

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1. Pengkajian

Data diambil pada tanggal 29 April 2015 jam 07.00 WIB, di Pav. Anisa, dengan no rekam medis 48-34-57 dan MRS tanggal 24 April jam 07.00 WIB.

3.1.1. Identitas Anak dan Orang Tua

Nama pasien By.K, umur 5 hari (day), jenis kelamin laki-laki, alamat Jln. Slempit RT3, RW1, Kedamean, Gresik. Pasien belum menikah, beragama Islam, suku asli Jawa, tingkat pendidikan belum sekolah, klien Belum bekerja, sumber informasi dari orang tua, perawat ruangan dan rekam medis.

Nama ayah Tn. Muhammad, nama ibu Ny. Kumiati, pekerjaan ayah Kuli Bangunan dan ibu PKL, Pendidikan ayah dan ibu SD, Agama ayah dan ibu Islam, Suku/bangsa ayah dan ibu Jawa/Indonesia, Alamat Slempit Kedamean RT3, RW1.

3.1.2. Riwayat keperawatan

1. Riwayat kesehatan sekarang :

Ibu pasien mengatakan sebelum dibawa ke RS. Siti Khodijah pada saat dirumah tepatnya pukul setengah 4 dini hari, ibu pasien mengatakan dia merasa anaknya tidak bergerak dan langsung dibawa ke rumah sakit M di daerah gresik, dan kemudian dilakukan kelahiran dengan cara SC dengan usia kehamilan 36 minggu, dengan BBL 2200 gr, PB 47 cm, pasien lahir dengan kondisi mengalami kuning pada bagian tangan, kaki, dan sklera. Pada tanggal 24 april 2015 pasien dirujuk ke rumah sakit Siti Khodijah Sepanjang dan di bawa ke UDG

dan di periksa oleh dokter dan di diagnosa Hiperbilirubin dan dirawat di Pav.ANISA dengan pasien sudah mendapatkan perawatan selama 5 hari diruangan..

2. Riwayat kesehatan penyakit sebelumnya :

Pasien baru berusia 5 hari selama itu pasien mengalami masalah peningkatan suhu tubuh, ikterus, pasien belum mengalami operasi, dan tidak memiliki alergi pada makanan, obat,dan lain-lain.pasien sudah mendapatkan imunisasi Hepatitis B

Masalah keperawatan : ikterus neonatus

3. Riwayat kesehatan keluarga :

Ibu pasien mengatakan dikeluarga tidak ada yang mengalami penyakit seperti pasien, selama hamil ibu pasien hanya mengalami masalah kesehatan seperti batuk, pilek dan panas dan ibu hanya meminum vit yang diberikan oleh dokter, ibu juga tidak memiliki penyakit keturunan seperti DM.

Ibu pasien mengatakan dia tinggal di desa yang cukup bersih dan tetangga yang cukup memperhatikan kesehatan lingkungan. Ibu pasien mengatakan jika ada anggota keluarganya yang sakit ibu akan membawa ke dokter atau petugas kesehatan. Dan ibu pasien berharap agar anaknya cepat sembuh dan segera dibawa pulang.

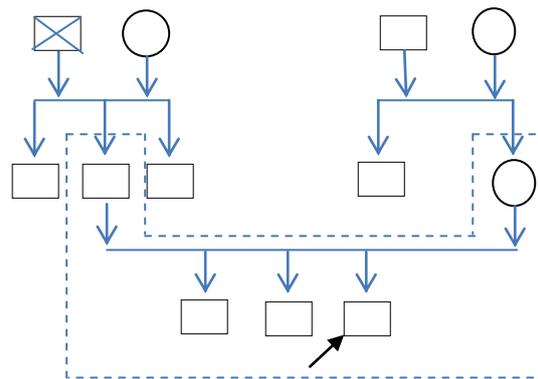
Masalah keperawatan : tidak ada masalah

4. Riwayat pertumbuhan dan kesehatan ;

Berat badan saat ini 2300gr, dengan tinggi badan 47 cm, lingkar kepala 12 cm, lingkar dada 16 cm. Dan berat badan saat lahir yaitu

2200 gr, berat badan sebelum sakit juga 2200 gr, dan panjang pada saat lahir 47 cm. Pada pengkajian perkembangan DDST tidak dapat dilakukan karena bayi dalam keadaan sakit. Pada tahap perkembangan psikososial klien pada tahap 1 yaitu trust vs mistrust dan pada tahap perkembangan psikoseksual pasien berada pada tahap fase oral.

5. Genogram :



Keterangan : ⊗ : Laki-laki meninggal □ Laki-laki hidup
 ○ : Perempuan hidup - - - : Tinggal serumah
 □ : Pasien

Gambar 3.1 Genogram

6. Riwayat Antenatal :

Ibu pasien mengatakan selalu kontrol 1 bulan sekali di bidan daerah rumah dan sudah melakukan USG sebanyak 6 kali dengan keadaan bayi normal sesuai dengan pertumbuhan bayi dan selama hamil ibu hanya mengalami masalah kesehatan yang tidak serius seperti batuk, pilek dan panas dan ibu hanya mengkonsumsi obat Vitamin yang diberikan oleh dokter.

7. Riwayat Intra Natal :

Ibu pasien mengatakan melahirkan dengan cara SC di Rs. M daerah Gresik, dengan berat lahir 2200gr, panjang bayi 47 cm, dan ibu sudah melakukan IMD tetapi ASI masih belum keluar, AS 7-8.

8. Riwayat Post Natal :

Ibu pasien mengatakan anaknya mengalami kekuningan pada kelahiran < 6 jam pertama. Dan mengalami BBLR, dan pemberian ASI pada masa nifas belum bisa diberikan, karena ASI ibu belum keluar.

3.1.3. Pola fungsi Kesehatan

1. Pola penatalaksanaan kesehatan / persepsi sehat

Selama di RS. Pasien mandi 2x sehari, dengan kondisi pasien, sebelum mandi daerah sekitar punggung kemerahan sedikit kering dan terdapat kerutan.

Masalah :resiko kerusakan integritas kulit.

2. Pola nutrisi-metabolic

Selama di RS. Pasien minum susu formula sebanyak 12x10cc/24 jam dibantu dengan terapi cairan infus D10 dalam 100cc per 4 jam, karena ASI belum keluar dan sudah dicoba disusukan tetapi masih belum keluar,dengan BB saat ini 2300 gr gram Tampak mukosa sedikit kering dan kulit tampak sedikit kering karena efek dari fototerapi.

Masalah : resiko kekurangan volume cairan

3. Pola eliminasi

Eliminasi alvi : Selama di RS. Perawat ruangan megatakan klien BAB 2x sehari tidak menentu waktunya, dengan kualitas lembek sedikit cair dan warna feses kuning.

Eliminasi Uri : selama di RS. Pasien BAK menggunakan pempres dengan berat 80-90 gr, dan pasien ganti pempres sebanyak 6 kali.

Masalah : tidak ada masalah

4. Pola istirahat dan tidur.

Perawat ruangan mengatakan selama di RS.Pasien tidur \pm 13jam dengan kapasitas tidak menentu.

Masalah : tidak ada maslah

5. Pola aktivitas-latihan

Pasien tampak jarang aktif, dan saat terbangun tidur pasien menangis dengan suara sedikit melengking.

Masalah : belum ada masalah

6. Pola kognitif- perseptual-keadekuatan alat sensori

Pasien tidak mengalami masalah pada ke lima panca indranya, dan ibu pasien mengetahui tentang keadaan pasien tetapi tidak mengetahui tentang penyakit pasien.

Masalah : defisiensi pengetahuan

7. Pola persepsi dan konsep diri

Pada persepsi, gambaran diri, harga diri, ideal diri, belum bisa dikaji, sedangkan pada peran klien berperan sebagai anak, dan berjenis kelamin laki-laki dari 3 saudara dan belum sekolah.

Masalah : belum ada masalah

8. Pola reproduksi seksual

Pasien berjenis kelamin laki-laki, anak ke 3 dari 3 saudara, dan belum menikah.

Masalah : tidak ada masalah

9. Pola hubungan peran

Pasien berperan sebagai anak, belum sekolah dan belum kerja.

Masalah : tidak ada masalah

10. Mekanisme koping

Belum bisa dikaji

Masalah ; belum ada masalah.

11. Pola tata nilai dan kepercayaan

Ibu pasien mengatakan pasien beragama islam.

Masalah : tidak ada masalah

3.1.4. Pemeriksaan Fisik

Status kesehatan umum :

Kesadaran : Compos Metis

Suhu : 38°C

Nadi : 136x/menit

RR : 40x/menit

3.1.5. Pemeriksaan Head to Toe

1. Kepala

Bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, terdapat rambut hitam dan lebat.

2. Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna sedikit kuning, tidak strabismus, tidak ada alat bantu penglihatan.

3. Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada polip.

4. Mulut dan Tenggorokan

Bentuk mulut simetris, mukosa kering sedikit kuning, tidak ada stomatitis.

5. Telinga

Bersih, bentuk simetris, tidak ada peradangan, pendengaran normal

6. Leher

Tampak sedikit kuning pada bagian leher

7. Dada

Inspeksi : bentuk dada normal pigeon chest (-), tampak kuning

Palpasi : tidak adanya nyeri tekan

Auskultasi : tidak ada suara napas tambahan (wheezing dan ronchi)

Perkusi : suara S1, S2 tunggal, jantung di ICS 3.

8. Abdomen

Inpeksi : tidak ada benjolan

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : adanya udara dalam abdomen atau perut kembung

Auskultasi : bising usus dengan frekuensi normal 20x/menit.

9. Ekstremitas

Pada ekstremitas atas dalam rentang 5 dan bawah dalam rentang 5, pergerakan ekstremitas kanan dan kiri simetris.

10. Integumen

Kulit bersih, warna kuning sedikit lembab pada daerah punggung.

3.1.6. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 29-04-2015

Bilirubin Direck (DCA) : 0,78 MG/DL

Bilirubin total ((DCA) : 18,57 MG/DL

Bilirubin Indireck (DCA) : 17,79 mg/DL

2. Foto Thorak pada tanggal 24-04-22015

Cor : bentuk dan ukuran normal. Thymus (+).

Pulmo : tak tampak kelainan.

Sinus phrenicocostalis kanan, kiri tajam.

Tulang-tulag dan soft tissue dalam atas normal.

Kesimpulan : Foto thorak Ap dalam batas normal.

3. Terapi yang dilakukan

Fototerapi 3 kali setiap 6 jam dalam sehari

Inj. Meronem 3x50 mg.

Inf. D10 500cc/24 jam

3.1.7. Daftar Masalah Keperawatan

1. Kekurangan volume cairan
2. Resiko gangguan integritas kulit
3. Defisiensi pengetahuan
4. Ikterik neonatus

3.2. Analisa Data

Tanggal 29 april 2015

Kelompok data pertama

1. Data Subyektif : -
2. Data obyektif : observasi tanda-tanda vital dengan hasil suhu 38°C nadi 136x/ menit, mukosa tampak sedikit kering, turgor kulit kering, BAB lembek sedikit cair, klien minum 12x10cc/ 24jam dengan BB 2300 gr,
3. Masalah : kekurangan volume cairan.
4. Kemungkinan penyebab : tidak adekuatnya intake cairan.

Kelompok data kedua.

1. Data subyektif : -
2. Data obyektif : observasi tanda-tanda vital dengan hasil suhu 38°C nadi 136x/ menit, kulit dan mukosa tampak sedikit kering. Tampak sedikit kemerahan di sekitar punggung, pasien tidak begitu aktif, pasien menjalani foto terapi.
3. Masalah : resiko gangguan integritas kulit.
4. Kemungkinan penyebab : kurangnya mobilisasi pada saat foto terapi.

Kelompok data ketiga.

1. Data subyektif : ibu pasien mengatakan mengetahui tentang keadaan pasien, tetapi tidak mengetahui tentang penyakit pasien.
2. Data obyektif : ibu pasien tampak sedikit bingung, ibu pasien selalu menanyakan tentang penyakit pasien.
3. Masalah : defisiensi pengetahuan tentang ikterus neonatus.
4. Kemungkinan penyebab : kurangnya paparan informasi orang tua terhadap penyakit.

Kelompok data keempat.

1. Data subyektif : -
2. Data obyektif : pasien tampak kuning pada hari ke 5 di bagian badan dan sedikit pada bagian sklera, membran mukosa tampak sedikit kuning, bilirubin total 18,57 MG/DL
3. Masalah : ikterik neonatus.
4. Kemungkinan penyebab : bilirubin tak terkonjugasi didalam sirkulasi.

3.3. Diagnosa Keperawatan

1. Ikterik neonatus berhubungan dengan bilirubin takterkonjugasi didalam sirkulasi
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan tidak adekuatnya intake cairan.
3. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan kurangnya mobilisasi pada saat foto terapi.

3.4. Intervensi Keperawatan

Tanggal 29 april 2015

1. Diagnosa 1 : ikterik neonatus berhubungan dengan bilirubin tak terkonjugasi didalam sirkulasi.

Tujuan keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ikterus pada bayi berkurang atau menghilang.

Kriteria hasil :

- 1) Tidak ada tanda-tanda kekuningan pada bayi.
- 2) Pertumbuhan dan perkembangan dalam batas normal.
- 3) Tanda-tanda vital dalam batas normal.
- 4) Kadar bilirubin dalam batas normal $\pm 10\text{mg/DL}$
- 5) Ibu dapat menyusui secara mandiri
- 6) Ibu mampu mengumpulkan dan menyimpan ASI secara baik

Rencana tindakan :

- 1) Meninjau sejarah ibu dan bayi untuk faktor resiko untuk hiperbilirubin (misalnya, ketidakcocokan Rh, atau ABO, sepsis, prematuritas).

Rasional : mengetahui penyebab peningkatan hiperbilirubinemia.

- 2) Amati tanda-tanda ikterus dengan menilai derajat kremer pada pasien.

Rasional : mencegah adanya komplikasi dari ikterus

- 3) Instruksikan keluarga pada prosedur foto terapi dan perawatan.

Rasional : Agar keluarga mengetahui tindakan keperawatan yang akan dilakukan.

- 4) Terapkan tambalan untuk menutup kedua mata, untuk menghindari tekanan yang berlebihan.

Rasional : Mencegah adanya kerusakan pada mata akibat foto terapi.

- 5) Mendorong duabelas kali menyusui perhari.

Rasional : mengurangi resiko dehidrasi.

2. Diagnosa 2 : kekurangan volume cairan berhubungan dengan tidak adekuatnya intake cairan.

Tujuan keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan volume cairan klien dapat terpenuhi.

Kriteria hasil :

- 1) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi.
- 2) Tanda-tanda vital dalam batas normal.
- 3) Elastis turgor kulit baik.
- 4) Membran mukosa lembab.
- 5) BAB dalam batas normal.

Rencana tindakan :

- 1) Timbang popok klien.

Rasional : mengetahui pengeluaran klien.

- 2) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat.

Rasional : mempertahankan pengeluaran dan pemasukan dan mencegah terjadinya kekurangan cairan.

- 3) Menimbang pasien setiap hari.

Rasional : mencegah adanya penurunan berat badan.

- 4) Observasi tanda-tanda vital.

Rasional : mengetahui perkembangan klien terutama peningkatan suhu tubuh.

- 6) Amati tanda-tanda status dehidrasi (misalnya ; turgor kulit menurun, kehilangan berat badan, mata cowong).

Rasional : Mencegah agar klien tidak mengalami dehidrasi.

- 5) Kolaborasi dengan tim medis lain dalam memberikan terapi cairan.

Rasional : membantu untuk mengatasi dehidrasi.

3. Diagnosa 3 : resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan kurangnya mobilisasi pada saat foto terapi.

Tujuan keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien tidak mengalami kerusakan kulit.

Kriteria hasil :

- 1). Tidak ada tanda-tanda, kemerahan, lecet.
- 2). Tidak ada luka/ lesi pada kulit.

Rencana tindakan :

- 1) Monitor terhadap daerah yang tertekan.

Rasional : Memantau adanya kemerahan pada kulit klien.

- 2) Hindari kerutan pada tempat tidur.

Rasional : mencegah lipatan yang menyebabkan luka.

- 3) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.

Rasional : Kulit yang kotor dan lembab merupakan media efektif untuk berkembangnya kuman.

- 4) Mobilisasi klien setiap 3 jam sekali.

Rasional : meningkatkan sirkulasi darah pada kulit.

5) Memandikan klien dengan sabun dan air hangat 2 kali sehari.

Rasional : memerikan refleksi pada kulit.

3.5. Implementasi

1. Diagnosa 1 : ikterik neonatus berhubungan dengan bilirubin tak terkonjugasi didalam sirkulasi.

Table 3.1 Diagnosa 1

Tanggal	Jam	Tindakan	Respon/hasil
29-05-2015	Jam 07.15	Menimbang berat badan pasien. Dan mengamati lokasi kekuningan pada pasien.	Pasien menangis, dengan hasil timbangan 2300 gr, dengan bagian badan dan tangan masih kuning.
	Jam 08.00	Mengobservasi tanda-tanda vital pasien dengan suhu 38°C, nadi 136x/menit, rr 40x/menit.	Pasien menangis, dengan terjadi peningkatan suhu tubuh dan masih terdapat kekuningan di badan dan tangan.
	Jam 08.30	Memeriksa penutup mata pasien dan mengatur posisi pasien senyaman mungkin.	pasien tenang, sklera masih terdapat kekuningan.
	Jam 09.00	Memberikan susu formula pendamping asi sebanyak 10cc.	Pasien tenang meminum susu dengan hisapan tidak begitu kuat
	Jam 11.00	Mengamati adanya tanda-tanda dehidrasi.	Pasien tenang dengan turgor kulit lembab, konjungtiva merah muda keputihan.
	Jam 13.00	Mengatur ketinggian cahaya sesuai anjuran dokter.	Pasien tenang dengan kondisi tubuh hangat.

	Jam 13.10	Memberikan injeksi meronem 3x50mg IV.	Pasien menangis.
30-05-2015	Jam 07.15	Menimbang berat badan pasien. Dan mengamati lokasi kekuningan pada pasien.	Pasien menangis, dengan hasil timbangan 2300 gr, dengan bagian badan sedikit kuning.
	Jam 08.00	Mengobservasi tanda-tanda vital pasien dengan suhu 37°C , nadi 130x/menit, rr 44x/menit.	Pasien menangis, dengan terjadi peningkatan suhu tubuh dan masih terdapat kekuningan di badan dan lengan sedikit menghilang.
	Jam 08.30	Memeriksa penutup mata pasien dan mengatur posisi pasien senyaman mungkin.	Pasien tenang, sklera sudah tidak kekuningan.
	Jam 09.00	Memberikan susu formula pendamping asi sebanyak 15cc.	Pasien tenang meminum susu dengan hisapan lumayan kuat
	Jam 11.00	Mengamati adanya tanda-tanda dehidrasi.	Pasien tenang dengan turgor kulit lembab, konjungtiva merah muda.
	Jam 13.00	Memeriksa mata pasien	Pasien tenang dengan kondisi mata tidak edema, dan warna kuning pada mata tidak ada.
01-06-2015	Jam 07.15	Menimbang berat badan pasien. Dan mengamati lokasi kekuningan pada pasien.	Pasien menangis, dengan hasil timbangan 2300 gr, dengan bagian badan dan tangan masih kuning.
	Jam 08.00	Mengobservasi tanda-tanda vital pasien dengan suhu 37°C , nadi 135x/menit, rr 48x/menit.	Pasien menangis, dengan terjadi peningkatan suhu tubuh dan kekuningan di badan dan tangan sedikit

	Jam 08.30	Memeriksa penutup mata pasien dan mengatur posisi pasien senyaman mungkin.	menghilang. pasien tenang, sklera sudah tidak terdapat kekuningan.
	Jam 09.00	Memberikan susu formula pendamping asi sebanyak 15cc.	Pasien tenang meminum susu dengan hisapan kuat
	Jam 11.00	Mengamati adanya tanda-tanda dehidrasi.	Pasien tenang dengan turgor kulit lembab, konjungtiva merah muda keputihan.

2. Diagnosa 2 : Kekurangan volume cairan berhubungan dengan tidak adekuatnya intake cairan.

Tabel 3.2 Diagnosa 2

Tanggal	Jam	Tindakan	Respon/ hasil
29-05-2015	Jam 07.00	Menimbang popok klien dan mengevaluasi hasil pengeluaran klien.	Klien menangis, hasil pengeluaran bab tampak lembek sedikit cair,
	Jam 08.00	Mengobservasi tanda-tanda vital klien dengan suhu 38°C, nadi 136x/menit,	Klien menangis, dengan hasil terjadi peningkatan suhu tubuh mukosa sedikit kering.
	Jam 08.30	Mengobservasi kondisi tubuh klien.	Klien tenang, hasil tubuh klien sedikit kering dan punggung sedikit kering.
	Jam 09.00	Memberikan susu formula setiap 2 jam sekali.	Klien meminum, dengan hisapan tidak begitu kuat.
	Jam 11.00	Mengisi tabung cairan infuse dalam 100cc/5 jam.	Klien tampak tenang dan tidak menangis.

	Jam 13.00	Mengganti popok setiap 4 jam sekali dan memberikan susu formula.	Klien menangis, dengan hasil popok ditimbang 80 gr.
	Jam 13.10	memberikan inj. Meronem 3x50mg	Klien tampak manangis
	Jam 15.00	Memandikan klien dengan sabun dan air hangat.	Klien tampak manangis
30-05-2015	Jam 07.00	Menimbang popok klien dan mengevaluasi hasil pengeluaran klien.	Klien menangis, hasil pengeluaran bab tampak lembek sedikit cair,
	Jam 08.00	Mengobservasi tanda-tanda vital klien dengan hasil suhu 37°C , nadi 130x/menit,	Klien menangis, terjadi peningkatan suhu tubuh, turgor kulit sedikit lembab.
	Jam 09.00	Mengisi tabung cairan infuse dalam 100cc/5 jam. Dan memberikan susu formula sebanyak 15cc	Klien tampak tenang dan tidak menangis.
	Jam 11.00	Memberikan susu formula setiap 2 jam sekali sebanyak 15cc.	Klien meminum, dengan hisapan tidak begitu kuat.
	Jam 13.00	Mengganti popok setiap 4 jam sekali dan memberikan susu formula.	Klien menangis, dengan hasil popok ditimbang 85 gr.
	Jam 15.00	Memandikan klien dengan sabun dan air hangat.	Klien tampak manangis
01-06-2015	Jam 07.00	Memberikan Susu formula sebanyak 15cc dan melepas selang infus.	Klien tampak tenang hisapan kuat.
	Jam 08.00	Mengobservasi tanda-tanda vital klien dengan hasil suhu 37°C , nadi 135x/	Klien tampak tenang dengan kondisi tubuh hangat dan turgor kulit

	Jam 09.00	menit, Memerikan susu ASI yang dipompa dari ibu.	kering mukosa lembab. Klien tampak tenang hisapan kuat.
	Jam 13.00	Mengganti popok klien dan mengobservasinya.	Klien tenang dan hasil timbangan 90 gr.
	Jam 15.00	Memandikan klien dengan sabun dan air hangat.	Klien menangis.

3. Diagnosa 3 : gangguan resiko integritas kulit berhubungan dengan kurangnya mobisasi pada saat foto terapi.

Tabel 3.3 Diagnosa 3

Tanggal	Jam	Tindakan	Respon/hasil
29-05-2015	Jam 07.10	Merapikan tempat tidur klien.	Klien tampak tenang dengan hasil banyak kerutan di punggung klien.
	Jam 08.00	Mengobservasi tanda-tanda vital klien dengan hasil suhu 38°C, nadi 136x/menit,	Klien tampak menagis, dengan hasil kulit klien sedikit lembab.
	Jam 10.00	Membantu klien untuk mobilisasi. dan monitoring daerah yang tertekan.	Klien tenang, punggung sedikit merah dan lelab.
	Jam 13.00	Memberikan inj. Menorem 3x50mg	Klien menangis.
	Jam 15.00	Memandikan klien dengan sabun dan air hangat. Dan memberikan baby oil pada sekitar punggung.	Klien menangis
30-05-2015	Jam 07.10	Merapikan tempat tdur klien.	Klien tampak tenang denagan hasil sedikit

	Jam 08.00	Mengobservasi tanda-tanda vital klien dengan hasil suhu 37°C , nadi 130x/menit,	kerutan di punggung klien. Klien tampak menagis, dengan hasil kulit klien sedikit lembab.
	Jam 10.00	Membantu klien untuk mobilisasi. dan monitoring daerah yang tertekan.	Klien tenang, punggung sedikit merah dan lembab.
	Jam 15.00	Memandikan klien dengan sabun dan air hangat. Dan memberikan baby oil pada sekitar punggung.	Klien menangis
01-06-2015	Jam 07.10	Merapikan tempat tidur klien.	Klien tampak tenang dengan hasil sedikit kerutan di punggung klien.
	Jam 08.00	Mengobservasi tanda-tanda vital klien dengan hasil suhu 37°C , nadi 135x/menit,	Klien tampak menagis, dengan hasil kulit klien sedikit lembab.
	Jam 10.00	Membantu klien untuk mobilisasi. dan monitoring daerah yang tertekan.	Klien tenang, punggung sedikit merah dan sedikit kering.
	Jam 13.00	Memberikan inj. Menorem 3x50mg	Klien menangis.
	Jam 15.00	Memandikan klien dengan sabun dan air hangat.	Klien menangis

3.6. Catatan Perkembangan

1. Diagnosa 1 : Ikterus Neonatus berhubungan dengan bilirubin tak terkonjugasi didalam sirkulasi.

a. Tanggal 29 April 2015.

Subjektif : -

Objektif : observasi tanda-tanda vital dengan suhu 38°C , nadi 136x/menit, pada daerah badan masih terdapat kekuningan dan sklera juga sedikit kuning, pasien mengalami peningkatan suhu tubuh dan reflek hisap klien tidak begitu kuat.

Assesment : masalah teratasi sebagian.

Planning : intervensi dilanjutkan

b. Tanggal 30 April 2015.

Subjektif : -

Objektif : observasi tanda-tanda vital dengan suhu 37°C , nadi 130x/menit, pada daerah badan khususnya dada dan lengan masih terdapat kekuningan dan kekuningan pada sklera mata sudah tidak terlihat, reflek hisap pasien lumayan kuat.

Assesment : masalah teratasi sebagian

Planning : intervensi dilanjutkan

c. Tanggal 01 Mei 2015.

Subjektif : -

Objektif : observasi tanda-tanda vita dengan suhu 37°C , nadi 135x/menit, pada daerah badan khususnya dada dan lengan kekuningan sudah sedikit berkurang dan kekuningan pada sklera mata sudah tidak terlihat, reflek hisap pasien kuat.

Assesment : masalah teratasi sebagian

Planning : intervensi dilanjutkan

2. Diagnosa 2 : Kekurangan volume cairan berhubungan dengan tidak adekuatnya intake dan out put.

a. Tanggal 29 April 2015.

Subjektif : -

Objektif : observasi tanda-tanda vital dengan suhu 38°C , nadi 136x/menit, kulit lembab dan punggung sedikit merah dan kerutan. mukosa sedikit kering. BAB lembek sedikit cair

Assesment : masalah teratasi sebagian.

Planning : intervensi dilanjutkan

b. Tanggal 30 April 2015.

Subjektif : -

Objektif : observasi tanda-tanda vital dengan suhu 37°C , nadi 130x/menit, kulit lembab dan punggung sedikit merah dan kerutan, mukosa sedikit kering BAB lembek sedikit cair.

Assesment : masalah teratasi sebagian

Planning : intervensi dilanjutkan

c. Tanggal 01 Mei 2015.

Subjektif : -

Objektif : observasi tanda-tanda vital dengan suhu 37°C , nadi 135x/menit, kulit kering dan punggung sedikit merah dan kerutan. mukosa lembab BAB lembek.

Assesment : masalah teratasi sebagian

Planning : intervensi dilanjutkan

3. Diagnosa 3 : Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan foto terapi.

a. Tanggal 29 April 2015.

Subjektif : -

Objektif : observasi tanda-tanda vital dengan suhu 38°C , nadi 136x/menit, kulit lembab dan punggung sedikit merah dan kerutan.

Assesment : masalah teratasi sebagian

Planning : intervensi dilanjutkan

b. Tanggal 30 April 2015.

Subjektif : -

Objektif : observasi tanda-tanda vital dengan suhu 37°C , nadi 130x/menit, kulit lembab dan punggung sedikit merah dan kerutan

Assesment : masalah teratasi sebagian

Planning : intervensi dilanjutkan

c. Tanggal 01 Mei 2015.

Subjektif : -

Objektif : observasi tanda-tanda vita dengan suhu 37°C , nadi 135x/menit, kulit kering dan punggung sedikit merah dan kerutan

Assesment : masalah teratasi sebagian

Planning : intervensi dilanjutkan