentang penerapan perawatan kangoro mother care pada bayi	DS: Ibu By.Ny. N mengatakan dapat menerapkan secara mandiri latihan yang di berikan. DO ; Ibu By.Ny. N Terlihat paham dan bugar.	
II	10:05 Wib Mengidentifikasi status nutrisi	DS : - DO : terpasang OGT,BB 2300 gram,mukosa bibir kering	Zaia
	Melakukan Stimulasi oral untuk meningkatkat reflek hisap klien	DS : - DO : bayi menanggis lemah,reflek hisap lemah,bayi menanggis.	Zaia
II	11:15 Wib Membantu pemberian nutrisi melalui OGT	DS ; - DO ; ASI masuk 15 cc melalui OGT,tidak ada residu,tidak ada tanda distress pernafasan.	
	Melakukan kangaroo mother care		

	Melakukan pemberian nutrisi melalui OGT	DS ; - DO ; Bayi tampak nyaman dipelukan ibunya. DS; - DO ; ASI masuk 15cc melalui OGT
11. 05 wib	Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit secara komprehensif	DS :ibu By Ny. N Zaia mengatakan bagian tangan terlihat kemerahan DO : S : 35 C N : 140x/menit Spo2 : 99%
12.10 Wi	Mengajarkan cuci tangan dengan 6 langkah sebelum tindakan	DS :Ibu By. Ny N bersedia untuk Zaia mengikuti arahan DO : Ibu pasien tampak kooperatif
13.20 wib		

b) Hari Kedua 6 september 2023)

No Dp	Hari /tgl/ja	Implementasi	Respon Hasil	TT D
----------	-----------------	--------------	--------------	---------

m				
		1. Memonitor keadaan umum	DS :	zaqi
		2. Mengidentifikasi penyebab hipotermia secara komprehensif	Ibu By. Ny. N mengatakan bahwa belum mengetahui apa penyebab kemerahan pada area tubuh pada bayi nya.	a
Rabu 06 I/II/ III septem ber 07:00 Wib			d. Bayi lahir dengan usia kandungan 38 minggu dengan berat bayi lahir 2500 gram.	
			e. Ibu By. Ny. N mengatakan bahwa belum mengetahui cara merawatn bayi (BBLR) untuk menstabilkan suhu tubuh.	
			DO :	
			KU lemah, daya hisap lemah ibu sering bertanya Tentang bayinya dan cara merawat bayi.	
			BBL: 2500 gram	
			BBS : 2700 gram	
			N: 140x/ menit	
			RR : 40x/menit	
			Suhu : 35 C	
I	07:30 Wib	Memonitor suhu bayi	DS :	Za
		Menyediakan lingkungan yang hangat	DO : klien nampak lemah kulit pucat dan suhu 36 C	Qia
			DS : -	
			DO : di inkubator terdapat suhu 35c	

		Mengganti pakaian/linen yang basah	DS: - DO ; Bayi sedikit tenang jika popok/linen yang basah diganti yang baru atau diganti dengan yang kering.	
		Menganjurkan meminum ASI hangat	DS : DO : ASI yang dibuat hangat untuk By. N dan By N ia mampu meminumnya.	Zaq
I	08:10 Wib	Mengevaluasi kembali tentang penerapan perawatan kangoro mother care pada bayi.	DS ; - DO ; ASI masuk 15cc melalui OGT, mukosa bibir lembab	
II	8:30 Wib	Membantu Melakukan stimulasi oral untuk meningkatkan reflek hisap klien	DS ;-- DO ; bayi tampak mau menghisap puting walau pun belum sempurna	Zaq ia
II	10:30 Wib	Membantu pemberian nutrisi melalui OGT Melakukan kangaroo mother care sambil melatih menghisap, melalui puting	DS; - DO ; masuk 15cc melalui OGT, tidak ada residu, tidak ada tanda distress pernafasan DS ; Ny.N mampu menirukan apa yang diajarkan oleh perawat DO ; Ny.N tampak kooperatif	Zaq ia

		DS ;- DO ; masuk 15cc melalui OGT,tidak ada residu,tidak ada tanda distress pernafasan	
	Membantu pemberian nutrisi melalui OGT		
	Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit secara komprehensi	DS : Ibu pasien mengatakan bagian tangan bayinya sudah tidak mengalami kemerahan sedikit berkurang DO : S :35,C N : 140x/menit Spo2 : 99%	Zaq ia
III			
III	11.15 Mengajarkan cuci tangan dengan 6 langkah sebelum tindakan	DS :Ibu By. Ny N bersedia untuk mengikuti arahan DO : Ibu pasien tampak kooperatif	

c) Hari Ketiga (7 september 2023)

No Dp	Hari /tgl/jam	Implementasi	Respon Hasil	TTD
		Memonitor keadaan umum	DS : Ibu By. Ny. N mengatakan bahwa sudah mengetahui apa penyebab kemerahan pada area tubuh pada bayi nya.	Zaqla
		1. Mengidentifikasi penyebab hipotermia secara komprehensif		
	Kamis 7 september I/II/III 2023 07:00 Wib		Bayi lahir dengan usia kandungan 38 minggu dengan berat bayi lahir 2500 gram. Ibu By. Ny. N mengatakan bahwa sudah mengetahui cara merawat bayi (BBLR) untuk menstabilkan suhu tubuh. DO : Daya hisap lemah ibu sering bertanya Tentang bayinya dan cara merawat bayi. BBL: 2500 gram BBS : 2700 gram N: 140x/ menit RR : 40x/menit Suhu : 36 C DO :	

				S : 36,C	
I	09:00 Wib	Mengidentifikasi nutrisi	status	DS:- DO ; terpasang OGT,mukosa bibir kering	Zaqla
		Monitor suhu tubuh		DS : DO : By. N suhu 36 C	Zaqla
		Mengganti yang basah	pakaian/linen	DS :- DO :Bayi sedikit tenang bila popok/ linen yang basah diganti dengan yang baru atau yang kering	
I	09:30 Wib	Mendesmostasikan penerapan kangoro mother care		DS: Ibu By.Ny. N mengatakan dapat menerapkan secara mandiri latihan yang di berikan. DO ; Ibu By.Ny. N Terlihat paham dan bugar.	
		Mengevaluasi kembali tentang penerapan perawatan kangoro mother care pada bayi		DS : Ibu By. Ny.N mengatakan mengerti apa yang sudah dijelaskan DO : Ibu By. Ny.N tampak memahami penjelasan tersebut.	
		Menganjurkan ASI hangat	meminum	DS ; - DO ; ASI yang dibuat untuk By, N hangat dan By. N mampu menelannya	

		Memonitor berat badan	DS ; - DO ; BBI ; 2300 gram BBS ;2500 gram	
III	11:00 Wib	Mengajarkan cuci tangan dengan 6 langkah sebelum tindakan	DS : Ibu By. Ny N bersedia untuk mengikuti arahan DO : Ibu pasien tampak kooperatif	Zaia
	13:00 Wib	Membantu pemberian nutrisi melalui OGT	DS ; - DO ; ASI masuk 15cc melalui OGT,tidak ada residuan tidak ada muntah	Zaia
II		Melakukan stimulasi oral untuk meningkatkan reflek hisap klien	DS ; - DO ; bayi tampak menangis dan merespon dengan hisapan saat tangan ibu melakukan pijatan oral	Zaia
		Melatih pemberian ASI melalui puting	DS; - DO; bayi mampu menghisap puting dan menelan ASI dengan baik	Zaia
	13,30 wib	Melakukan kangoro mother care	DS ; - DO; bayi tampak nyaman	
III		Menghentikan asupan nutrisi melalui OGT bila asupan oral dapat ditoleransi	DS ; - DO ; OGT di aff, bayi mampu minum ASI secara langsung dari	

ibu

Mendemostrasikan tehnik perawatan kangoro mother care untuk bayi bblr

DS : Ibu By.Ny. N mengatakan bersedia diberikan demonstrasi.

DO :

Ibu By.Ny. N dapat mengikuti arahan dengan baik.

Mengevaluasi kembali tentang penerapan perawatan kangoro mother care pada bayi

DS: Ibu By.Ny. N mengatakan dapat menerapkan secara mandiri latihan yang di berikan.

DO ; Ibu By.Ny. N

Terlihat paham dan bugar.

17 EVALUASI KEPERAWATAN

a) Evaluasi hari pertama

No	Hari/tgl/jam	Evaluasi	TTD
1	Selasa 05september 2023 (14:00)	S : warna kulit pucat	Zaqia
		O : • S : 35 C • N : 140x/menit • Spo2 : 99 % A :Masalahhipotermia berhubungan dengan proses penyakitbelumteratasi P :Intervensidilanjutkan • Monitor suhutubuh • Anjurkanmenggunakanpakaian yang tebal/selimut hangat	
2		S : O : Bayi terpasang OGT .BB 2300 gram	Zaqia

,mukosa bibir kering ,menangis lemah,reflek hisap lemah ASI masuk 15cc/kg/bb/jam melalui OGT,tidak ada residu,tidak ada distress pernafasan.

A : defisit nutrisi belum teratasi

P :Intervensidilanjutkan

- Identifikasi status nutrisi
- Monitor berat badan
- Bantu pemberian nutrisi melalui OGT
- Lakukan stimulasi oral untuk meningkatkan reflek hisap klien

Lakukan kangoro mother care

S : ibu By. Ny. N mengatakanbahwatidak mengetahui cara merawat bayi(BBLR)

O :

- Ekstremitas kanan berwarna kemerahan seperti iritasi

A :Masalahresiko infeksi belum teratasi

P :Intervensidilanjutkan

1. Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan dengan 6 langkah yang benar
 2. Meningkatkan intake nutrisi
 3. Memonitor tanda dan gejala infeksi
-

b) Evaluasi hari kedua

No	Hari/tgl/jam	Evaluasi	TTD
1		S : O : S : 36C N : 140x/menit Spo2 : 99 % A : Masalah Hipotermi berhubungan dengan proses penyakit teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan • Monitor suhu tubuh • Anjurkan menggunakan pakaian yang tebal atau di bedong	Zaqla
2	Rabu 06 September 2023 (14:00)	S : - O : KU baik di inkubator, reflek hisap lemah, BB 2300 gram, bayi menanggapi, tidak ada distress pernafasan, tidak ada muntah, reflek hisap mulai menguat, ASI masuk melalui OGT 15cc, mukosa bibir lembab, bayi tampak mau menghisap puting walaupun belum sempurna. A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan • Identifikasi status nutrisi • Monitor berat badan • Bantu pemberian nutrisi melalui OGT • Hentikan pemberian makanan melalui OGT bila asupan oral dapat di toleransi	Zaqla

		• Lakukan stimulasi oral untuk meningkatkan reflek menghisap klien • Lakukan kangoro mother care	
		S : ibupasiennengatakansudah mengetahui tentang cara merawat bayinya O : • Ekstremitas sudah mulai menghilang warna kemerahannya. A : Masalahteratasi sebagian P : Intervensidilanjutkan	
3		1. Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan dengan 6 langkah yang benar 2. Meningkatkan intake nutrisi 3. Memonitor tanda dan gejala infeksi	Zaqla

c) Evaluasi hari ketiga

No	Hari/tgl/jam	Evaluasi	TTD
		S : O : bayi tidak mengigil • S : 36,1 C • N : 140x/menit • Spo2 : 99 % A : Masalah Hiportermiberhubungandengan proses penyakitateratasi P : Intervensidihentikan	
1	Rabu 08September 2023 (14:00)		Zaqla
		S :- O : BB 2500 gram , bayi tampak menanggapi dan respon dengan hisapan saat tangan ibu melakukan pijatan oral,bayi mampu	Zaqla

menghisap dan menelan ASI dengan baik, OGT di aff, bayi mampu meminum ASI secara langsung dari ibu

A :Masalah teratasi

P :Intervensi dipertahankan

- a) Identifikasi status nutrisi
 - b) Monitor berat badan
 - c) Lakukan stimulasi oral untuk meningkatkan reflek hisap klien
 - d) Lakukan kangaroo mother care
-

S :ibu pasien mengatakan sudah mengetahui cara merawat bayinya

O :

- Ekstremitas kanan sudah tidak ada kemerahan

A :Masalah sebagian teratasi

3

P :Intervensi dipertahankan

Zaqla

1. Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan dengan 6 langkah yang benar
 2. Meningkatkan intake nutrisi
 3. Memonitor tanda dan gejala infeksi
-