

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BY. NY. R.A
DENGAN DIAGNOSA MEDIS ASFIKSIA SEDANG
DI RUANGAN PERINATAL
RSUD ENDE**



OLEH

MARIA EKA FITRIANI LAMA
NIM : PO 530320219939

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BY. NY. R.A
DENGAN DIAGNOSA MEDIS ASFIKZIA SEDANG
DI RSUD ENDE**

**Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
pada Program Studi Keperawatan Ende**



OLEH :

**MARIA EKA FITRIANI LAMA
NIM. PO 530320219939**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN ENDE
2022**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Maria Eka Fitriani Lama

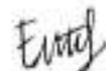
Nim : PO 530320219939

Program Studi : D III Keperawatan Ende

Judul Karya : Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. R.A dengan Diagnosa medis
Asfiksia Sedang di Ruang Perinatal RSUD Ende.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari dapat di buktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende , 27 Agustus 2022
Yang membuat pernyataan



Maria Eka Fitriani Lama
PO 530320219939

LEMBAR PENGESAHAN

**STUDI KASUS
ASUHAN KEPERAWATAN PADA BY.NY. R.A DENGAN
DIAGNOSA MEDIS ASFIKZIA SEDANG
DI RUANGAN PERINATAL RSUD ENDE**

MARIA EKA FITRIANI LAMA
PO.530320219939

**Studi Kasus ini telah di ujikan dan di pertanggung jawabkan
Pada Tanggal, 06 September 2022**

Penguji Ketua



Martina Bedho, S.S.T.,M.Kes
NIP.1960062719855032001

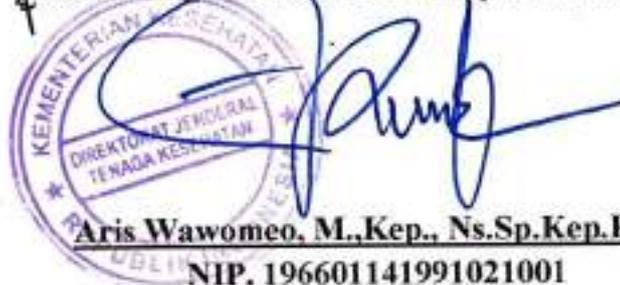
Penguji Anggota



Raimunda Woga, S.Kp.,M.Kep
NIP. 19600211993032001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.,Kep., Ns.Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BY. NY. R.A
DENGAN DIAGNOSA MEDIS ASFIKZIA SEDANG DI RUANGAN
PERINATAL RSUD ENDE**

OLEH

MARIA EKA FITRIANI LAMA
PO.530320219939

Hasil Studi Kasus Ini Telah DiPeriksa Dan Disetujui

Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 06 September 2022

Pembimbing



Raimunda Woga, S.Kp., M, Kcp
NIP. 19600211993032001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M., Kcp., Ns.Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat kepada Tuhan Yang Maha Esa Karena hanya atas berkat dan rahmatNya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan By.Ny.R.A Dengan Diagnosa medis Asfiksia Sedang di Ruang Perinatal RSUD Ende.** dapat tersedia dengan baik

Sebagai manusia yang lemah, penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan, Namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, puji syukur kesulitan dan hambatan tersebut dapat dilalui. oleh karena itu sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terima kasih kepada :

1. Ibu Dr. R.H Kristina, SKM.,M.Kes, Direktur Poltekes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk untuk menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekes Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep.Ns., Sp. Kep. Kom, Ketua Program Studi D III keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan di Program Studi Keperawatan Ende.
3. Ibu Raimunda Woga, S.Kp.,M.Kep sebagai dosen pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah mengorbankan waktu, tenaga dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, serta memberikan masukan yang berguna bagi penulis.

4. Ibu Marthina Bedho, SST., M.Kes Sebagai Ketua dosen penguji yang telah mengorbankan waktu dan pikiran untuk memberikan masukan yang berguna bagi penulis demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ibu Retno Rahayu, Amd.Kep Selaku Kepala Ruangan Perinatal yang telah mengizinkan peneliti untuk mengambil studi kasus di Ruangan Perinatal.
6. By. Ny. R.A dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
7. Kedua Orang tuaku, Keluarga, Saudara-Saudari, serta teman-teman semua yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung memberikan masukan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu segala kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat diharapkan penulis menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah.

Ende, 02 September 022

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. R.A Dengan Diagnosa Medis Asfiksia Sedang di Ruang Perinatal RSUD Ende

Maria Eka Fitriani Lama ⁽¹⁾
Raimunda Woga, S.Kp., M.Kep⁽²⁾

Latar Belakang Asfiksia Neonatorum merupakan suatu keadaan pada bayi baru lahir yang mengalami gagal bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir, sehingga bayi tidak dapat memasukan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya. Salah satu faktor kegagalan pernapasan dapat disebabkan oleh adanya gangguan sirkulasi dari ibu kejanin karena ketuban telah pecah atau ketuban pecah dini. **Tujuan dari penulisan ini** adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada By. Ny. R.A dengan diagnosa medis Asfiksia sedang yang terjadi di Ruang Perinatal Rumah Sakit Umum Daerah Ende. **Metode yang digunakan dalam studi kasus** adalah metode pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi, pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. **Hasil dari studi kasus ini** ditemukan klien tampak sesak napas, adanya sianosis, adanya pernapasan cuping hidung, ada otot bantu pernapasan, ada retraksi dada, bayi lahir tangisan lemah. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari hasil yang dicapai yaitu tidak sesak napas, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada retraksi dada, tidak ada sianosis.

Berdasarkan hal tersebut, kesimpulan dari studi kasus ini adalah masalah pada By. Ny. R.A sudah teratasi. Saran untuk keluarga klien adalah keluarga juga harus mengetahui cara perawatan bayi Asfiksia dan berperan aktif dalam proses penyembuhan bayi dan keluarga dapat melakukan perawatan lebih lanjut setelah bayi di perbolehkan pulang dari Rumah sakit.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. R. A Dengan Diagnosa Medis Asfiksia Sedang di Ruang Perinatal RSUD Ende

ABSTRACT

**Nursing Care At By. Mrs. R.A With a Medical Diagnosis of Moderate Asphyxia
in the Perinatal Room of Ende Hospital**

Maria Eka Fitriani Lama (1)

Raimunda Woga, S.Kp., M.Kep(2)

Background Asphyxia neonatorum is a condition in newborns who fail to breathe spontaneously and regularly immediately after birth, so that the baby cannot enter oxygen and cannot remove carbon dioxide from his body. One of the factors of respiratory failure can be caused by circulatory disorders from the mother to the fetus because the membranes have ruptured or the membranes ruptured prematurely. **The purpose of this paper is** to provide nursing care to By. Mrs. R.A with a medical diagnosis of moderate asphyxia which occurred in the Perinatal Room of the Ende Regional General Hospital. The method used in the **case study is** the Nursing Care approach which includes, assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation of nursing. **The results of this case study** found that the client appeared short of breath, had cyanosis, had nostril breathing, had accessory muscles for breathing, chest retractions, the baby was born with a weak cry. After nursing actions for 3 days the results achieved were no shortness of breath, no nostril breathing, no chest retraction, no cyanosis.

Based on this, the conclusion of this case study is the problem with By. Mrs. R.A is resolved. Suggestions for the client's family are that the family must also know how to care for asphyxia babies and play an active role in the healing process of the baby and the family can take further care after the baby is allowed to go home from the hospital.

**Keywords : Nursing Care At By. Mrs. R. A With a Medical Diagnosis of
Moderate Asphyxia in the Perinatal Room of Ende Hospital**

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
D. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Dasar Medis	6
B. Konsep Masalah Keperawatan.....	18
C. Konsep Asuhan Keperawatan	20
BAB III METODE STUDI KASUS	29
A. Desain Studi Kasus	29
B. Subyek Studi Kasus	29
C. Batas Istilah	29
D. Lokasi	30
E. Prosedur	30
F. Teknik Pengumpulan Data	30
G. Instrumen Pengumpulan Data.....	31

H. Keabsahan Data.....	31
I. Analisa Data.....	32
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	33
A. Hasil	33
B. Pembahasan	46
BAB V PENUTUP	50
A. Kesimpulan	50
B. Saran	51
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
LEMBAR KONSULTASI	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Analisa Data	22
------------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

3.1 Gambar Anatomi Paru.....	7
3.2 Pathway.....	11

DAAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi

Lampiran 2 Pathway

Lampiran 3 Format Pengkajian

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya adalah mahasiswa dari Program Studi Keperawatan Ende dengan meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada anak dengan Diagnosa Medis Asfiksia di RSUD Ende"
2. Tujuan dari Studi kasus ini adalah untuk melaksanakan studi kasus pada anak dengan Asfiksia studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur Pengambilan bahan data dengan wawancara terbuka dengan menggunakan pedoman wawancara untuk mengambil data pada anak yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit, serta melakukan pemberian Asuhan keperawatan pada anak selama 3 hari. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena studi kasus ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/ pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/ tindakan yang diberikan. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap di rahasiakan .
5. Jika anda membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor Hp: 082339275245

Ende , 04 Agustus 2022
Peneliti



Maria Eka Fitriani Lama
PO 530320219939

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan Kesehatan Bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam rangka Peningkatan kualitas hidup, kecerdasan dan kesejahteraan masyarakat. Hal ini kemudian di tuangkan dalam Rumusan Sustainable Development Goals (SDGS) yang merupakan komitmen global dan nasional untuk memperbaiki kesejahteraan masyarakat. Salah satu tujuan SDGS adalah mengurangi kematian anak yaitu dengan target menurunkan angka kematian anak di bawah lima tahun (Balita). Balita terutama bayi merupakan kelompok populasi yang sangat rentan dengan infeksi dan serangan penyakit karena perkembangan organ dan sistem imunitas yang belum maksimal (Rahmawati dkk , 2016)

Asfiksia Neonatorum merupakan suatu keadaan pada bayi baru lahir yang mengalami gagal bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir, sehingga bayi tidak dapat memasukan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya. Salah satu faktor kegagalan pernapasan dapat disebabkan oleh adanya gangguan sirkulasi dari ibu kejanin karena ketuban telah pecah atau ketuban pecah dini. (Abdul Rahman, 2014)

Menurut WHO Data Asfiksia setiap tahunnya ada 120 juta bayi yang lahir di dunia, secara global terdapat 4 juta bayi(33%) yang lahir mati dalam usia 0 sampai dengan 7 hari (Perinatal) dan terdapat 4 juta bayi (33%) yang lahir mati dalam usia 0 sampai dengan 28 hari (Neonatal), dari 120 juta bayi

yang dilahirkan terdapat 3,6 juta bayi (3%) yang mengalami Asfiksia (27,78%) yang meninggal (Marwyah, 2016)

Sebanyak 47% dari seluruh kematian bayi di Indonesia terjadi pada Neonatal (usia di bawah 1 bulan) setiap 5 menit terdapat satu neonatal yang meninggal. Penyebab kematian neonatal di Indonesia adalah BBLR (29%), trauma lahir, tetanus neonatorum infeksi lain dan kelainan kongenital. (Marwyah, 2016)

Di Indonesia kematian bayi dan balita sebagian besar disebabkan oleh masalah yang terjadi pada masa neonatal dan masalah yang terjadi pada masa ini meliputi penyebab utama kematian neonatal dini di Indonesia adalah BBLR (35%), Asfiksia (33,6%). Angka tersebut cukup memberikan kontribusi yang cukup besar terhadap morbiditas dan mortalitas bayi baru lahir. Komplikasi ini sebetulnya dapat dicegah dan dapat ditangani, namun terkendala oleh akses ke pelayanan kesehatan, keadaan sosial dan ekonomi, sistem rujukan yang belum berjalan dengan baik. Capaian penanganan neonatal dengan komplikasi mengalami penurunan pada tahun 2014 yang sebesar 59,68% menjadi 51,37 % pada tahun 2015. (Profil Kesehatan Nasional Indonesia, 2015)

Menurut profil kesehatan Provinsi NTT jumlah kasus kematian bayi di Provinsi NTT pada tahun 2018 sebanyak 1.265 kasus, salah satu faktor penyebab kematian bayi dalam hal ini di dominasi oleh BBLR, Asfiksia. Data yang diperoleh dari RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes kupang pada tahun 2018 sebanyak (41,10%), dan Pada tahun 2019 sebanyak (17,39%).

Berdasarkan hasil laporan Rumah Sakit Umum Daerah khususnya di Ruang Perinatal tercatat kasus Asfiksia dari bulan Januari - Desember 2021 sebanyak 188 orang (48,9%) diantaranya laki-laki 88 orang, Perempuan 97 dan yang meninggal 3 orang (Buku Register Ruang Perinatal, 2021)

Asfiksia dapat menyebabkan kerusakan organ berat dan berakibat fatal pada bayi baru lahir. Redistribusi sirkulasi yang ditemukan pada pasien hipoksia dan iskemia akut telah memberikan gambaran yang jelas tentang mengapa terjadi disfungsi berbagai organ tubuh bayi pada asfiksia. Gangguan fungsi berbagai organ pada bayi asfiksia tergantung pada lamanya asfiksia terjadi dan kecepatan penanganan. Berdasarkan hasil penelitian lanjut Riskesdas asfiksia merupakan penyebab kematian kedua pada bayi setelah infeksi. (Opitasari, 2015)

Upaya yang dilakukan perawat dalam menurunkan angka kematian bayi baru lahir yang mengalami depresi dan tidak mampu melalui pernapasan spontan yang memadai akan mengalami hipoksia yang semakin berat dan secara progresif menjadi Asfiksia Neonatorum. Resusitasi yang efektif dapat merangsang pernapasan awal dan mencegah asfiksia progresif. Resusitasi bertujuan memberikan ventilasi yang adekuat, pemberian oksigen dan curah jantung yang cukup untuk menyalurkan oksigen kepada otak, jantung, dan alat vital lainnya. (Lumatauw, Kumaat, & Karundeng, 2015)

Berdasarkan uraian pada latar belakang, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Bayi dengan diagnosa medis Asfiksia Neonatorum di wilayah kerja RSUD Ende”.

B. Rumusan Masalah

Adapun Rumusan masalah yang terdapat dalam penulisan proposal Karya Tulis Ilmiah ini adalah “Bagaimana Penerapan Asuhan Keperawatan pada bayi dengan Diagnosa Medis Asfiksia Neonatorum”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menggambarkan pelaksanaan Asuhan keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia Neonatorum.

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan Asuhan keperawatan penulis dapat

- a) Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia Neonatorum Di RSUD Ende
- b) Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia Neonatorum Di RSUD Ende
- c) Mampu menentukan intervensi pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia Neonatorum Di RSUD Ende
- d) Mampu melakukan Implementasi pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia Neonatorum Di RSUD Ende
- e) Mampu melakukan Evaluasi keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia Neonatorum Di RSUD Ende
- f) Mampu Menganalisis kesenjangan teori dan kasus pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia Neonatorum Di RSUD Ende

D. Manfaat

1. Bagi Mahasiswa

Untuk menambah Pengetahuan dan pemahaman dalam mengidentifikasi dan mengetahui Asuhan Keperawatan Pada Bayi dengan dengan diagnosa medis Asfiksia Neonatorum

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dengan adanya studi kasus ini, Poltekkes Kemenkes Kupang Program studi Keperawatan Ende dapat mengevaluasi kemampuan penulis dalam memahami Asuhan keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia Neonatorum

3. Bagi Masyarakat

Bermanfaat untuk menambah wawasan tentang Asuhan Keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia Neonatorum.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Teori

1. Defenisi

Asfiksia adalah suatu stress pada janin atau bayi baru lahir karena kurangnya ketersediaan oksigen dan kurangnya aliran darah (perfusi) ke berbagai organ sehingga bayi tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir (Legawati, 2018)

Asfiksia adalah keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir keadaan ini biasanya disertai dengan keadaan hipoksia dan hiperkapnu serta sering berakhir dengan asidosis (Marwyah, 2016)

Asfiksia merupakan keadaan dimana bayi tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir, keadaan tersebut dapat disertai dengan adanya hipoksia, hiperkapnea dan sampai keasidosis. (Fauziaah dan Sudarti, 2014)

2. Patologi Anatomi

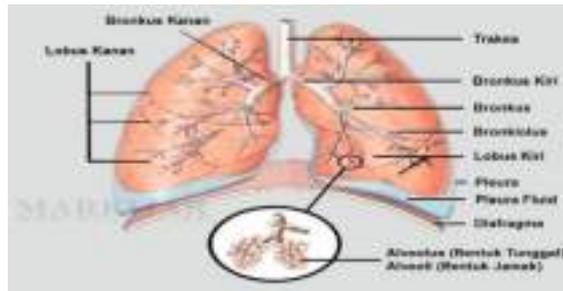
Asfiksia neonatorum di sistem Pernapasan

3. Anatomi dan Fisiologi

3.1 Anatomi Paru

Paru adalah organ pernapasan utama yang terletak dirongga dada, memiliki 2 bagian utama, paru kanan dan kiri yang dipisahkan oleh mediastinum terdapat bangunan-bangunan penting seperti

pembuluh darah besar dan jantung. Paru dilapisi oleh pleura yang terdiri dari pleura visceral yang menempel langsung pada paru dan pleura yang parental yang menempel pada dinding dada, diantara kedua pleura terdapat cavum pleura.



3.2 Fisiologi paru-paru

Fungsi utama paru-paru yaitu sebagai alat respirasi untuk pertukaran gas oksigen (O_2) dengan karbon dioksida (CO_2)

3.3 Pengertian APGAR Score

APGAR Score adalah suatu sistem skoring yang dipakai untuk memeriksa keadaan bayi yang baru lahir dan menilai responnya terhadap resusitasi. Pemeriksaan APGAR dilakukan dengan memeriksa warna kulit, denyut jantung, refleks terhadap stimulus taktil, tonus otot, dan pernapasan.

3.4 Klasifikasi Asfiksia

Klasifikasi menurut Sukarni & Sudarti (2013) adalah :

1) *Virgorous baby* (Asfiksia ringan)

APGAR score 7-9 dalam hal ini bayi di anggap sehat,tidak memerlukan tindakan istimewa.

2) *Mild moderate asphyksia* (Asfiksia sedang)

APGAR score 4-6

3) *Severe asphyksia* (Asfiksia berat)

APGAR score 0-3

Tanda	Skor		
	0	1	2
Frekuensi Jantung	Tidak ada	<100/menit	>100/menit
Usaha Nafas	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Menangis kuat
Tonus Otot	Lumpuh	Ekstremitas fleksi	Gerakan aktif
Refleks	Tidak ada	Gerakan sedikit	Gerakan kuat lawan
Warna kulit	Biru /pucat	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan

(Sukarni dan Sudarti,2014)

4. Etiologi

Penyebab secara umum dikarenakan adanya gangguan pertukaran gas atau pengangkutan O₂ dari ibu ke janin pada masa kehamilan, persalinan atau segera setelah lahir. Penyebab kegagalan pernafasan pada bayi. (Marwyah 2016):

1) Faktor Ibu

Hipoksia ibu akan menimbulkan hipoksia janin dengan segala akibatnya, hipoksia ibu dapat terjadi karena hipoventilasi akibat pemberian analgetik atau anesthesia dalam gangguan kontraksi uterus, hipotensi mendadak Karena pendarahan, hipertensi karena eklamsia, penyakit jantung dan lain-lain.

2) Faktor Plasenta

Yang meliputi solution plasenta, pendarahan pada plasenta previa, plasenta tipis, plasenta kecil, plasenta tak menempel pada tempatnya.

3) Faktor Janin dan Neonatus

Meliputi tali pusat menumbung, tali pusat melilit ke leher, kompresi tali pusat antara janin dan jalan lahir, gamely, dan kelainan kongenital.

4) Faktor Persalinan

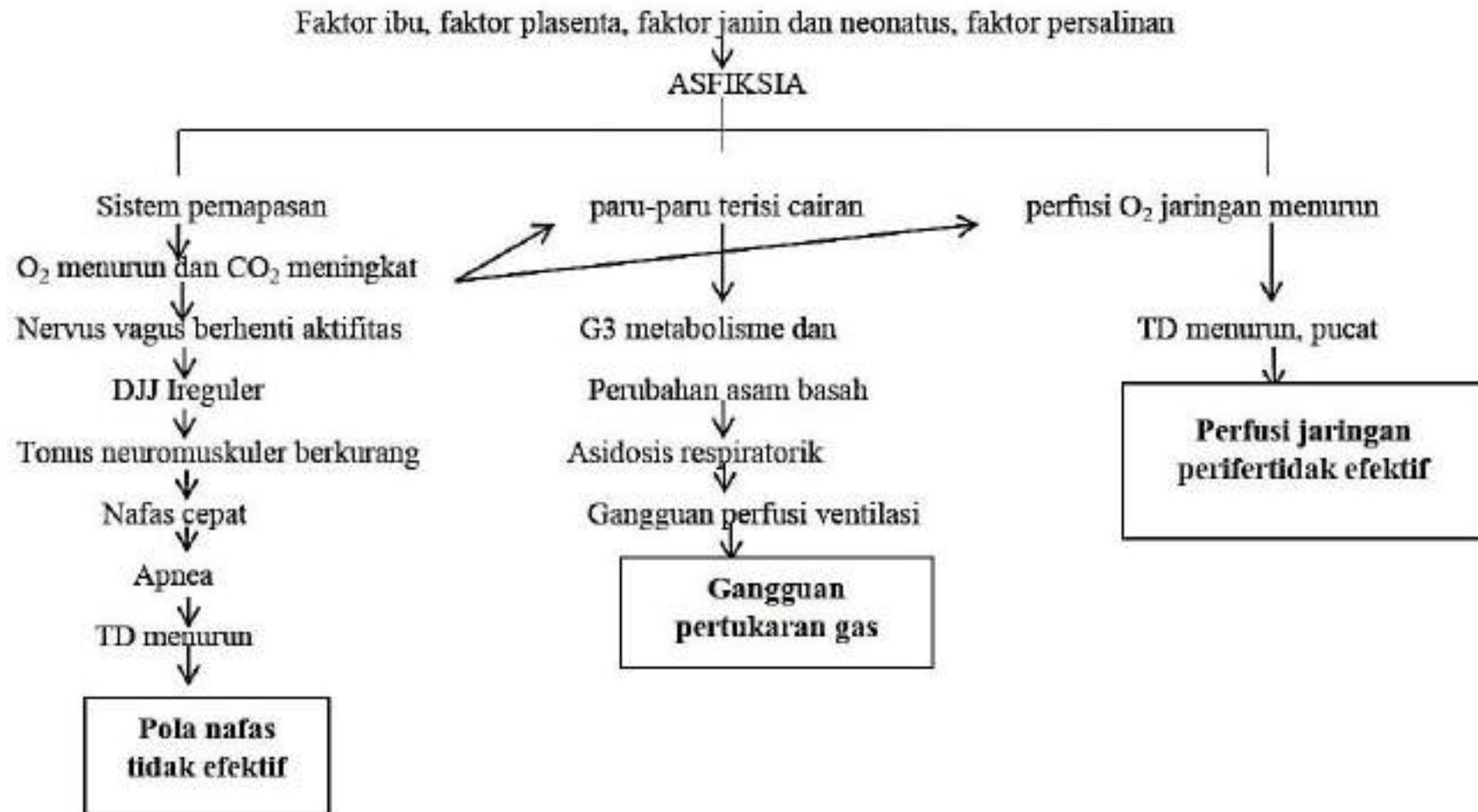
Meliputi partus lama, partus tindakan dan lain-lain.

5. Patofisiologi

Segera setelah lahir bayi akan menarik napas yang pertama kali atau menagis. Pada saat itu paru janin mulai berfungsi untuk respirasi Alveoli akan mengembang udara akan masuk dan cairan yang ada didalam aveoli akan meninggalkan aveoli secara bertahap. Bersamaan dengan ini arterio paru akan mengembang secara memadai. Bila janin kekurangan O_2 dan kadar CO_2 nya bertambah, timbulah rangsangan terhadap nervus vagus sehingga DJJ menjadi lambat. Jika kekurangan O_2 terus berlangsung maka nervus vagus tidak dapat dipengaruhi lagi, timbulah kini rangsangan dari nervus simpatikus sehingga DJJ menjadi lebih cepat akhirnya ireguler dan menghilang. Janin akan mengadakan pernafasan intra uteri dan bila kita periksa kemudian terdapat banyak air ketuban dan miconium dalam paru, bronkus tersumbat dan terjadi atelectasis (paru-paru tidak berkembang) Bila janin lahir, alveoli tidak berkembang, apabila asfiksia berlanjut, gerakan pernapasan akan ganti, denyut jantung mulai menurun

sedangkan tonus neuromuskular berkurang secara berangsur-angsur dan bayi menunjukkan pernafasan yang dalam, denyut jantung terus menerus, tekanan darah bayi juga menurun dan bayi akan terlihat lemas pernafasan semakin lama makin lemah sampai bayi memasuki periode apneu sekunder. Selama apneu sekunder denyut jantung, tekanan darah, kadar O₂ dalam darah (PAO₂) terus menerus Bayi sekarang tidak bereaksi terhadap rangsangan dan tidak akan menunjukkan upaya pernafasan secara spontan. Kematian akan terjadi jika resusitasi dengan pernafasan buatan dan pemberian tidak dimulai segera. (Safrina (2013) dan Lia Yulianti (2015)).

Pathway



6. Manifestasi Klinik

Asfiksia biasanya merupakan akibat hipoksia janin yang menimbulkan tanda-tanda klinis pada janin atau bayi berikut: (Lockhart, 2014)

- a) Tangisan lemah atau merintih
- b) Tonus otot buruk karena kekurangan oksigen pada otak, otot dan organ lain
- c) Depresi pernafasan karena, otak kekurangan oksigen
- d) Tekanan darah rendah karena kekurangan oksigen pada otot , jantung , kehilangan darah atau kekurangan aliran darah yang kembali ke plasenta sebelum dan selama proses persalinan.
- e) Takipnea (Pernafasan cepat) karena kegagalan absorpsi cairan
- f) Paru-paru atau nafas tidak teratur/ menggap-mengap
- g) Sianosis atau warna kebiruan atau kekurangan oksigen didalam darah

7. Pemeriksaan Fisik

1. Kulit

Inspeksi : warna kulit berwarna kebiruan, sedangkan ekstremitas biasa pada bayi patern, terdapat lanugo verniks atau tidak, pada dahi, pelipis, telinga, dan pada kulit terlihat keriput serta terlihat sedikit jaringan atau tidak.

Palpasi : lembab, hangat dan tidak ada pengelupasan atau tidak, pada bayi laki-laki testis belum turun, sedangkan pada bayi perempuan labia mayora lebih menonjol.

2. Kepala

Inspeksi : kemungkinan ditemukan caput succedaneum atau cephal haemoton, ubun-ubun besar, cekung atau kembang, kemungkinan adanya tekanan intrakranial, bentuk kepala, lingkaran kepala, ada benjolan atau tidak.

Palpasi : adanya nyeri tekan atau tidak.

3. Mata

Inspeksi : konjungtiva pucat, pupil menunjukkan refleks terhadap cahaya, reflek baik atau tidak, terdapat radang atau tidak, mata simetris atau tidak .

4. Hidung

Inspeksi : terdapat pernapasan cuping hidung, simetris, ada polip

Palpasi : ada nyeri tekan dan benjolan atau tidak

5. Mulut

Inspeksi : kuning, pecah, bengkak, membrane mukosa pucat, lidah kotor.

6. Dada

Inspeksi : bentuk simetris atau tidak terdapat tarikan intercostal atau tidak, ukuran lingkaran dada, perhatikan suara wheezing dan ronchi, frekuensi bunyi jantung 100x/menit

Auskultasi : dengarkan ada atau tidak suara wheezing dan ronchi atau tidak, frekuensi bunyi jantung.

7. Abdomen

Inspeksi : lihat kesimetrisan dada, ada benjolan, kembung atau tidak

Palpasi : ada nyeri tekan dan pembesaran abdomen atau tidak

Auskultasi : dengarkan ada bising usus atau tidak.

8. Genetalia

Inspeksi : ada kelainan pada genetalia atau tidak

9. Anus

Inspeksi : perhatikan darah dalam tinja, frekuensi buang air besar serta warna feses

10. Ekstermitas

Inspeksi : warna biru, gerakan lemah, jumlah jari tangan, kaki, adanya patah tulang atau adanya kelumpuhan syaraf atau keadaan susunan syaraf pusat. (Alma idatul Latifah, 2017)

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada Asfiksia neonatorum dapat dilakukan sesuai nilai apgar skornya dan di bagi 3 menjadi 3 yaitu :

a. Asfiksia ringan (apgar skor 7-9)

a. Keperawatan

1) Bayi dibungkus dengan kain hangat

2) Bersihkan jalan napas bayi dengan mengisap lendir atau mekonium menggunakan alat

3) Bersihkan badan dan tali pusat bayi

4) Lakukan observasi TTV dan apgar skor

b. Medis

- 1) Masukkan dalam inkubator
- 2) Berikan oksigen tambahan

2. Asfiksia sedang (apgar skor 4-6)

a. Keperawatan

- 1) Bersihkan jalan napas
- 2) Rangsang pernapasan dengan menepuk telapak kaki
- 3) Apabila belum ada reaksi bantu pernapasan dengan oksigen tambahan.

b. Medis

- 1) Berikan oksigen tambahan 2 liter per menit
- 2) Bila bayi mulai bernapas tapi masi sianosis berikan natrium bikarbonat 7,5% sebanyak 6cc, Dekstrosa 40% sebanyak 4cc disuntikan melalui vena umbilikus secara perlahan-lahan untuk mencegah tekanan intra kranial meningkat.

3. Asfiksia berat (apgar skor 0-3)

a. Keperawatan

- 1) Bersihkan jalan napas sambil melalui ambu bag

b. Medis

- 1) Berikan oksigen 4-5 liter per menit
- 2) Bila tidak berhasil lakukan Endotracheal Tube (ETT)
- 3) Bersihkan jalan napas melalui Endotracheal Tube (ETT)

4) Bila bayi mulai bernapas tapi masi sianosis berikan natrium bikarbonat 7,5% sebanyak 6cc, Dekstrosa 40% sebanyak 4cc disuntikan melalui vena umbilikus secara perlahan-lahan untuk mencegah tekanan intra kranial meningkat.

9. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang merupakan pemeriksaan untuk menunjang diagnostik penyakit, mendukung atau menyingkirkan diagnosis yang lainnya) Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien asfiksia berupa pemeriksaan. (Nurarif dan Kusuma, 2015)

a. Analisis gas darah (AGD)

Pemeriksaan analisa gas darah pada bayi Asfiksia didapatkan peningkatan kadar PaCO₂ 100%, Penurunan pH. PaO₂, bikarbonat dan gangguan pada defisit basa.

b. Elektrolit darah

Pemeriksaan darah atau tes kalium (potasium) dilakukan untuk mengukur tingkat kalium dalam darah.

c. Gula darah

Kadar gula darah 24 jam pertama kehidupan bayi baru lahir hanya 30 mg/dl dan kurang dari 45 mg/dl dianggap Hipoglikemia.

d. Baby gram

Pemeriksaan radiologi pada bayi yang menghasilkan radiograf dan thorax sampai symphysis pubis.

e. USG

Tidak hanya melihat jenis kelamin bayi, USG dapat membantu dokter dan ibu untuk melihat pertumbuhan dan perkembangan bayi dalam kandungan.

10. Komplikasi

Komplikasi yang akan muncul bila asfiksia neonatorum tidak segera ditangani menurut (Surasmi, 2013) yaitu :

a. Sembab otak

Pada penderita Asfiksia dengan gangguan fungsi jantung yang telah berlarut sehingga terjadi renjatan neonatus, sehingga aliran darah ke otak pun akan menurun, keadaan ini akan menyebabkan hipoksia dan iskemik otak yang berakibat terjadinya edema pada otak.

b. Pendarahan otak

Pada penderita Asfiksia dengan gangguan fungsi jantung yang telah berlarut sehingga terjadi renjatan neonatus, sehingga aliran darah ke otak pun akan menurun, keadaan ini akan menyebabkan hipoksia yang berakibat terjadinya pendarahan pada otak.

c. Obstruksi usus yang fungsional

Obstruksi usus yang terjadi pada bayi yang baru lahir termasuk obstruksi usus mekanik. Kondisi ini yang memicu obstruksi usus mekanik pada bayi adalah meconium. Kondisi ini terjadi karena feses pertama bayi setelah dilahirkan tidak di keluarkan penyebab feses tidak

bisa keluar biasanya karena kotoran yang sudah terbentuk selama janin masih di dalam kandungan terlalu keras.

d. Kejang sampai koma

Pada bayi yang mengalami Asfiksia akan mengalami gangguan pertukaran gas O₂ sehingga penderita kekurangan persediaan O₂ dan kesulitan pengeluaran CO₂ hal ini menyebabkan kejang pada anak tersebut karena perfusi jaringan tidak efektif.

B. Konsep Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang di temukan pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia Neonatorum menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016 Edisi 1 cetakan III) antarlain:

1. Pola Nafas Tidak efektif

Defenisi: Inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

Penyebab: Depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas (mis nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan), deformitas dinding dada, gangguan neuromuscular, gangguan neurologis, (mis. Cedera kepala, gangguan kejang), penurunan energy, sindrom hipoventilasi, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, cedera pada medulla spinaslis, kecemasan.

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : Dispnea

Objektif: penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kusmaul)

Gejala dan tanda minor

Subjektif : ortopnea.

Obejktif : pernapasan cuping hidung, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.

Kondisi klinis terkait: Depresi sistem saraf pusat, cedera kepala, trauma thoraks Gullian barre syndrome, stroke, intoksikasi alkohol.

2. Gangguan Pertukaran gas

Defenisi: kelebihan atau kekurangan oksigenasi atau eliminasi karbondioksida pada membrane alveolus kapiler.

Penyebab : ketidakseimbangan ventilasi perfusi, perubahan membrane alveolus kapiler.

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif : Dipsnea

Objektif : PCO_2 meningkat /menurun, PO_2 menurun, Takikardia, pH arteri meningkat atau menurun, Bunyi napas tambahan

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Pusing, Penglihatan kabur

Objektif : Sianosis, Diaforesis, Gelisah, Napas cuping hidung, Pola napas abnormal (cepat/lambat), warna kulit abnormal (mis.Pucat, kebiruan), kesadaran menurun.

Kondisi Klinis Terkait : Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) Gagal jantung kongestif, Asma, Pneumoniaberkolosis paru, penyakit membrane hialin, Asfiksia, infeksi saluran saluran napas.

3. Perfusi jaringan perifer tidak efektif

Defenisi : Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

Penyebab : Hiperglikemia, penurunan konsentrasi hemoglobin, peningkatan tekanan darah, kekurangan volume cairan, penurunan aliran arteri/ vena.

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif : -

Objektif : Pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun,.

Kondisi Klinis Terkait : Tromboflebitis, anemia, gagal jantung kongestif, thrombosis arteri, sindrom kompartemen.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan pada anak dengan masalah Asfiksia yang terdiri atas 5 tahapan yaitu Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi. Kelima proses ini harus di jalankan secara berkesinambungan antara satu terhadap tahapan lainnya.

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Pengumpulan Data Perpola

a. Pola Sirkulasi

TD rendah karena kekurangan O₂ pada otot jantung, kehilangan darah atau kekurangan aliran darah yang kembali ke plasenta sebelum dan selama proses persalinan, pucat

b. Pola Napas

Depresi pernafasan karena otak kekurangan O₂, Takipnea, paru-paru atau nafas tidak teratur/mengap-mengap, sianosis, PCaO₂ 100 %.

b. Tabulasi data

TD rendah karena kekurangan oksigen pada otot, jantung, kehilangan darah atau kekurangan aliran darah yang kembali ke plasenta sebelum dan selama proses persalinan, pucat, Depresi pernafasan karena otak kekurangan O₂, Takipnea, paru-paru atau nafas tidak teratur /mengap-mengap, sianosis.

c. Klasifikasi data

DS : -

DO : TD rendah karena kekurangan O₂ pada otot, jantung kehilangan darah atau kekurangan aliran darah yang kembali ke plasenta sebelum dan selama proses persalinan, pucat, Depresi pernafasan karena otak kekurangan O₂, takipnea, paru-paru atau nafas tidak teratur/ mengap-mengap, sianosis.

d. Analisa Data

No	Sign /symptom	Etiologi	Problem
1	DS: - DO: Takipnea, Depresi pernafasan, apnea	Menumpuk cairan di bronkus	Pola Napas Tidak efektif
2	DS : - DO : Nafas tidak teratur/menga- mengap, sianosis	Gangguan perfusi ventilasi	Gangguan Pertukaran gas
3	DS: - DO: Pucat, TD menurun	Oksigen menurun karbondioksida meningkat	Perfusi jaringan perifer tidak efektif

e. Prioritas Masalah

- 1) Pola Nafas Tidak efektif
- 2) Gangguan Pertukaran gas
- 3) Perfusi Jaringan Perifer tidak efektif

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Pola Nafas tidak efektif b/d Menumpuk cairan di bronkus yang ditandai dengan :

DS : -

DO : Takipnea, depresi pernapasan, apnea

- b. Gangguan pertukaran gas b/d gangguan perfusi ventilasi yang ditandai dengan :

DS: -

DO : Nafas tidak teratur/ mengap-mengap, sianosis

- c. Perfusi Perifer tidak efektif b/d Oksigen menurun karbondioksida meningkat yang ditandai dengan :

DS: -

DO : Pucat, TD menurun

3. Rencana Keperawatan

1. Pola Nafas tidak efektif b/d oksigen menurun karbondioksida meningkat

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan Kriteria hasil :

- 1) Menunjukkan pola pernafasan normal/efektif dengan GDA dalam rentang normal
- 2) Bebas sianosis dan tanda /gejala hipoksia

Intervensi

Mandiri :

- a. Mengevaluasi fungsi pernafasan, catat kecepatan/ pernafasan serak, Dipsnea, terjadinya sianosis, perubahan tanda vital..

Rasional : Distres pernafasan dan perubahan tanda vital dapat terjadi sebagai akibat stress fisiologis dan nyeri atau dapat menunjukkan terjadinya syok sehubungan dengan hipoksia/ pendarahan.

- b. Auskultasi suara nafas, perhatikan daerah hipoventilasi dan adanya suara-suara tambahan yang tidak normal (seperti krekels, ronki, mengi)

Rasional : untuk mengidentifikasi adanya masalah paru seperti atelectasis, kongesti atau obstruksi jalan nafas yang membahayakan infeksi paru

c. Kaji fremitus

Rasional : suara dan taktil fremitus (vibrasi) menurun pada jaringan

d. Anjurkan pasien untuk melakukan nafas dalam yang efektif jika pasien sadar

Rasional : Mencegah /menurunkan atelectasis

e. Pantau penggunaan dari obat-obat depresan pernafasan seperti sedative

Rasional : Dapat meningkatkan gangguan /komplikasi pernafasan
Kolaborasi

f. Pantau atau gambarkan analisa gas darah ,tekanan oksimetri

Rasional : Mengkaji status pertukaran gas dan ventilasi perlu untuk kelanjutan atau gangguan dalam terapi.

g. Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi

Rasional : alat dalam menurunkan kerja nafas, meningkatkan penghilangan distress respirasi dan sianosis sehubungan dengan hipoksemia.

2. Gangguan pertukaran gas b/d gangguan metabolisme dan perubahan asam basah

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah gangguan pertukaran gas dapat teratasi dengan kriteria hasil :

1. Menunjukkan perbaikan ventilasi dan oksigenasi jaringan dengan GDA dalam rentang normal dan tidak ada gejala distress pernafasan
2. Berpartisipasi pada tindakan untuk memaksimalkan oksigenasi .

Intervensi

Mandiri :

- a. Kaji pernapasan (pola, upaya dan frekuensi)

Rasional : untuk mendeteksi gawat napas, takipnea, apnea, mengukur retraksi, pernapasan cuping hidung, penurunan atau tidak binti napas, peningkatan diameter anteroposterior (AP), ekspansi dada, asimetris, atau transiluminasi dada menginsikasikan gawat napas.

- b. Kaji warna kulit dan perfusi

Rasional : untuk mendeteksi pucat dan sianosis, yang merupakan indikasi gawat napas akibat ketidakadanya kekuatan oksigenasi atau penurunan pertukaran oksigen / karbondioksida

- c. Kaji denyut jantung

Rasional : untuk mendeteksi takikardia, bradikardia, dan pergeseran titik impuls. Denyut jantung meningkat sebagai upaya kompensasi jantung terhadap hipoksia.

d. Berikan terapi oksigen sesuai program

Rasional : Tujuan terapi oksigen adalah mempertahankan PaO₂ diatas 60 mmHg. Oksigen diberikan dengan metode yang memberikan pengiriman tepat dalam toleransi pasien.

e. Pantau AGD

Rasional : untuk mendeteksi hipoksemia, hiperkapnea, dan asidosis respiratorik atau metabolic. atelektasis dan udara yang terperangkap mengurangi pertukaran gas yang menyebabkan penurunan oksigenasi dan ketidakseimbangan asam basah.

f. Pantau oksimetri nadi

Rasional : untuk mendeteksi perubahan oksigenasi yang mengindikasikan penurunan saturasi.

g. Lakukan fisioterapi dada

Rasional : untuk membantu mengeluarkan sekresi guna mempertahankan kepatenan jalan napas dan menimbulkan hipoksia.

3. Perfusi jaringan perifer tidak efektif b/d Perfusi jaringan ke O₂
menurun

Intervensi

Mandiri

a. Auskultasi frekuensi dan irama jantung, catat terjadinya bunyi jantung dextra

Rasional : Takikardia sebagai akibat hipoksemia dan kompensasi upaya peningkatan aliran darah dan perfusi jaringan. Gangguan irama berhubungan dengan hipoksemia , ketidakseimbangan elektrolit, atau peningkatan regangan jantung kanan.

b. Observasi perubahan status mental

Rasional : gelisah, bingung, disorientasi, atau perubahan sensori dapat menunjukkan gangguan aliran darah, hipoksia atau cedera vaskuler sebagai akibat sistem emboli lemak.

c. Observasi warna dan suhu kulit/ membrane mukosa

Rasional : kulit pucat atau sianosis, kuku, membrane bibir/lidah atau dingin, kulit buruk menunjukkan vasokonstriksi perifer atau gangguan aliran darah sistemik.

Kolaborasi

d. Berikan cairan IV per oral sesuai indikasi

Rasional : peningkatan cairan diperlukan untuk menurunkan hiperviskositas darah atau mendukung volume sirkulasi perifer jaringan

e. Pantau pemeriksaan diagnostic, laboratorium, mis EKG, elektrolit, BUN /Kreatin, GDA,PTT, PT

Rasional : mengevaluasi perubahan fungsi organ dan mengawasi efek heparin dan koumadin, mungkin perlu Perubahan dosis (Sumber dari Buku Doenges, 1999)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan dilakukan oleh perawat untuk membaantu klien dari masalah status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Tujuan dari pelaksanaan atau implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk selanjutnya di evaluasi untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien dalam periode yang singkat untuk mempertahankan daya tahan tubuh, untuk mencegah komplikasi, untuk menentukan perubahan sistem tubuh, untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien dan untuk mengimplementasikan pesan dokter. (Safitry R, 2019)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilan implementasi yang telah diberikan kepada pasien. Evaluasi keperawatan untuk studi kasus ini adalah apakah masalah Pola nafas tidak efektif teratasi, Gangguan pertukaran gas, Perfusi jaringan perifer tidak efektif teratasi atau tidak.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan /Desain Studi Kasus

Karya tulis ini menggambarkan jenis penelitian deskriptif dalam bentuk karya tulis Ilmiah. Metode penelitian deskriptif merupakan suatu metode yang memiliki tujuan dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi (Ariyanti, Yati 2020) Pendekatan yang di gunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia Neonatorum.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini adalah individu dengan kasus yang telah di teliti secara rinci dan mendalam Adapun subjek studi kasus yang di teliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komperhensif dan holistic pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia Neonatorum.

C. Batasan Istilah (Defenisi Operasional)

Nomor	Pernyataan	Defenisi Operasonal
1	Asuhan Keperawatan	Suatu proses kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien diberbagai tatanan pelayanan kesehatan
2	Asfiksia Neonatorum	Suatu keadaan dimana bayi yang baru lahir yang tidak dapat bernapas secara spontan karena kadar oksigen dalam tubuhnya berkurang.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Karya Tulis Ilmiah dilakukan di Rumah sakit umum Daerah Ende di Ruang Perinatal selama 3 hari .

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus di awali dengan penyusunan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah di setuju oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus di lanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data . Data studi kasus berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara, pelaksanaan tindakan dan studi dokumentasi terhadap kasus yang dijadikan subjek studi kasus.

F. Teknik Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data diawali dengan meminta ijin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin kepala Ruang Perinatal, kemudian menyerahkan surat permohonan pengambilan pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Setelah itu memilih responden lalu menjelaskan tujuan dan meminta tanda tangan informed consent. Pada penulisan ini, metode pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara

Wawancara di pergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, tanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu riwayat, social,

kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik.

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti dalam mendukung penulisan tugas akhir, observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik kepada pasien prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi palpasi, perkusi, dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, thermometer dan tensi meter.

3. Studi Kasus

Studi kasus dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari tenaga kesehatan Rumah sakit umum Daerah Ende.

G. Instrument Pengumpulan Data

Alat instrument pengumpulan data dan menggunakan format Asuhan Keperawatan Anak mulai dari pengkajian sampai evaluasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Prodi D III Keperawatan Ende.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan actual. Pada studi kasus ini data diperoleh dari:

1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi biodata klien, biodata penanggung jawab, keluhan

utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/ istirahat personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien yang mengerti dan dekat dengan klien yang meliputi riwayat penyakit keluarga dan perawatan klien di rumah dan dilaporkan ke petugas kesehatan.

I. Analisa Data

Analisa data yang dikumpulkan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data kesehatan dan data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif setelah diklasifikasikan. Data-data tersebut kemudian dianalisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien. Dari masalah – masalah keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada klien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi di tampilkan dalam bentuk naratif, kemudian di analisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada klien dengan Asfiksia Neonatorum.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di ruangan Perinatal dengan kapasitas 13 tempat tidur yang terdiri dari 3 ruangan yaitu Nicu, Infeksi, Non Infeksi. Ruang Perinatal adalah salah satu unit pelayanan rawat inap yang ada di RSUD Ende yang khususnya untuk merawat bayi yang baru lahir yang sakit dan harus di rawat di Rumah sakit.

2. Pengkajian

Klien berinisial By. Ny. R.A lahir Pada tanggal 02 Agustus 2022 berjenis kelamin laki-laki tinggal di jalan Martadinata dan beragama islam dengan diagnosa medis Asfiksia Sedang.

a. Pengumpulan Data

1) Biodata

Klien berinisial By. Ny. R.A lahir tanggal 02 Agustus 2022 tinggal di jalan Martadinata dan beragama islam, klien masuk Rumah sakit pada tanggal 31 juli 2022. Penanggung jawab klien adalah ibunya dengan inisial Ny. R.A umur 32 tahun, pendidikan terakhir SD dan Pekerjaannya adalah Ibu Rumah tangga.

2) Riwayat keperawatan

a) Keluhan utama

Bayi tampak Sesak napas, ada retraksi dada, adanya pernapasan cuping hidung, ada otot bantu pernapasan, adanya sianosis, bayi lahir dengan tangisan lemah.

b) Riwayat kehamilan dan kelahiran

1. Prenatal

Ibu klien mengatakan selama hamil pernah melakukan kunjungan ke puskesmas Rukun lima, sebanyak 5 kali dan saat melakukan kunjungan ibu klien mendapatkan penyuluhan kesehatan dari bidan tentang anjuran untuk banyak istirahat, dan menjaga pola makan yang sehat, HPHT 26-10-2021, Berat badan sebelum hamil 45 kg dan selama hamil berat badan 72 kg dan selama hamil ibu klien tidak memiliki riwayat penyakit dan pernah mendapatkan obat tambah darah, vitamin C, vitamin D yang diberikan oleh bidan di puskesmas, Sebelum ibu datang ke RS ibu merasa cemas dengan kondisinya dan golongan darah O.

2. Natal

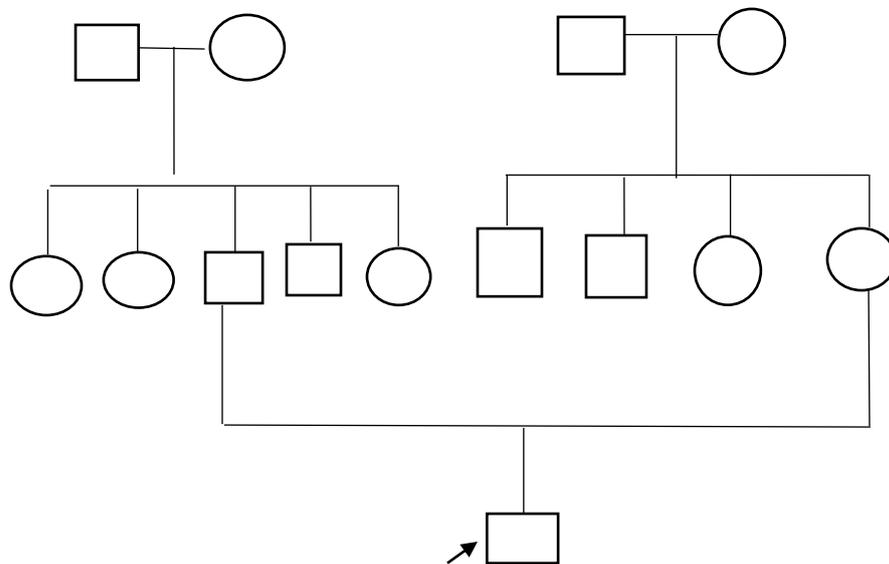
Ny. R.A melahirkan di ruangan bedah RSUD Ende pada pukul 10.58 WITA dan lahir secara SC di bantu oleh dokter dengan usia kandungan 42-43 minggu dan lama persalinan kala II waktu < 1 jam.

3. Post natal

Bayi Ny. R.A lahir dengan tangisan lemah, gerakan aktif, tonus baik, tidak ada kelainan kongenital, APGAR SCORE 5/7, dengan BB 2600 gram , PB 49 cm, LK 33 cm, LD 32 cm, LP 30 cm. obat- obatan yang diberikan pada neonatus yaitu salep mata, vitamin K 1 mg, ampicillin 2x130 mg, gentamicin 1x13 mg, tonus otot baik, setelah bayi lahir tidak ada interaksi antara ibu dan anak (IMD) karena bayi dalam kegawatan pernapasan dan Tidak ada trauma lahir.

c) Riwayat keluarga

1. Genogram



Keterangan :



: Laki-laki



: Klien



: Perempuan



: Meninggal

d) Riwayat Sosial

Ny R.A mengatakan by Ny R.A tidak memiliki saudara karena klien merupakan anak kandung yang pertama, ibu klien juga mengatakan kehidupannya di lingkungan rumah dan tinggal bersama dengan orang tua laki-laki dan saudaraya.

e) Keadaan Kesehatan Saat Ini

- I. Diagnosa medic : Asfiksia sedang
- II. Tindakan operasi : Letsu + Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK)
- III. Status nutrisi : Nutrisi yang diberikan adalah ASI dan susu formula
- IV. Aktivitas : klien menangis ketika merasa lapar dan popoknya penuh
- V. Hasil laboratorium
Pemeriksaan penunjang

Darah lengkap

Tanggal 05 Agustus 2022

Result	Flags	Unit	Expected	Values
WBC	3.82	{10 ³ /U1 }	5.00	21.00
LYMPH#	1.76	{10 ³ /U1}	1.00	3.70
MONO#	0.39	{10 ³ /U1}	0.00	0.70
EO#	0.36	{10 ³ /ul}	0.00	0.40
BASO #	0.05	(10 ³ /ul}	0.00	0.10
NEUT	1.26	{10 ³ /ul }	1.50	7.00
LYMPH%	46.1	{% }	20.0	70.0
MONO %	10.2	{% }	1.0	11.0
HGB	15.4	{g/dl}	15.0	24.6

RBC	4.55	{10 ⁶ /ul}	4.00	6.80
MCV	92.7-	{fL}	94.0	150.0
MCH	33.8	{pg}	29.0	45.0
MCHC	36.5+	{g/dL}	24.0	36.0
RDW-SD	49.3	{fL}	37.0	54.0
PLT	183	{10 ³ / UI}	150	450
MPV	9.6	{fL}	9.0	13.0

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Total bilirubin	9.64	0.1-1.2 mg/dl
Bilirubin Direk	0.31	<0.3 mg/dl
Bilirubin Indirek	9.33	0.1-1.0mg/dl

f) Therapy / pengobatan

Terapi dan obat-obatan yang diterima klien saat di rawat di ruangan

Perinatal sebagai berikut :

Nama obat	Dosis	Indikasi
O ₂ CPAP	2 liter/menit	Untuk mempertahankan patensi dan mencegah kolaps saluran pernapasan atau airway.
Gentamicin	1x13 mg	Obat untuk mengatasi infeksi bakteri ringan hingga berat pada berbagai bagian tubuh gentamicin termasuk golongan antibiotic aminoglikosida
Ampicillin	2x130 mg	Obat antibiotic yang digunakan untuk mengatasi infeksi bakteri pada berbagai tubuh, saluran pernapasan.

g) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum By Ny R.A lemah, kesadaran composmentis TTV

nadi 140x/menit, suhu 36,7^oc, RR 63x/menit, Spo₂ 95%, Berat

badan 2600 gram, Panjang badan 49 cm, Lingkar kepala 33 cm, Lingkar dada 32 cm, Lingkar perut 30 cm, Refleks mengenggam dan menghisap baik, tonus / aktivitas: baik dan gerakan aktif, kepala/ leher: gambaran wajah simetris, bentuk kepala fontanel anterior ubun-ubun luank, sutura sagitalis tepat, wajah simetris, molding bersesuaian, mata : kedua mata terlihat bersih, tidak ada kotoran, pada mata sclera mata tidak ikterik, kongjungtiva tidak anemis, tidak ada gangguan penglihatan, Telinga, hidung tenggorokan : bentuk telinga normal, adanya pernapasan cuping hidung terpasang O₂ CPAP, palatun normal tertutup sempurna, Abdomen bentuk abdomen datar, simetris, lingkar perut 30 cm, liver kurang dari 2 cm, Thoraks : bentuk dada simetris, menggunakan kedua dada untuk bernapas, adanya retraksi dada, dan otot bantu pernapasan, tidak ada lesi, nafas tidak teratur, frekuensi napas 63x/menit Jantung: tidak ada nyeri dada, tidak ada masa, tidak ada pembesaran jantung, irama jantung regular, nadi 140x/menit, Ekstremitas : semua ekstermitas atas dan ekstermitas bawah bergerak normal, tidak ada edema, di ekstermitas bawah bagian kanan terpasang infus DS 10% 7,3 cc/jam, umbilicus : tali pusat belum terlepas, Genetalia : laki-laki normal, genetalia tampak bersih, tidak ada kelainan, Anus: normal, Spinal/ tulang belakang : normal / tidak ada kelainan, Kulit : adanya sianosis, akral hangat, turgor kulit CRT \geq 3 detik.

h) Pemeriksaan Tingkat Perkembangan / Reflek Primitif

By Ny R.A refleks menggengam baik, refleks Babinski : ada, refleks clonus pergelangan kaki: ada dan baik, saat menangis gerakan seimbang dan tidak ada denyut nadi yang teraba saat bergerak. Bayi Ny. R.A menangis bila merasa tidak nyaman saat menangis mengeluarkan suara tangisan lemah, ketika telentang sering menggerakkan lengan dan tungkai, dan selalu memberi reaksi saat melihat kearah sumber cahaya dan setiap kita menyentu daerah mulut bayi refleks untuk mencari putting susu untuk refleks menghisap baik.

b. Tabulasi Data

Berdasarkan hasil pengkajian maka data-data yang dapat dikumpulkan yaitu Bayi tampak Sesak napas, adanya pernapasan cuping hidung, ada otot bantu pernapasan, ada retraksi dada, adanya sianosis, bayi lahir dengan tangisan lemah, terpasang O₂ CPAP 2 liter/menit, terpasang infus D10% 7,3 cc/jam, Nadi 140 x/menit, suhu 36,7⁰c, RR 63x/menit, SPO₂ 95 %.

c. Klasifikasi Data

Ds : -

Do : bayi tampak sesak napas, adanya pernapasan cuping hidung , ada otot bantu pernapasan, adanya sianosis, ada retraksi dada, bayi lahir dengan tangisan lemah, terpasang O₂ CPAP 2 liter /menit, terpasang

infus D10% 7,3 cc/ jam, Nadi 140 x/menit, RR 63x/menit, SPO₂ 95 %, Suhu 36,7⁰c.

d. Analisa Data

Sign/ Symptom	Etiologi	Problem
Ds : - Do: bayi tampak sesak napas, adanya pernapasan cuping hidung, ada otot bantu pernapasan, ada retraksi dada, adanya sianosis, bayi lahir dengan tangisan lemah, terpasang infus D10 % 7,3CC/am, dan terpasang O ₂ CPAP 2 liter/menit, Nadi 140x/menit, suhu 36,7 ⁰ c, RR 63x/menit, SPO ₂ 95 %.	Gangguan ventilasi dan perfusi	Gangguan pertukaran gas

e. Prioritas Masalah

- 1) Gangguan pertukaran gas

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan ventilasi dan perfusi yang ditandai dengan :

Ds : -

Do : bayi tampak sesak napas, bayi lahir dengan tangisan lemah, ada retraksi dada, adanya pernapasan cuping hidung, ada otot bantu pernapasan, adanya sianosis, terpasang infus D10 % 7,3 cc/jam, dan terpasang O₂ CPAP 2 liter/menit, Nadi 140x/menit, suhu 36,7⁰c, RR 63x/menit, SPO₂ 95 %.

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan untuk diagnosa Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan ventilasi dan perfusi dengan hasil yang diharapkan tidak ada sianosis, nilai GDS dalam batas normal, tidak sesak napas, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada retraksi dada, tidak ada otot bantu pernapasan, intervensi yang direncanakan 1) observasi warna kulit, membrane mukosa dan kuku R/menunjukkan vasokonstriksi atau respon tubuh terhadap demam atau mengigil, 2) awasi GDS R/mengevaluasi proses penyakit dan memudahkan terapi 3) observasi tanda vital R/ adanya gangguan pernapasanditandai dengan meningkatnya tanda vital khususnya pernapasan, 4) mengkaji pola napas, frekuensi napas R/ untuk mendeteksi gawat napas, takipnea, apnea, pernapasan cuping hidung, 5) berikan terapi oksigen sesuai program R/ untuk mempertahankan PaO₂.

5. Impelementasi Keperawatan

Pelaksanaan implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnosa keperawatan :

a. Pelaksanaan intervensi keperawatan pada hari kamis 04 Agustus 2022

- 1) Masalah Gangguan pertukaran gas jam 08.⁰⁰ WITA mengobservasi tanda vital dengan hasil suhu 36,9 °c, Nadi 140 x/menit, RR 62x/menit SPO₂ 96%, jam 08.¹⁰ WITA mengkaji pola napas, frekuensi napas, jam 09.⁰⁰ WITA memberikan O₂ CPAP 2 liter/menit, jam

jam 09.¹⁰ WITA observasi warna kulit, membrane mukosa dan kuku, jam 11.⁰⁰ WITA melayani injeksi Ampicilin 2x130 mg/ IV, Gentamicin 1x13 mg/IV menggunakan spuit 1 cc dengan dengan jumlah 0,5 ml, jam 11.²⁵ WITA mengecek GDS, jam 12.⁰⁰ WITA memberikan makan (susu formula) menggunakan dot.

b. Pelaksanaan Intervensi keperawatan pada hari jumat 05 Agustus 2022

1) Masalah gangguan peertukaran gas jam 08.⁰⁰ WITA jam WITA mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,8⁰c, nadi 134x/menit, RR 58x/menit, SPO² 97%.jam 08.¹⁰ WITA mengkaji pola napas klien dengan hasil sesak napas mulai berkurang, Jam 09.⁰⁰ WITA mengobservasi warna kulit, membrane mukosa dan kuku, jam 09.¹⁰ WITA memberikan O₂ CPAP 2 liter/ menit, jam 11.⁰⁰ WITA melayani injeksi ampicillin 2x130 mg/IV, menggunakan spuit 1 cc dengan jumlah 0,5 ml. jam 11.²⁵ mengecek GDS , jam 12.⁰⁰ WITA memberi makan (susu formula) menggunakan dot

c. Pelaksanaan intervensi keperawatan hari sabtu 06 Agustus 2022

a. Masalah gangguan pertukaran gas jam 08.⁰⁰ WITA mengobservasi keadaan umum klien dengan hasil klien tampak membaik, jam 08.¹⁰Jam mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil : suhu 37⁰c, Nadi 128x/menit, RR 53x/menit, SPO₂ 99%, jam 11.⁰⁰ WITA melayani injeksi ampicillin 2x 130 mg/IV, jam 11.²⁵ WITA mengecek GDS, jam 12⁰⁰ WITA memberi makan (susu formula) menggunakan dot.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hari pertama pada hari/ tanggal 04 Agustus 2022 :**Diagnosa I** gangguan pertukaran gas, Evaluasi yang dilakukan **S:** (-) **O:** klien tampak sesak napas, adanya sianosis, adanya pernapasan cuping hidung, adanya otot bantu pernapasan, ada retraksi dada, terpasang infus D10% 7,3 cc/jam, terpasang O₂ CPAP 2 liter/menit, suhu 36,9 °c, Nadi 140x/menit, RR 62x/menit, SPO₂ 95%, CRT ≥3 detik, GDS 75 mg/dl **A:** masalah Gangguan pertukaran gas belum teratasi **P:** intervensi dilanjutkan.

Evaluasi hari kedua pada hari /tanggal 05 Agustus 2022 **Diagnosa I** Gangguan pertukaran gas Evaluasi yang dilakukan **S:-** **O:**klien masih sesak napas, adanya pernapasan cuping hidung, adanya retraksi dada, adanya otot bantu pernapasan, sianosis berkurang, mukosa bibir lembab, terpasang O₂ CPAP 2 liter/ menit, terpasang infus D10% 6 cc/jam, suhu 36,9⁰c, Nadi 134x/menit, RR58x/menit, SPO₂ 97%, CRT < 3 detik

A : Masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi **P:**intervensi di lanjutkan

Evaluasi hari ketiga pada hari /tanggal 06 Agustus 2022

Diagnosa I gangguan pertukaran gas Evaluasi yang dilakukan **S:** (-), **O:** Keadaan klien tampak membaik, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada retraksi dada, tidak ada otot bantu pernapasan, kulit sudah kemerahan, mukosa bibir lembab,tidak terpasang O₂ CPAP, terpasang infus D10% 3cc/jam, GDS 132 mg/dl, suhu 37⁰c, Nadi 128x/menit, RR 53

x/menit, SPO₂ 99 %, CRT < 3 detik. **A:** masalah gangguan pertukaran gas sudah teratasi **P:** intervensi dihentikan

7. Catatan Perkembangan

Nama : By.Ny.R.A

Umur : 02 Agustus 2022 (3 hari)

Hari / Tanggal	Diagnosa Keperawatan	SOAPIE
Jumat, 07 agustus 2022	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan ventilasi dan perfusi	<p>S:-</p> <p>O: sesak napas mulai berkurang, ada otot bantu pernapasan, ada pernapasan cuping hidung, sianosis berkurang, mukosa bibir lembab, terpasang infus D10% 6 CC /jam, terpasang O₂ CPAP 2 liter/menit, suhu 36,9⁰c, Nadi 134x/menit, RR 58 x/menit, SPO₂ 97%.</p> <p>A: masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam 08.⁰⁰ WITA mengobservasi tanda vital 2. Jam 09.⁰⁰ WITA memonitor O₂ CPAP selama 3 jam 3. Jam 11.⁰⁰ WITA melayani injeksi gentamicin 13mg/iv, ampicillin 2x13 mg 4. Jam 11.²⁵ WITA mengecek GDS 5. Jam 12.⁰⁰ WITA memberi makan (susu formula) menggunakan dot

		E : keadaan klien sedikit membaik, sesak napas mulai berkurang, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada retraksi dada, RR 52x/menit, kulit sudah kemerahan, mukosa bibir lembab, GDS 96 mg/dl, CRT < 3detik.
Sabtu 06 Agustus 2022	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan perfusi ventilasi	<p>S : -</p> <p>O : Keadaan klien tampak membaik,, tidak ada otot bantu pernapasan, tidak pernapasan cuping hidung, kulit sudah kemerahan, mukosa bibir lembab, terpasang infus D10% 3 cc /jam, tidak terpasang O₂ CPAP, suhu 37,0⁰c, Nadi 128x/menit, RR 52 x/menit, SPO2 99 %,</p> <p>A : Masalah gangguan pertukaran gas sudah teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p> <p>E: keadan umum klien membaik, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada otot bantu pernapasan, RR 52x/menit , kulit sudah kemerahan, mukosa bibir lembab, GDS 132 mg/dl, CRT < 3 detik.</p>

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis asfiksia menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Dalam pembahasan ini akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan hasil studi kasus, dimana di teori terdapat tiga diagnosa keperawatan sedangkan pada kasus hanya satu diagnosa keperawatan yang akan dijelaskan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian pada klien Asfiksia pada teori ditemukan data sebagai berikut : tangisan lemah atau meirintih, pernafasan cepat, sianosis sedangkan pada hasil Pengkajian pada By. Ny. R.A dengan diagnosa medis Asfiksia Sedang di temukan data klien tangisan lemah, tampak sesak napas, ada pernapasan cuping hidung, ada otot bantu pernapasan, ada retraksi dada, adanya sianosis, saat dilakukan pemeriksaan fisik keadaan umum klien lemah, kesadaran composmentis, ada retraksi dada, RR 63x/menit, Nadi 140x/menit, suhu 36,7⁰C, SP_O₂ 95%, terpasang O₂ CPAP 2 liter/menit, infus D10% 7,3 cc/jam , CRT ≥ 3 detik.

Berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan teori dan kasus nyata dimana data yang tidak terdapat pada kasus yaitu tidak ada pucat, sehingga penulis tidak menegakan diagnosa Perfusi jaringan perifer tidak efektif dan pola napas tidak efektif.

2. Diagnosa

Secara teori diagnosa medis untuk kasus Asfiksia ada 3 yaitu a) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan menumpuk cairan di bronkus yang ditandai dengan : Ds:- Do: Takipnea, depresi pernapasan, apnea hal ini tidak ditemukan pada klien karena klien telah dirawat selama tiga hari di ruangan perinatal dan sudah mendapatkan terapi oksigen. b) Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan oksigen menurun karbondioksida meningkat yang ditandai dengan Ds:- Do: Pucat, hal ini tidak ditemukan pada klien karena saturasi oksigen sudah mulai meningkat dengan hasil SPO₂ 99%. Sedangkan diagnosa keperawatan yang terdapat pada klien By Ny R.A yaitu a) gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan ventilasi dan perfusi yang di tandai dengan Ds:-Do: Bayi tampak sesak napas, bayi lahir dengan tangisan lemah, ada pernapasan cuping hidung, ada otot bantu pernapasan, ada retraksi dada, adanya sianosis, terpasang infus D10 % 9,7 cc/ jam, dan terpasang O₂ CPAP 2 liter/menit, Nadi140x/menit, suhu 36 °c, RR 63x/menit, SPO₂ 95%.

3. Intervensi keperawatan

Perencanaan dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi klien, Diagnosa Gangguan pertukaran gas pada teori ada 7 intervensi perbedaannya intervensi pada teori yaitu anjurkan klien untuk melakukan nafas dalam yang efektif jika klien sadar, hal ini tidak dilakukan oleh penulis karena klien masih bayi.

4. Implementasi

Implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah direncanakan. Pelaksanaan keperawatan pada By Ny. R.A dapat dijalankan dengan baik karena di dukung sarana dan partisipasi dari keluarga dan petugas kesehatan dengan demikian semua intervensi yang di rencanakan seluruhnya dapat dilaksanakan.

5. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan berdasarkan tujuan yang ditetapkan selama 3 hari pada kasus nyata By. Ny R.A pada hari pertama masalah Gangguan pertukaran gas, belum teratasi dengan tanda klien masih sesak napas, ada otot bantu pernapasan, ada pernapasan cuping hidung, ada retraksi dada, adanya sianosis, RR 63 x/menit, terpasang O₂ CPAP 2 liter/menit, CRT \geq 3 detik. Evaluasi pada hari kedua dengan masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi dengan hasil sesak napas mulai berkurang, ada pernapasan cuping hidung, ada retraksi dada, ada otot bantu pernapasan, sianosis mulai berkurang, mukosa bibir lembab, RR 58x/menit, terpasang O₂ CPAP 2 liter/menit, CRT <3 detik.

Evaluasi pada hari ketiga dengan masalah gangguan pertukaran gas sudah teratasi dengan hasil keadaan klien tampak membaik, tidak terpasang O₂ CPAP, terpasang infus D10% 3 cc/jam, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada retraksi dada, tidak ada otot bantu pernapasan, kulit sudah mulai kemerahan, mukosa bibir lembab, CRT <3 detik, RR 52x/menit.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus terkait gambaran asuhan keperawatan anak dengan diagnosa Asfiksia Sedang di ruangan Perinatal Rumah Sakit Umum Daerah Ende tanggal 4 Agustus - 6 Agustus 2022 (3 hari) maka ditarik kesimpulan sebagai berikut : studi kasus dilaksanakan oleh Maria Eka Fitriani Lama pada tanggal 4 Agustus 2022 - 6 Agustus 2022 (3 hari) di Ruangan Perinatal Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang dilakukan pada klien By. Ny R.A dengan umur 3 hari merupakan klien dengan diagnosa medis Asfiksia Sedang

1. Pengkajian yang dilakukan pada klien dengan Asfiksia sedang yaitu dengan menelusuri faktor penyebab timbulnya penyakit serta manifestasi klinik yang timbul pada klien hasil pengkajian dan studi kasus By. Ny R.A adalah klien tampak sesak nafas, adanya sianosis, ada retraksi dada, ada otot bantu pernapasan, adanya pernapasan cuping hidung, RR 63x/menit, , terpasang O₂ CPAP 2 liter/menit dengan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas.
2. Diagnosa keperawatan berdasarkan teori 3 diagnosa sedangkan yang muncul pada kasus By Ny. R.A ada 1 diagnosa keperawatan yaitu Gangguan pertukaran gas berhubungan gangguan ventilasi dan perfusi. untuk dua diagnosa keperawatan yaitu diagnosa Pola napas tidak efektif dan Perfusi perifer tidak efektif tidak diangkat hal ini karena klien sudah

dirawat di ruangan perinatal selama tiga hari dan sudah mendapat terapi oksigen.

3. Intervensi keperawatan pada klien dengan Asfiksia sedang mengacu pada teori dan dimodifikasi sesuai dengan keadaan klien dan memudahkan dalam pelaksanaannya, intervensi pada teori yaitu anjurkan klien untuk melakukan napas dalam yang efektif jika klien sadar, hal ini tidak dilakukan oleh penulis karena klien masih bayi.
4. Implementasi keperawatan pada kasus By Ny R.A hampir semua rencana intervensi di implementasikan dengan baik berkat adanya kerja sama dengan keluarga klien
5. Evaluasi yang dilakukan pada klien Asfiksia sedang berdasarkan tujuan yang telah di buat, masalah Gangguan pertukaran gas, intervensi di hentikan
6. Dokumentasi keperawatan dilakukan mulai dari pengkajian sampai dengan catatan perkembangan.

B. Saran

1. Bagi Perawat

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi diharapkan perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan kepada klien dengan Asfiksia sedang

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Agar tetap mempertahankan fasilitas yang ada dan menambah fasilitas yang menunjang untuk meningkatkan pelayanan kesehatan

3. Bagi Institusi Pendidikan

Agar Laporan Karya Tulis Ilmiah ini dapat menjadi sumber informasi yang dapat digunakan sebagai ilmu tambahan untuk memperkaya pengetahuan bagi mahasiswa-mahasiswi Program Studi DIII Keperawatan Ende.

DAFTAR PUSTAKA

- Rahmawati dkk, (2016) dalam Mutiara Arta Tahun 2020 Jurnal Kesehatan Tambusai Volume 1 Hubungan Jenis Persalinan Berat Badan Lahir dengan kejadian Asfiskia pada Bayi Baru Lahir (BBLR) Di RSUD Selasih Kabupaten Pelawan Tahun 2019.
- Profil kesehatan Nasional Indonesia (2015) Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, Data kematian Pada Bayi Dalam Tahun Pertama kehidupan.
- Opitasari (2015) Maternal Education, prematurity and the Risk of Birth Asphyxia in selected Hospital in Jakarta, Health sciene journal of indonesia, 6(2) pp. 11-15
- Lumatauw kumaat karundeng (2015) Hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan penanganan Asfiksia berat pada bayi baru lahir
- Marwyah (2016) Hubungan penyakit kehamilan dan jenis persalinan dengan kejadian Asfiksia Neonatorum di RSUD prawinegara serang Vol .No 2
- Legwati (2018) Asuhan persalinan dan bayi baru lahir Malang medika
- Sukarni dan Sudarti (2013) Diagnosis keperawatan dan klasifikasi Asfiksia edisi 10 Jakarta : EGC
- Fauziah dan Sudarti (2014) Hubungan kejadian ketuban pecah dini dengan kejadian Asfiksia pada bayi baru lahir
- Lockhart (2014) Asuhan kebidanan Fisiologis dan Patologis
- Surasmi (2013) Perawatan Bayi Resiko Tinggi, Jakarta : EGC
- Nurarif dan Kusuma (2015) Aplikasi Asuhan keperawatan berdasarkan Diagnosa medis dan Nanda Nic -Noc :Yogyakarta Percetakan Mediacion Publishing Jogjakarta
- Buku Doenges (1999) Rencana Asuhan Keperawatan
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1, Jakarta : DPP PPNI
- Nule Maternus (2018)Asuhan Keperawatan Pada Bayi dengan Asfiksia sedang di Ruang NICU RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupan, KTI di terbitkan di Politeknik kesehatan Kupang di ambil pada tanggal 15 february 2022.

Sunarti (2017) Manajemen Asuhan Kebidanan pada bayi dengan Asfiksia DI RSUD Haji Makasar 2017. KTI di terbitkan di Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan unversitas Islam Negeri Alludin Jurusan Kebidanan Makasardi ambil pada tanggal 15 february 2022.

Oktarina Brigita (2017) Identifikasi Penyebab Asfiksia pada bayi baru lahir di RSUD Kota kendari Sulawesi Tenggara Pada tahun 2015-2016.

Ghai,dkk (2010) Pencegahan dan Penatalaksanaan Asfiksia Neonatorum Health Teknologi Assement Indonesia Depertemen Kesehatan Republik Indonesia.

Profil RSUD Ende (2022) Data Penyakit Asfiksia Tahun 2021 Kabupaten Ende .

Lampiran

FORMAT PENGKAJIAN ASFIKSIA SEDANG

I. IDENTITAS

Nama : By. Ny R.A
Tempat/tgl lahir : 02 Agustus 2022
Nama ayah/ibu : Tn D / Ny. R.A
Pekerjaan ayah : Nelayan
Pendidikan ayah : SD
Pekerjaan ibu : Ibu Rumah Tangga
Pendidikan ibu : SD
Alamat/no.Tlp : Jln. Martadinata
Agama : Islam

II. KELUHAN UTAMA

Klien tampak sesak napas, adanya pernapasan cuping hidung, ada otot bantu pernapasan, ada retraksi dada adanya sianosis dan tangisan lemah.

III. RIWAYAT KEHAMILAN DAN KELAHIRAN

A. PRENATAL

ANC:

ibu klien mengatakan 5 kali kunjungan ke puskesmas Rukun lima.

a) Tempat periksa : Puskesmas Rukun lima

b) Penkes yang didapat :

Anjuran untuk banyak istirahat, dan menjaga pola makan yang sehat.

c) HPHT : 26-10-2021

d) Kenaikan BB selama hamil :

BB sebelum hamil 45 kg dan selama hamil berat badan naik 72 kg.

e) Komplikasi kehamilan

Ibu klien mengatakan tidak ada komplikasi penyakit lain.

f) Obat-obat yang didapat

Selama hamil ibu klien di berikan obat tambah darah, vitamin c, vitamin

D, oleh bidan di puskesmas Rukun lima

g) Riwayat hospitalisasi

Ibu klien mengatakan sebelum datang ke Rumah sakit ibu merasa cemas dengan kondisi kehamilannya.

h) Golongan darah ibu

Golongan darah O

B. NATAL

1. Lama persalinan Kala I-IV

Kala II, waktu < 1 jam

2. Cara melahirkan

Lahir secara operasi Sc

3. Tempat melahirkan

Ruangan Bedah Rumah sakit umum Daerah Ende

4. Berat Lahir

2600 gram.

C. POSTNATAL

1. Usaha nafas; bayi lahir dengan menangis lemah

(√) dengan bantuan

() spontan

2. Kebutuhan resusitasi

Nilai APGAR SCORE pada bayi 5/7

3. Obat-obatan yang diberikan pada neonatus: salep mata, ampicillin

2x130 mg, gentamicin 1x13 mg.

4. Interaksi orangtua dan bayi (Inisiasi Menyusu Dini=IMD)

Bayi tidak dilakukan IMD karena dalam kegawatan pernapasan.

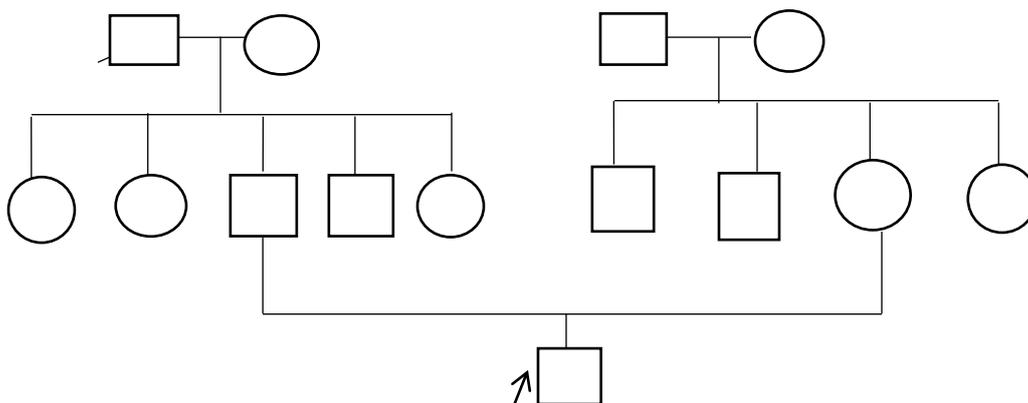
5. Trauma lahir

() Ada,.....

(√) Tidak

IV. RIWAYAT KELUARGA

1. Genogram



Keterangan :

□ : laki-laki

○ : Perempuan

✱ : Meninggal

↗ : Klien

2. Pemeriksaan laboratorium

Result	Flags	Unit	Expected	Values
WBC	3.82	{10 ³ /UI }	5.00	21.00
LYMPH#	1.76	{10 ³ /UI}	1.00	3.70
MONO#	0.39	{10 ³ /UI}	0.00	0.70
EO#	0.36	{10 ³ /ul}	0.00	0.40
BASO #	0.05	(10 ³ /ul}	0.00	0.10
NEUT	1.26	{10 ³ /ul }	1.50	7.00
LYMPH%	46.1	{% }	20.0	70.0
MONO %	10.2	{% }	1.0	11.0
HGB	15.4	{g/dl}	15.0	24.6
RBC	4.55	{10 ⁶ /ul}	4.00	6.80
MCV	92.7-	{fL}	94.0	150.0
MCH	33.8	{pg}	29.0	45.0
MCHC	36.5+	{g/dL}	24.0	36.0
RDW-SD	49.3	{fL}	37.0	54.0
PLT	183	{10 ³ / UI}	150	450
MPV	9.6	{fL}	9.0	13.0

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Total bilirubin	9.64	0.1-1.2 mg/dl
Bilirubin Direk	0.31	<0.3 mg/dl
Bilirubin Indirek	9.33	0.1-1.0mg/dl

3. Therapy / pengobatan

Terapi dan obat-obatan yang diterima klien saat di rawat di ruangan

Perinatal sebagai berikut :

Nama obat	Dosis	Indikasi
O ₂ CPAP	2 liter/menit	Untuk mempertahankan patensi dan mencegah kolaps saluran pernapasan atau airway.
Gentamicin	1x13 mg	Obat untuk mengatasi infeksi bakteri ringan hingga berat pada berbagai bagian tubuh gentamicin termasuk golongan antibiotic aminoglikosida
Ampicillin	2x130 mg	Obat antibiotic yang digunakan untuk mengatasi infeksi bakteri pada berbagai tubuh, saluran pernapasan.

V. RIWAYAT SOSIAL

A. Sistem pendukung/keluarga yang dapat dihubungi :

Suami atau ayah dari bayi Ny. R.A

B. Hubungan orangtua dengan bayi

Hubungan dengan anak adalah anak kandung dan anak pertama

C. Anak yang lain (BERSAUDARA)

By. Ny. R.A tidak memiliki saudara kandung karena klien merupakan anak pertama .

D. Lingkungan rumah

Ibu klien mengatakan kehidupannya di lingkungan rumah baik, ibu klien tinggal bersama dengan orang tua laki-laki serta adik ipar.

VI. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

a) Diagnosa medic : Asfiksia Sedang

b) Tindakan operasi : Letsu + Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK)

c) Status nutrisi : Nutrisi yang diberikan adalah Asi dan susu formula

d) Aktivitas

Klien menangis ketika merasa lapar dan popoknya basah.

VII. PEMERIKSAAN FISIK

KeadaanUmum : lemah

Kesadaran : composmentis

Tanda vital : Nadi: 140 x/menit Suhu: 36,7⁰c RR: 63x/menit

	Saat lahir	Saat ini
Berat badan	2600 gram	-
Panjang badan	49 cm	-
Lingkar kepala	33 cm	-

1. Reflek

(√) Moro (-) Menggenggam (-) Isap Lain: refleks menghisap baik

2. Tonus/aktivitas:

(√) Aktif (-) Tenang (-) Letargi (-) Kejang (-) Menangis keras (-)
Lemah (√) Melengking (-)Sulit menangis

3. Kepala/leher

a. Fontanel anterior (ubun2 depan): (√) Lunak (-)Tegas (-) Datar
(-) Menonjol (-) Cekung

b. Sutura sagitalis :(√)Tepat (-) Terpisah (-) Menjauh

c. Gambaran wajah: (√) Simetris (-) Asimetris

d. Molding: (√) bersesuaian (-) tumpang tindih

e. (-) Caput Succedaneu

f. (-) Cepalohematoma

4. Mata : (√) Bersih (-)Sekresi.

5. Telinga Hidung Tenggorokan (THT)

a. Telinga :(√)Normal (-)Tidaknormal

b. Hidung : (-) Bilateral (-) Obstruksi (√)Cuping hidung

c. Palatum: (√)Normal(-)Tidaknormal

6. Abdomen: (√) Lunak (-)Tegas (-)Datar (-)Kembung (-) Lingkarperut (-)

Liver:(√) kurang dari 2cm (-) lebih dari 2cm

7. Thoraks : (-) simetris (-) asimetris Retraksi dada (√)sebelah.....:
8. Paru-paru : a. Suara nafas: (-)Bersih(-)Ronchi(-)Wheezing (-)Terdengar di semua lapang (√) Tidak terdengar (-) Menurun b. Respirasi: (√) Spontan, jumlah: 63 x/mnt. Menggunakan O2: (-) Sungkup/headbox (√) Ventilator
9. jantung: (√)Bunyi jantung normal (-)Mur-mur (-) Lain-lain, sebutkan:
10. (140x/menit) Nadi perifer Brakhial/siku (-) berat (√) lemah (-) tidak ada Femoral/lipat paha (-) berat (-) lemah (-) tidak ada Ekstremitas: (-) Semua ektremitas bergerak normal (√)ROM terbatas (-)Tidak bisa dikaji (-) Ekstremitas atas bawah simetris
11. Umbilikus : (√) Normal (-) Abnormal (-) Inflamasi (-) Drainase
12. Genetalia : (√)Laki-lakinormal Perempuan normal (-) Ambivalen (-) Lain-lain, sebutkan....
13. Anus: (√) Paten = normal (-) Imperforata = tidak ada lubang anus
14. Spinal = tulang belakang: (√) Normal (-) Abnormal, sebutkan.....
15. Kulit:
- Warna: (-) Pink (√) Pucat (-) Joundice = kuning (-) Rash = bintik kemerahan (-) Tanda lahir, sebutkan...
16. Suhu: menggunakan
- (-) Penghanga tradian = lampu hangat (-) pengaturan suhu
- (√) Inkubator (33 °C) Suhu ruang (-)Boks terbuka

VIII PEMERIKSAAN TINGKAT PERKEMBANGAN/REFLEK PRIMITIF

A. Kemandirian dan bergaul

B. Motorik halus

C. Kognitif dan bahasa

D. Motorik kasar

Kesimpulan perkembangan:

(√)Menangis bila tidak nyaman (-)Membuat suara tenggorok yang pelan

(-) Memandang wajah dengan sungguh-sungguh (√) Mengeluarkan suara

(-) Berespon secara berbeda terhadap obyek yang berbeda

(-) Dapat tersenyum

(√) Menggerakkan lengan dan tungkai sama mudahnya ketika telentang

(√)Memberi reaksi dengan melihat kearah sumber cahaya

(-) Mengoceh dan member reaksi terhadap suara

(-) Membalas senyuman

X. ANALISADATA

Sign /symptom	Etiologi	Problem
<p>Ds : -</p> <p>Do: bayi tampak sesak napas, adanya pernapasan cuping hidung, ada otot bantu pernapasan, ada retraksi dada, ada sianosis, bayi lahir dengan tangisan lemah, terpasang infus D10 % 7,3 ml/jam, dan terpasang O₂ CPAP 2 liter/menit, Nadi 140x/menit, suhu 36,70c, RR 63x/menit, SPO₂ 95%</p>	<p>Gangguan perfusi ventilasi</p>	<p>Gangguan pertukaran gas</p>

XI. PRIORITAS MASALAH

1. Gangguan pertukaran gas

XII. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan perfusi ventilasi yang ditandai dengan:

Ds : -

Do : bayi tampak sesak napas, ada otot bantu pernapasan, ada retraksi dada, ada pernapasan cuping hidung, ada sianosis, tangisan lemah, terpasang O₂ CPAP 2 liter/menit, Nadi 140x/menit, suhu 36,7⁰c, RR 63x/menit, SPO₂ 95 %.

XIII. PERENCANAAN

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Gangguan pertukaran gas b/d gangguan perfusi ventilasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan masalah gangguan pertukaran gas dapat teratasi dengan kriteria hasil : -tidak ada sianosis -Nilai GDS dalam batas normal -tidak ada sesak napas	1) observasi tanda vital 2) Kaji pola napas, frekuensi napas 3) observasi warna kulit, membrane mukosa dan kuku 4) awasi GDS	1) Adanya gangguan pernapasan ditandai dengan peningkatan tanda vital khususnya pernapasan 2) Memantau ventilasi antara inspirasi dan ekspirasi 3) Menunjukkan vasokonstriksi atau respons tubuh terhadap demam

		-tidak ada otot bantu pernapasan -tidak ada pernapasang cuping hidung		atau mengigil 4) Mengevaluasi proses penyakit dan memudahkan terapi
--	--	--	--	--

XIV.PELAKSANAAN (buat tabel)

No	Hari/ tanggal	DX	Jam	Implementasi	Evaluasi (14.00)
1	Kamis, 04 agustus 2022	1	08.00 08.10 09.00 09.10 11.00	1) mengobservasi tanda vital dengan hasil : suhu 36,9 0c, nadi 140 x/menit, RR 62x/menit SPO2 96%, 2) Megkaji pola napas, frekuensi napas 3) memberikan O2 CPAP 2 liter/menit 4) Observasi warna kulit, membrane mukosa dan kuku 5) melayani injeksi Ampicilin 2x130 mg/ IV, Gentamicin 1x13 mg/IVmenggunakan spuit 1 cc dengan dengan jumlah	S:- O:klien masih sesak napas,ada pernapasan cuping hidung, ada otot bantu pernapasan, adanya sianosis, terpasang O ₂ CPAP 2 liter/ menit, terpasang infus D10% 7,3 cc/jam, GDS 75 mg/dl, suhu 36,9 ⁰ c, Nadi 134x/menit, RR 60x/menit, SPO2 97%. A : Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi P:intervensi di lanjutkan

			11.25 12.00	0,5ml. 6) Mengecek GDS 7) Memberi makan (susu formula) pada bayi menggunakan dot	
2	Jumat, 05 agustus 2022	1	08.00 08.10 09.00 09.10 11.00 11.25 12.00	1) mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,8 ⁰ c, nadi 134x/menit, RR 61x/menit, SPO2 97%. 2) Mengobservasi warna kulit, membrane mukosa dan kuku 3) Mengkaji pola napas, frekuensi napas 4) memberikan O2 CPAP 2 liter /menit 5) melayani injeksi ampicillin 2x130 mg/IV, gentamicin 13mg/IV menggunakan spuit 1 cc dengan jumlah 0,5 ml. 6) Mengecek GDS 7) Memberi makan (susu formula) pada bayi menggunakan dot	S:- O: sesak napas mulai berkurang, ada otot bantu pernapasan, ada pernapasan cuping hidung, sianosis mulai berkurang, mukosa bibir lembab, terpasang O ₂ CPAP 2 liter/ menit, terpasang infus D10% 6 cc/jam, suhu 36,9 0C, Nadi 134x/menit, RR 58x/menit, SPO2 97%, GDS 96 mg/dl. CRT < 3 detik. A : Masalahgangguan pertukran gas sebagian teratasi P:intervensi di lanjutkan
3	Sabtu, 06 agustus 2022	1	08.00	1)mengobservasi keadaan umum klien dengan hasil	S: - O: Keadaan klien tampak membaik,

			08.10	klien tampak membaik 2)mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil : suhu 37 ⁰ c, Nadi 128x/menit, RR 58x/menit, SPO2 99%.	kulit sudah mulai kemerahan, mukosa bibir lembab, terpasang infus D10% 3 cc/ jam, tidak terpasang O ₂ CPAP, suhu 37 ⁰ c, Nadi 128x/menit, RR 52 x/menit, SPO2 99 %, GDS 132 mg/dl, CRT < 3 detik.
			11.00	3)melayani injeksi ampicilin 2x 130 mg/IV	
			11.25 `12.00	4) mengecek GDS 5) memberi makan (susu formula) pada bayi menggunakan dot	A: masalah gangguan pertukaran gas sudah teratasi P: intervensi dihentikan

XIV.CATATAN PERKEMBANGAN

Hari /Tanggal	DX	Catatan perkembangan
Jumat, 05 agustus 2022	1	<p>S:-</p> <p>O: sesak napas mulai berkurang, ada otot bantu pernapasan, ada pernapasan cuping hidung, sianosis mulai berkurang, mukosa bibir lembab, terpasang infus D10% 6 cc/jam, terpasang O₂ CPAP 2 liter/menit, suhu 36,9⁰c, nadi 134x/menit,RR 58x/menit, SPO2 97%.</p> <p>A: Masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jam 08.⁰⁰ WITA mengobservasi tanda vital 2) Jam 09.⁰⁰WITA memonitor O₂ CPAP selama 3 jam 3) Jam 11.⁰⁰ WITA melayani injeksi, ampicillin 2x13 mg/IV 4) Jam 11.²⁵ mengecek GDS 5) Jam 12.⁰⁰ memberi makan (susu formula) menggunakan

		<p>dot</p> <p>E : keadaan klien sedikit membaik, sesak napas mulai berkurang, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak adaretraksi dada, RR 52x/meni, kulit sudah kemerahan, mukosa bibir lembab, GDS 96 mg/dl, CRT 3< detik.</p>
Sabtu, 06 agustus 2022	1	<p>S : -</p> <p>O : Keadaan klien tampak membaik, kulit sudah mulai kemerahan, mukosa bibir lembab, terpasang infus D10% 3 cc/ jam, tidak terpasang O₂ CPAP, suhu 37⁰c, Nadi 128x/menit, RR 52 x/menit, SPO2 99 %, GDS 132 mg/dl, CRT < 3 detik.</p> <p>A : Masalah gangguan pertukaran gas sudah teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p> <p>I: -</p> <p>E: keadan sudah membaik, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada retraksi dada, RR 52x/menit</p>

INFORMED CONSENT
(PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai Proposal Karya Tulis Ilmiah yang akan dilakukan oleh Maria Eka Fitriani Lama dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. R.A Dengan Dignosa Medias Asfiksia Sedang di Ruangan Perinatal RSUD Ende”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende...04, Agustus 2022

Saksi


(.....Danmawanto.....)

Yang Memberi Persetujuan


(.....Rahayu Ali.....)

Kode Responden

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya adalah mahasiswa dari Program Studi Keperawatan Ende dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. R.A Dengan Dignosa Medias Asfiksia Sedang di Ruangan Perinatal RSUD Ende".
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk melaksanakan studi kasus pada klien dengan Dignosa Medias Asfiksia Sedang . Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan wawancara terbuka dengan menggunakan pedoman wawancara untuk mengambil data pada klien yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit, serta melakukan pemberian asuhan keperawatan pada klien selama 3 hari. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena studi kasus ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika anda membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silakan menghubungi peneliti pada nomor Hp : 082339275245

Peneliti,



Maria Eka Fitriani Lama



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : MARIA EKA FITRIANI LAMA

NIM : PO 530320219939

PEMBIMBING UTAMA : RAIMUNDA WOGA, S.Kp., M.Kep

JUDUL : Asuhan Keperawatan pada bayi Ny. R.A dengan diagnosa medis Asfiksia sedang di RSUD Ende.

NO	HARI/TANGGAL	HASIL KONSUL	PARAF PEMBIMBING
1	Jumat, 02 /02/2022	Proposal - Lapor diri ke pembimbing - Penentuan judul proposal	
2	Senin, 14/02/2022	- Menyetujui judul proposal tentang Asfiksia neonatorum	
3	Selasa, 15 /03/2022	- Tambahkan data dari Dinas kesehatan dan Rumah sakit tahun 2021 - Tambahkan dampak berdasarkan hasil penelitian	

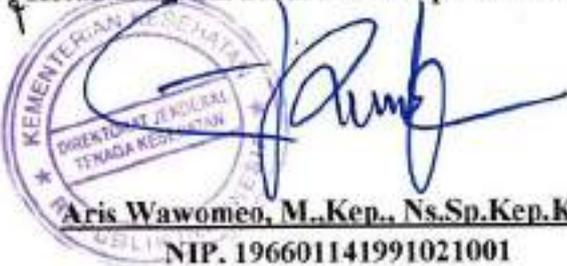
		<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan upaya perawat dalam penanganan asfiksia - Ukuran margarin 4,4,3,3 - Perbaiki cara pengetikan ukuran huruf times new roman nomor 12 	
4	Jumat, 25/03/ 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan di konsep teori : pengertian menurut para ahli, Patologi anatomi, anatomi fisiologi dan penilai APGAR Score serta klasifikasi Asfiksia. - Cari pemeriksaan fisik head to toe pada bayi baru lahir lihat di buku pemeriksaan fisik. 	
5	Kamis, 31/03/2022	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan konsep masalah keperawatan lihat di buku SDKI - Tambahkan konsep asuhan keperawatan dari pengkajian, diagnosa keperawatan , intervensi, implementasi dan 	

		<p>evaluasi keperawata.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan data perpola - cari intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosa yang diangkat lihat di buku Dongoes 	
6	Senin, 13/05/2022	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan penatalaksanaan pada keperawatan dan medis dan sesuaikan dengan penilaian Apgar score. - Perbaiki Daftar Pustaka yang belum lengkap 	
7	Rabu, 18/05/ 2022	<ul style="list-style-type: none"> - ACC Proposal - Hubungi Penguji untuk siap ujian Proposal. 	
8	Senin, 08/08/2022	<p>KTI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan riwayat keperawatan khususnya di riwayat kehamilan dan kelahiran. - Tanyakan kembali pada ibu tentang riwayat prenatal 	

9	Jumat, 12 /08/2022	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi di pemeriksaan laboratorium - Lengkapi pemeriksaan fisik (IPPA) - Tambahkan 1 Diganosa keperawatan yaitu Pola napas tidak efektif 	
10	Rabu, 24 /08/2022	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki di bagian pembahasan yang kurang - Buat kembali kesenjangan antara teori dan kasus nyata 	
12	Kamis, 01/09/2022	<ul style="list-style-type: none"> - ACC siap untuk ujian dan segera hubungi penguji 	

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.,Kep., Ns.Sp.Kep.Kom

NIP. 196601141991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

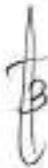
NAMA : MARIA EKA FITRANI LAMA

NIM : PO 530320219939

PENGUJI UTAMA: MARTINA BEDHO , SST., M.Kes

JUDUL : Asuhan keperawatan pada bayi Ny. R.A dengan diagnosa
medis Asfiksia sedang

No	Hari /tanggal	Hasil konsul	Paraf Penguji
1	Jumat 22/07/2022	Proposal - Pelajari patofisiologi dan istilahnya - Pelajari Diagnosa keperawatan : Problem, Etiologi, Sign/symptom - Belajar dulu tentang format pengkajian	
2	Selasa 26/07/2022	- ACC dan silahkan ambil kasus	

3	Jumat 16/09/2022	KTI - Buat Daftar pustaka yang benar dari semua narasumber yang ada di proposal dan sudah dijelaskan caranya - Pelajari fungsi Hb, penyebab Asfiksia dan cari penyebab sesuai dengan kasus - Cari usia kehamilan yang normal, dan cari kepanjangan dari HDK sesuaikan dengan penyebab Asfiksia. - Cari nilai normal frekuensi napas pada BBL serta tambahkan di pembahasan khususnya dibagian pengkajian. - Pelajari kembali tentang sianosis menunjukan kekurangan oksigen dimana?	
---	------------------	---	---

4	Kamis 05/01/2023	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penutup yang kurang - Perbaiki di pembahasan seperti yang sudah di jelaskan 	
5	Selasa 13/01/2023	- ACC dan di kumpul	

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende


Aris Wawomeo, M.,Kep., Ns.Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data diri

Nama : Maria Eka Fitriani Lama
Tempat Tanggal Lahir : Ranokolo 16 Desember 2001
Alamat : Desa Ranokolo, Kecamatan Maurole,
Kabupaten Ende
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Katholik

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2008- 2013 : SDK St. Adrianus Ranokolo
2. Tahun 2014-2016 : SMPK St. Ursula Ende
3. Tahun 2017-2019 : SMKK Muktyaca Ende

MOTTO :

**“Sukses Adalah Jumlah Dari Upaya Kecil
Yang Diulangi Hari Demi Hari “**