

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI Ny. N.A DENGAN
DIAGNOSA MEDIS ASFIKSIA BERAT
DI RUANG PERINATAL RSUD ENDE**



OLEH

MARIA JOANNA TIPU
NIM. PO 5303202200499

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

2023

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI Ny. N.A DENGAN
DIAGNOSA MEDIS ASFIKSIA BERAT
DI RUANG PERINATAL RSUD ENDE**

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



OLEH

**MARIA JOANNA TIPU
NIM. PO 5303202200499**

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

2023

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Maria Joanna Tipu
Nim : PO 5303202200499
Program Studi : D III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Bayi Ny. N.A Dengan Diagnosa Medis Asfiksia Berat Di Ruang Perinatal RSUD Ende

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan karya tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 23 Mei 2023
Yang membuat pernyataan,



Maria Joanna Tipu
NIM. PO 5303202200499

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI NY.N.A DENGAN DIAGNOSA
MEDIS ASFIKZIA BERAT DI RUANG PERINATAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

OLEH

MARIA JOANNA TIPU
NIM.PO 5303202200499

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui
oleh pembimbing untuk diujikan

Ende, 18 Juli 2023

Pembimbing I



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., M.Sc
NIP.197401132002122001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI NY.N.A DENGAN DIAGNOSA
MEDIS ASFIKZIA BERAT DI RUANG PERINATAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

MARIA JOANNA TIPU
NIM.PO 5303202200499

Karya Tulis Ilmiah ini telah diujikan dan dipertanggungjawabkan
Pada tanggal 18 Juli 2023

Penguji Ketua



Raimunda Woga, S.Kp.,M.Kep
NIP.196002111993032002

Penguji Anggota



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,M.Sc
NIP.197401132002122001

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas karunia dan belas kasihan-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Bayi Ny. N.A Dengan Diagnosa Medis Asfiksia Berat Di Ruang Perinatal RSUD Ende”** dengan baik. Karya Tulis Ilmiah ini disusun guna memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan Ende. Dalam menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapat banyak bantuan baik bersifat bimbingan, petunjuk dan juga dukungan moril.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, diantaranya :

1. Bapak Irfan, SKM.,M.Kep selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep.Ns.,Sp.Kep.Kom selaku ketua program studi D III Keperawatan Ende
3. Ibu Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,M.Sc selaku dosen pembimbing yang telah membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
4. Ibu Raimunda Woga, S.Kp.,M.Kep sebagai ketua dosen penguji yang telah mengorbankan waktu dan pikiran untuk memberikan masukan yang berguna bagi penulis demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini

5. Kepada bapak dan mama, kakak, adik serta keluarga besar yang telah memberikan bantuan moril, motivasi serta doa kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
6. Ketujuh sahabat serta teman-teman seperjuangan D III Keperawatan Ende yang telah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
7. Kepada Na Jaemin dan Lee Donghyuck yang telah menjadi penyemangat penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
8. Kepada NCT 127, NCT Dream dan WayV yang telah memberikan hiburan dan kata-kata motivasi serta semangat melalui lagu-lagu yang menemani penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna bagi semua pihak yang membutuhkan.

Ende, 23 Mei 2023

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI NY. N.A DENGAN DIAGNOSA MEDIS ASFIKZIA BERAT DI RUANG PERINATAL RSUD ENDE

Maria Joanna Tipu ^(1.1) Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,Msc ^(1.1)

Prodi Keperawatan Ende ⁽¹⁾ Poltekkes Kemenkes Kupang ⁽²⁾

mariajoannatipu@gmail.com

Latar Belakang Asfiksia Neonatorum adalah bayi yang sejak lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur.

Tujuan dari studi kasus ini adalah melakukan asuhan keperawatan pada By Ny. N.A dengan diagnosa medis Asfiksia Berat di Ruang Perinatal RSUD Ende.

Metode yang digunakan dalam karya tulis ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Hasil pengkajian pada By Ny.N.A ditemukan data klien tidak bernapas dan tidak menangis saat lahir, keadaan umum lemah, kesadaran letargi, apneu, sesak napas, pernapasan cuping hidung, reflek hisap dan menelan lemah, tangisan merintih, BB 1.300 gram, panjang badan 38 cm, lingkar dada 23 cm, lingkar kepala 26 cm, HR 135 x/m, RR 46 x/m, SPo2 99 %, Suhu 36,3°C. Diagnosa keperawatan pada By Ny.N.A adalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, hipotermia berhubungan dengan kekurangan lemak subkutan, defisit nutrisi berhubungan dengan reflex menghisap dan menelan belum sempurna, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Intervensi yang dilakukan pada By Ny.N.A adalah manajemen pola napas, termoregulasi, manajemen nutrisi, edukasi kesehatan dan reduksi ansietas. Tindakan dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 9-11 Juni 2023. Setelah dilakukan tindakan pengobatan dan perawatan selama 3x24 jam terhadap By Ny.N.A diperoleh hasil bahwa masalah pola napas belum teratasi, hipotermia sebagian teratasi, defisit nutrisi belum teratasi, defisit pengetahuan sudah teratasi dan ansietas belum teratasi.

Kesimpulan berdasarkan uraian diatas maka kesimpulan masalah pada By Ny.N.A sebagian teratasi. Saran untuk keluarga menganjurkan ibu klien untuk melakukan pemeriksaan yang rutin ke fasilitas kesehatan agar mencegah terjadinya bayi dengan Asfiksia berat.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Asfiksia

ABSTRACT

NURSING CARE AT BY MRS.N.A WITH A MEDICAL DIAGNOSIS OF SEVERE ASPHYXIA IN THE PERINATAL ROOM OF ENDE HOSPITAL

Maria Joanna Tipu ^(1.1) Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,Msc ^(1.1)

Prodi Keperawatan Ende ⁽¹⁾ Poltekkes Kemenkes Kupang ⁽²⁾

mariajoannatipu@gmail.com

Background Asphyxia Neonatorum is a baby who cannot breathe spontaneously and regularly from birth.

The purpose of this case study is to provide nursing care to By Ny. N.A with a medical diagnosis of Severe Asphyxia in the Perinatal Room of Ende Hospital.

The method used in this paper is the case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnoses, nursing planning, nursing implementation and nursing evaluation.

The results of the study on By Ny.N.A found that the client did not breathe and did not cry at birth, general condition was weak, lethargic awareness, apnea, shortness of breath, nostril breathing, weak sucking and swallowing reflexes, groaning cries, weight 1,300 grams, body length 38 cm, chest circumference 23 cm, head circumference 26 cm, HR 135 x/m, RR 46 x/m, SPO₂ 99%, temperature 36.3oC. Nursing diagnoses at By Ny.N.A are ineffective breathing pattern related to respiratory effort obstruction, hypothermia related to lack of subcutaneous fat, nutritional deficit related to immature sucking and swallowing reflex, knowledge deficit related to lack of exposure to information and anxiety related to situational crisis. The interventions carried out by By Ny.N.A were management of breathing patterns, thermoregulation, nutritional management, health education and reduction of anxiety. The action was carried out for 3 days from 9-11 June 2023. After 3x24 hours of treatment and care for By Mrs.N.A, it was found that the breathing pattern problem had not been resolved, hypothermia had been partially resolved, the nutritional deficit had not been resolved, the knowledge deficit had been resolved and anxiety had not been resolved.

Conclusion based on the description above, the conclusion of the problem with By Ny.N.A is partially resolved. Suggestions for families encourage the client's mother to carry out routine checks at a health facility in order to prevent babies with severe asphyxia.

Keywords: Nursing Care, Asphyxia

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN SAMPUL	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	4
D. Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar Medis	7
B. Konsep Masalah Keperawatan.....	15
C. Konsep Asuhan Keperawatan	19
BAB III METODE.....	29

A. Jenis / Rancangan / Desain Studi Kasus	29
B. Subyek Studi Kasus	29
C. Batasan Istilah	30
D. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus	30
E. Metode / Prosedur Studi Kasus	30
F. Teknik Pengumpulan Data	30
G. Instrumen Pengumpulan Data	31
H. Keabsahan Data	31
I. Analisis Data	32
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	33
A. Hasil Studi Kasus	33
B. Pembahasan	61
BAB V PENUTUP	64
A. Kesimpulan	64
B. Saran	65
DAFTAR PUSTAKA	67
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penilaian APGAR Score	13
Tabel 2.2 Interpretasi Score	13
Tabel 2.3 Analisa Data	23
Tabel 4.1 Hasil Pemeriksaan Darah	40
Tabel 4.2 Therapy Pengobatan.....	41
Tabel 4.3 Analisa Data	43
Tabel 4.4 Catatan Perkembangan.....	58

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway Asfiksia.....	11`
Gambar 4.1 Genogram.....	37

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Informed Consent
- Lampiran 2 : Instrument Studi Kasus
- Lampiran 3 : Lembar konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan banyaknya kematian bayi pada usia di bawah 1 tahun per 1.000 kelahiran hidup. Salah satu kesejahteraan masyarakat dari pembangunan kesehatan oleh pemerintah yang belum tercapai adalah peningkatan jumlah angka kematian bayi (Mogi,I.R.O.,Anggraeni,L.D., & Supardi,S. 2021). Menurut Mumpuni, G. A, *dkk* (2021, December) Salah satu penyebab tingginya angka kematian bayi adalah Asfiksia Neonatorum. Asfiksia Neonatorum adalah bayi yang sejak lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur. Angka kejadian Asfiksia berdasarkan data Kemenkes RI (2021) pada tahun 2020 mengalami peningkatan sebesar 5.549 kasus (27.4%) dibandingkan pada tahun 2019 sebesar 5.464 kasus (27%).

Menurut *World Health Organization* (WHO) Asfiksia adalah kondisi ketidakmampuan memulai dan mempertahankan pernapasan spontan saat bayi lahir. Terdapat 120 juta bayi baru lahir di dunia. Secara global terdapat 4 juta bayi (33%) yang lahir dan mati dalam usia 0-7 hari (perinatal), dan terdapat 4 juta bayi (33%) yang lahir dan mati dalam usia 0-28 hari (neonatal). Terdapat 3,6 juta bayi (3%) dari 120 juta bayi baru lahir dan mengalami Asfiksia dan hampir 1 juta bayi yang mengalami Asfiksia (27,78%) meninggal. Menurut WHO (2017) angka kejadian

Asfiksia di Indonesia masih terbilang cukup tinggi apabila di bandingkan dengan negara berkembang lainnya. Menurut WHO angka kematian bayi di Indonesia masih terbilang tinggi di bandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya. AKB di Indonesia adalah 27 per 1.000 kelahiran hidup, lebih tinggi di bandingkan dengan Singapura yaitu 3 per 1.000 kelahiran hidup, Malaysia 5,5 per 1.000 kelahiran hidup, Thailand 17 per 1.000 kelahiran hidup dan Vietnam 18 per 1.000 kelahiran hidup.

Menurut Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, Asfiksai Neonatorum adalah keadaan dimana bayi tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur setelah lahir. Terjadi penurunan 31% angka kematian bayi dari 35 kematian per 1.000 kelahiran hidup menjadi 24 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Di Indonesia salah satu penyebab tingginya angka kematian bayi adalah Asfiksia. Setiap tahun kira-kira 3% (3,6 juta) dari 120 juta bayi baru lahir mengalami Asfiksia dan hampir 1 juta bayi yang mengalami Asfiksia meninggal. Menurut Murniati L,dkk (2021) di Indonesia angka kejadian Asfiksia di sebabkan oleh penyakit ibu, di antaranya preeklamsia dan eklamsia sebesar (24%), anemia (10%), infeksi berat (11%), sedangkan pada faktor persalinan meliputi partus lama atau macet sebesar (2,8-4,9%), persalinan dengan penyakit (seperti letak sungsang, kembar, distosia bahu, vakum ekstraksi, forsep) sebesar 3-4%.

Menurut Profil Kesehatan Indonesia tahun 2021, penyebab kematian Neonatal terbanyak adalah Asfiksia, sebesar 27,8%. Di NTT, jumlah kematian neonatal akibat Asfiksia sebanyak 220. Menurut RENSTRA

Dinas Kesehatan Provinsi NTT tahun 2017, penyebab kematian bayi akibat Asfiksia sebesar 42,4.

Berdasarkan hasil laporan data dari RSUD Ende, angka kematian bayi di Kabupaten Ende pada tahun 2015 sebesar 15,24 per 1.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2016 AKB meningkat lagi menjadi 17,13 per 1.000 kelahiran hidup dan sebagian besar kematian bayi di sebabkan oleh Asfiksia. Salah satu faktor penyebab angka kematian bayi di RSUD Ende tahun 2017-2018 adalah Asfiksia sebanyak 85,9%. (Mogi,I.R.O, dkk, 2021). Sedangkan angka kejadian Asfiksia di RSUD Ende pada tahun 2021 sebanyak 250 kasus, tahun 2022 sebanyak 238 kasus dan pada bulan Januari tahun 2023 sebanyak 67 kasus (Rekam Medik RSUD Ende, 2023)

Menurut *Desni Sagita Yona & Desi Kumala Sari,2017* dalam (*Murniati, L., Taherong,F.,& Syatira, S. 2021*) terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan Asfiksia pada bayi baru lahir yang disebabkan karena faktor ibu seperti preeklampsi, postmatur, dan lilitan tali pusat, sehingga menjadi penyebab terjadinya Asfiksia pada bayi baru lahir.

Menurut Siti Noorbaya & Herni Johan, 2019, mengatakan bahwa bayi yang mengalami Asfiksia harus mendapatkan penanganan secara sempurna agar mencegah bertambah buruknya Asfiksia. Tindakan yang di lakukan pada bayi yang mengalami Asfiksia bertujuan untuk membatasi gejala-gejala lanjut yang mungkin akan timbul dan mempertahankan kelangsungan hidup.

Salah satu pencegahan yang dapat dilakukan pada bayi baru lahir yang mengalami Asfiksia, melalui penanganan atau pengenalan dini dengan cara memantau secara baik dan teratur denyut jantung bayi selama proses persalinan, mengatur posisi tubuh ibu agar memberikan rasa nyaman dan mencegah sirkulasi uteroplasenter terhadap bayi, teknik bernapas yang menguntungkan bagi ibu dan bayi (Legawati,2018). Pencegahan Asfiksia Neonatorum juga dapat dilakukan dengan cara meminimalkan atau menghilangkan faktor resiko penyebab Asfiksia. Kesehatan ibu hamil harus di jaga dengan baik, menghindari terjadinya komplikasi kehamilan dan persalinan (Jennie Palupi, Wahyudi Widada, Dkk, 2019)

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Bayi dengan Asfiksia di Ruang Perinatal” RSUD Ende.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dengan Asfiksia Di Ruang Perinatal RSUD Ende.”

C. Tujuan

Berdasarkan rumusan masalah di atas maka tujuan Karya Ilmiah ini adalah :

1. Tujuan umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan pada bayi dengan Asfiksia di Ruang Perinatal RSUD Ende

2. Tujuan khusus

a. Mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada bayi dengan Asfiksia di RSUD Ende

b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada bayi dengan Asfiksia di RSUD Ende

c. Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada bayi dengan Asfiksia di RSUD Ende

d. Mampu melaksanakan intervensi keperawatan pada bayi dengan Asfiksia di RSUD Ende

e. Mampu melakukan evaluasi pada bayi dengan Asfiksia di RSUD Ende

f. Mampu menganalisa kesenjangan antara teori dan kasus pada bayi dengan Asfiksia di RSUD Ende

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi penulis

Manfaat studi kasus ini bagi penulis adalah untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada bayi dengan asfiksia

2. Bagi rumah sakit

Menambah sumber informasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik asuhan keperawatan pada bayi dengan asfiksia

3. Bagi perkembangan ilmu pengetahuan

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan sumber informasi tentang asuhan keperawatan pada bayi dengan asfiksia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Bayi baru lahir adalah masa kehidupan bayi pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam menjadi di luar rahim. Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran berusia 0-28 hari. Bayi tersebut membutuhkan penyesuaian fisiologis seperti maturasi dan adaptasi. Masa neonatal adalah masa dimana sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran (Wahyuni, Puspitasari, Rismawati, & dkk, 2022)

Menurut (WHO), Asfiksia adalah suatu kondisi dimana bayi baru lahir tidak memiliki kemampuan untuk memulai dan mempertahankan napas secara spontan. Asfiksia neonatorum adalah keadaan dimana bayi yang lahir tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur (Siti Noorbaya & Herni Johan, 2019), sedangkan menurut Setiawan Tahang, Muhammad Nauval, dkk, 2017, Asfiksia adalah keadaan dimana bayi tidak dapat bernafas secara normal pada saat lahir.

Asfiksia adalah kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir yang di tandai dengan hipoksemia, hiperkarbia dan asidosis (Murniati, L., Taherong, F., & Syatirah, S) (2021)

2. Etiologi

Asfiksia dapat terjadi pada masa kehamilan, pada proses persalinan dan saat setelah bayi lahir. Terdapat beberapa masalah kesehatan yang di alami 7 hari sebelum persalinan dapat memicu terjadinya asfiksia neonatorum, yaitu demam akibat infeksi kehamilan, perdarahan pervaginam, pembengkakan pada tangan, wajah dan kaki, kejang, partus lama dan ketuban pecah dini (Menkes RI, 2019). Menurut (Ns. Yuliasati,S.Kep,M.Kep dan Amelia Arnis, M.Nurs 2016), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya Asfiksia pada bayi baru lahir, antara lain :

a. Faktor ibu

1) Hipoksia ibu

Merupakan kondisi kekurangan oksigen dalam jaringan tubuh untuk mempertahankan fungsi tubuh.

2) Gangguan aliran darah fetus

Pada gangguan aliran darah fetus ini terjadi beberapa gangguan kontraksi uterus seperti hipertoni, hipotoni, tetani uteri, dapat terjadi juga hipotensi mendadak pada ibu karena pendarahan, hipertensi pada penyakit toksemia, eklamsia

3) Primi tua, ibu dengan diabetes mellitus (DM), anemia, riwayat bayi lahir mati, ketuban pecah dini, infeksi.

b. Faktor plasenta

Faktor plasenta juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya Asfiksia. Yang dimana terjadi pemisahan antara plasenta dari lapisan uterus.

c. Faktor fetus atau faktor janin

Pada faktor fetus atau faktor janin ini, terjadi lilitan tali pusat, tali pusat menumbung, premature.

d. Faktor lama persalinan

Lamanya persalinan juga merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya Asfiksia pada bayi baru lahir.

e. Faktor neonates

Pada faktor neonates, terdapat beberapa hal yang dapat menyebabkan terjadinya Asfiksia yaitu, anestesi yang berlainan pada ibu dapat menimbulkan depresi pernafasan pada bayi, trauma lahir dan kelainan kongenital seperti kelainan pernafasan, dan hipoplasi paru.

3. Patofisiologi

Pernapasan spontan bayi baru lahir tergantung pada keadaan janin pada masa hamil dan persalinan. Pada proses kelahiran bayi selalu menimbulkan asfiksia yang bersifat sementara atau asfiksia ringan. Dalam proses ini perlu dilakukan untuk merangsang hemoreseptor pusat pernapasan agar dapat terjadi usaha pernapasan pertama lalu

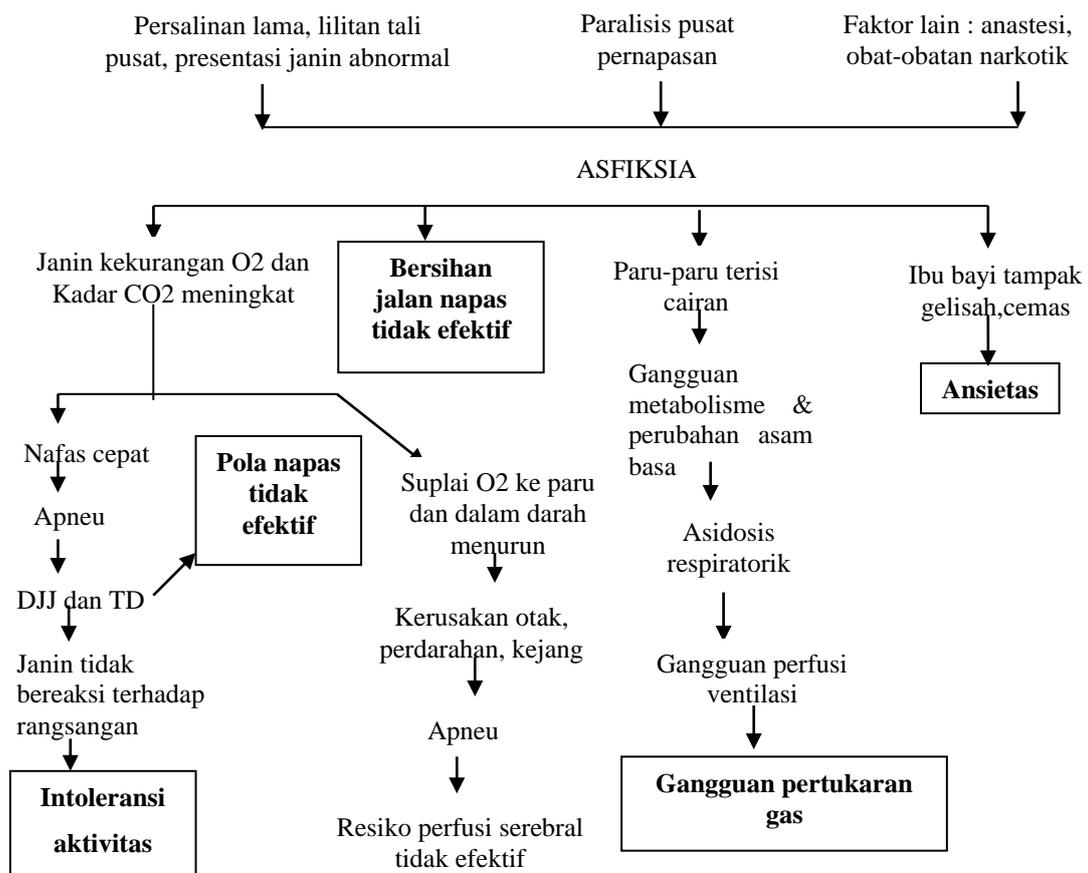
akan berlanjut menjadi pernapasan yang teratur. Pada bayi yang mengalami asfiksia berat maka usaha napas ini tidak akan nampak.

Pada tingkat ini terjadi penurunan frekuensi denyut jantung (bradikardi), dan juga di temukan penurunan tekanan darah dan bayi tampak lemas (flasid). Pada bayi dengan asfiksia berat tidak bereaksi terhadap rangsangan dan tidak menunjukkan upaya bernapas secara spontan. Gangguan pertukaran gas atau transport O₂ (menurunnya tekanan O₂ dalam darah) terjadi pada tingkat pertama dan mungkin menimbulkan asidosis respiratorik, apabila terdapat gangguan berlanjut maka terjadi metabolisme anaerob dalam tubuh bayi sehingga dapat terjadi asidosis metabolik dan selanjutnya terjadi perubahan kardiovaskuler. Asidosis dan gangguan kardiovaskuler dalam tubuh dapat berakibat buruk terhadap sel-sel otak dan kerusakan sel-sel otak ini dapat menimbulkan kematian atau gejala lain.

Menurut Siti Noorbaya & Herni Johan (2019) keadaan asfiksia ini akan mempengaruhi fungsi sel tubuh dan apabila tidak teratasi maka dapat menyebabkan kematian asfiksia dan akan terjadi dalam suatu periode apneu dan di sertai dengan penurunan frekuensi. Ketika jantung kehilangan sumber glikogen maka akan mempengaruhi fungsi jantung serta terjadi asidosis metabloik yang akan menimbulkan kelemahan otot jantung dan pengisian udara dalam alveolus kurang

adekuat sehingga mengakibatkan tingginya resistensi pembuluh darah paru sehingga bagian tubuh lain juga mengalami gangguan.

4. Pathway



Gambar 2.1 Pathway Asfiksia (Menkes RI, 2019)

5. Manifestasi klinis

Menurut Juliana Br Sembiring (2019) manifestasi klinik asfiksia sebagai berikut :

- a. Bayi tidak bernapas atau napas mengap-mengap
- b. Denyut jantung kurang dari 100x/m
- c. Kulit sianosis
- d. Pucat
- e. Tonus otot menurun
- f. Tidak ada respon terhadap infeksi rangsangan

6. Klasifikasi Asfiksia Neonatorum

Menurut (Rustam, 2011) dalam (Kartika Sari, Sincihu and Ruddy, 2018) terdapat 4 klasifikasi pada asfiksia neonatorum berdasarkan APGAR Score, yaitu :

- a. Asfiksia berat, jika nilai APGAR score (0-3)
- b. Asfiksia sedang, jika nilai APGAR score (4-6)
- c. Asfiksia ringan, jika nilai APGAR score (7-9)
- d. Bayi normal, jika APGAR score (10)

7. Penilaian APGAR score dan Interpretasi score
 a. Penilaian APGAR score

Tabel 2.1. Penilaian APGAR Score (Madyastuti R, 2017)

Nilai klinis	APGAR	0	1	2
Warna kulit (Appearance)		Seluruh badan biru atau pucat	Warna kulit tubuh merah muda, tetapi tangan dan kaki kebiruan	Warna kulit tubuh, dan kaki normal merah muda, tidak ada sianosis
Denyut jantung (pulse)		Tidak ada	< 100 x/m	>100 x/m
Respon (Grimace)	reflex	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Meringis atau menangis lemah ketika di stimulasi	Meringis atau bersin atau batuk saat stimulasi saluran napas
Tonus (Activity)	otot	Lemah atau tidak ada	Sedikit gerakan	Gerakan aktif
Pernapasan (Respiration)		Tidak ada	Lemah atau tidak teratur	Menangis kuat, pernapasan baik dan teratur

b. Interpretasi score

Tabel 2.2. Interpretasi Score (Madyastuti R, 2017)

Jumlah skor	Interpretasi	Catatan
10	Normal	
7-9	Asfiksia ringan	
4-6	Asfiksia sedang	Memerlukan tindakan medis segera seperti penyedotan lendir yang menyumbat jalan napas, atau pemberian oksigen untuk membantu bernapas
0-3	Asfiksia berat	Memerlukan tindakan medis yang lebih intensif, dan lakukan resusitasi segera

8. Komplikasi

Asfiksia neonatorum yang tidak segera di tangani akan beresiko menimbulkan komplikasi sebagai berikut :

- a. Gangguan fungsi pada banyak organ
- b. Hipoksia iskemik ensefalopati
- c. Edema serebri
- d. Kecacatan serebral palcy
- e. Hipertensi pulmonal
- f. Perdarahan paru
- g. Edema paru
- h. Kerusakan otak yang dapat menyebabkan keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan dan dapat berefek pada kehidupan bayi di masa yang akan datang.

9. Penatalaksanaan

Menurut Homsiatu Rohmatin, Agustina Widayati (2016) Penatalaksanaan pada bayi baru lahir yang mengalami asfiksia, yaitu :

- a. Pengawasan suhu, di lakukan agar tubuh bayi tetap hangat
- b. Pembersihan jalan nafas pada saluran jalan nafas bagian atas harus segera di bersihkan dari lendir dan cairan amnion
- c. Posisi kepala bayi harus lebih rendah sehingga dapat memudahkan proses keluarnya lendir
- d. Berikan rangsangan reflek pernapasan

- e. Berikan rangsangan nyeri pada bayi, dengan memukul kedua telapak kaki bayi

B. Konsep Masalah Keperawatan

Adapun masalah-masalah yang muncul pada bayi baru lahir dengan asfiksia, antara lain :

1. Bersihan jalan napas tidak efektif

Merupakan : ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

Penyebab :

Fisiologis :

- a. Spasme jalan napas
- b. Hipersekresi jalan napas
- c. Disfungsi neuromuskuler
- d. Benda asing dalam jalan napas
- e. Adanya jalan napas buatan
- f. Sekresi yang tertahan
- g. Hyperplasia dinding jalan napas
- h. Proses infeksi
- i. Respon alergi
- j. Efek agen farmakologis (mis. Anastesi)

Gejala dan tanda Mayor :

Subjektif : -

Objektif : batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing atau ronchi kering, mekonium di jalan napas (pada neonatus)

Gejala dan tanda Minor :

Subjektif : dispnea, sulit bicara, ortopnea

Objektif : gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah.

2. Pola napas tidak efektif

Merupakan : inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

Penyebab :

- a. Depresi pusat pernapasan
- b. Hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)
- c. Imaturitas neurologis
- d. Gangguan neuromuskular
- e. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru

Gejala dan tanda Mayor :

Subjektif : dyspnea

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

Gejala dan tanda Minor :

Subjektif : ortopnea

Objektif : pernapasan cuping hidung, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun.

3. Gangguan pertukaran gas

Merupakan : kelebihan atau kekurangan oksigenasi atau eliminasi karbondioksida pada membrane alveolus-kapiler

Penyebab:

- a. Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
- b. Perubahan membrane alveolus-kapiler

Gejala dan tanda Mayor :

Subjektif : dyspnea

Objektif : PCO_2 meningkat atau menurun, PO_2 menurun, takikardia, pH arteri meningkat atau menurun, bunyi napas tambahan

Gejala dan tanda Minor :

Subjektif : pusing, penglihatan kabur

Objektif : sianosis, diaphoresis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/irregular, dalam/dangkal), warna kulit abnormal (mis. Pucat, kebiruan), kesadaran menurun

4. Intoleransi aktivitas

Merupakan : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

Penyebab :

- a. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- b. Tirah baring
- c. Kelemahan
- d. Imobilitas

Gejala dan tanda Mayor :

Subjektif : mengeluh lelah

Objektif : frekuensi jantung meningkat

Gejala dan tanda Minor :

Subjektif : dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman, merasa lemaah

Objektif : tekanan darah berubah, sianosis

5. Ansietas

Merupakan : kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab :

- a. Krisis situasional
- b. Kebutuhan tidak terpenuhi
- c. Krisis maturasional
- d. Ancaman terhadap konsep diri
- e. Ancaman terhadap kematian
- f. Kekhawatiran mengalami kegagalan

- g. Disfungsi system keluarga
- h. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- i. Faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir)
- j. Penyalahgunaan zat
- k. Terpapar bahaya lingkungan (mis. Toksin, polutan dll)
- l. Kurang terpapar informasi

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang di hadapi, sulit berkonsentrasi

Objektif : tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur

Gejala dan tanda minor :

Subjektif : mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya

Objektif : frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

Dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan terdiri dari 5 tahapan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Kelima proses ini harus di jalankan secara berkesinambungan antara satu tahap dengan tahap lainnya.

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

1) Identitas klien dan keluarga

Dalam identitas klien dan keluarga, meliputi nama, usia (usia ibu dari bayi), jenis kelamin, pekerjaan, agama, suku bangsa, alamat, no. Rm, diagnosa medis

2) Riwayat kehamilan

Dalam riwayat kehamilan yang perlu di kaji yaitu penyakit infeksi yang pernah di derita ibu selama kehamilan, perawatan ANC, imunisasi TT

3) Riwayat persalinan

Pada riwayat persalinan ini yang perlu dikaji adalah usia kehamilan yang sudah cukup bulan atau belum, lahir premature, bayi kembar, penyakit persalinan, APGAR skor.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga ini terdapat beberapa hal yang perlu di kaji yaitu, riwayat penyakit infeksi, riwayat penyakit keturunan, asfiksia, TBC, pneumonia serta penyakit saluran pernapasan lainnya.

5) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : penggunaan alat bantu pernapasan, pola napas abnormal, kesadaran menurun

b) Tanda-tanda vital : kapasitas vital mengalami penurunan yaitu nadi lemah dan cepat dan terjadi peningkatan suhu tubuh

c) Pemeriksaan dada

Inspeksi : frekuensi, kedalaman dan kualitas bernapas, retraksi dinding dada, tekanan ekspirasi dan inspirasi menurun, pernapasan cuping hidung

Perkusi : suara sonor untuk keadaan normal, suara hipersonor dan hiposonor pada posisi yang sakit, suara pekak yang terjadi apabila terisi cairan pada paru

Auskultasi : kaji apakah ada suara napas tambahan dan suara paru.

d) Integumen

Inspeksi : pucat, sianosis, kehitam-hitaman

e) Kaji kebutuhan peningkatan oksigen

f) Melakukan pengukuran tekanan darah pada bayi

g) Reaksi psikologi

Didapatkan data dari ibu yang bayinya di rawat di ruangan perinatal dengan Asfiksia. Ibu mengatakan merasa takut, cemas, gelisah dan khawatir dengan kondisi bayinya.

b. Tabulasi data

Frekuensi pernapasan, nadi lemah dan cepat, pola napas abnormal, kesadaran menurun, peningkatan suhu tubuh, retraksi dinding dada, pernapasan cuping hidung, suara napas tambahan, tekanan ekspirasi dan inspirasi menurun, suara paru, pucat, sianosis, kehitam-hitaman, terdapat suara pekak apabila terisi cairan pada paru, Ibu mengatakan merasa takut, cemas, gelisah dan khawatir dengan kondisi bayinya.

c. Klasifikasi data

Data subjektif : Ibu mengatakan merasa takut, cemas, gelisah dan khawatir dengan kondisi bayinya.

Data objektif : frekuensi, kedalaman dan kapasitas pernapasan, nadi lemah dan cepat, pola napas abnormal, kesadaran menurun, peningkatan suhu tubuh, retraksi dinding dada, pernapasan cuping hidung, suara napas tambahan, tekanan ekspirasi dan inspirasi menurun, pucat, sianosis, kulit kehitam-hitaman, suara paru, suara pekak terisi cairan pada paru, ibu tampak cemas, gelisah dan khawatir.

d. Analisa data

Tabel 2.3. Analisa Data

Sign & symptom	Etiologi	Problem
Data subjektif : Data objektif : sianosis, pola napas abnormal	Hiperplasia dinding jalan napas	Bersihan jalan nafas tidak efektif
Data subjektif :- Data objektif : pola napas abnormal, pernapasan cuping hidung, kapasitas vital menurun.	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
Data subjektif :- Data objektif : pernapasan cuping hidung, sianosis, pucat, pola napas abnormal, kesadaran menurun. Suara napas tambahan	Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	Gangguan pertukaran gas
Data subjektif :- Data objektif : sianosis	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas
Data subjektif : ibu mengatakan merasa takut, cemas, gelisah dan khawatir dengan kondisi bayinya. Data objektif : ibu tampak cemas, gelisah dan khawatir	Krisis situasional	Ansietas

2. Diagnosa keperawatan (Tim POKJA SDKI DPP PPNI, 2017)

Pada asfiksia, diagnosa keperawatan yang muncul antara lain ;

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hiperplasia dinding jalan napas yang di tandai dengan :

DS : -

DO : sianosis, pola napas abnormal

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas yang di tandai dengan :

DS : -

DO : pola napas abnormal, pernapasan cuping hidung, kapasitas vital menurun.

- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi yang di tandai dengan:

DS : -

DO : pernapasan cuping hidung, sianosis, pucat, pola napas abnormal, kesadaran menurun. Suara napas tambahan

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen yang di tandai dengan :

DS : -

DO : sianosis

- e. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional yang di tandai dengan :

DS: ibu mengatakan merasa takut, cemas, gelisah dan khawatir dengan kondisi bayinya.

DO: ibu tampak cemas, gelisah dan khawatir

3. Perencanaan keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

- a. Diagnosa I : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hiperplasia dinding jalan napas

Tujuan : setelah di lakukan asuhan keperawatan di harapkan bersihan jalan napas meningkat

Kriteria hasil :

- 1) Sianosis membaik
- 2) Frekuensi napas membaik
- 3) Pola napas membaik

Intervensi :

Manajemen jalan napas :

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
 - 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)
 - 3) Lakukan fisioterapi dada
- b. Diagnosa II : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Tujuan ; setelah di lakukan asuhan keperawatan di harapkan pola napas membaik

Kriteria hasil :

- 1) Kapasitas vital meningkat
- 2) Tekanan ekspirasi meningkat
- 3) Tekanan inspirasi meningkat
- 4) Pernapasan cuping hidung menurun

Intervensi :

Manajemen jalan napas :

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

- 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)
 - 3) Posisikan semi fowler atau fowler
 - 4) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
 - 5) Berikan oksigen
- c. Diagnosa III : Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

Tujuan : setelah di lakukan asuhan keperawatan di harapkan pertukaran gas meningkat

Kriteria hasil :

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Bunyi napas tambahan menurun
- 3) Napas cuping hidung menurun
- 4) Pola napas membaik
- 5) Sianosis membaik

Intervensi :

Pemantauan respirasi :

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- 2) Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, biot, ataksik)
- 3) Monitor adanya sumbatan jalan napas
- 4) Auskultasi bunyi napas
- 5) Monitor saturasi oksigen

- 6) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
 - 7) Informasikan hasil pemantauan
- d. Diagnosa IV : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen

Tujuan : setelah di lakukan asuhan keperawatan di harapkan toleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil :

- 1) Sianosis menurun
- 2) Frekuensi nadi meningkat

Intervensi :

Pemantauan tanda vital :

- 1) Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)
 - 2) Monitor pernapasan (frekuensi dan kedalaman)
 - 3) Monitor suhu tubuh
 - 4) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
 - 5) Informasikan hasil pemantauan
- e. Diagnosa V : Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan : setelah di lakukan asuhan keperawatan di harapkan

Tingkat Ansietas menurun

Kriteria hasil :

- 1) Perilaku gelisah menurun
- 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- 3) Perasaan takut menurun

Intervensi :

Reduksi Ansietas :

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)
- 2) Monitor tanda-tanda ansietas
- 3) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- 4) Anjurkan keluarga untuk tetap menemani pasien
- 5) Anjurkan untuk mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 6) Latih teknik relaksasi

4. Implementasi keperawatan

Tahap keempat pada proses keperawatan adalah Implementasi. Menurut Perry (2018) dalam Widiastuti Anita, dkk (2022), pada tahap ini, perawat melaksanakan intervensi yang telah di rencanakan pada pasien. Implementasi merupakan tahap keempat pada proses keperawatan, pada tahap implementasi ini perawat melaksanakan rencana keperawatan dengan berpedoman pada intervensi atau aktivitas yang telah di tentukan.

5. Evaluasi

Menurut Huitzi-Egilegor et al., (2014) dalam Malisa Novi, dkk (2021) evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, dan merupakan sebuah perbandingan yang terencana dan sistematis antara hasil akhir dan tujuan atau kriteria hasil yang telah di lakukan pada tahap perencanaan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis / Rancangan / Desain Studi Kasus

Penelitian deskriptif merupakan jenis penelitian yang di gunakan dalam karya tulis ini dalam bentuk studi kasus. Penelitian deskriptif merupakan suatu penelitian dengan metode yang di gunakan untuk menggambarkan suatu hasil penelitian. Jenis penelitian deskriptif ini mempunyai tujuan untuk memberikan penjelasan, deskripsi juga validasi mengenai fenomena yang di teliti. (Ramdhan, 2021). Pendekatan yang digunakan dalam penulisan karya tulis ini adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medik Asfiksia di ruang Perinatal Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian merupakan subyek yang dituju untuk diteliti oleh peneliti atau subyek yang menjadi pusat perhatian atau sasaran peneliti. Subyek penelitian pada studi kasus ini adalah satu orang klien dengan diagnosa medis Asfiksia di ruang Perinatal Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

C. Batasan Istilah

Asuhan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang diberikan langsung kepada klien. Asfiksia Neonatorum adalah bayi yang sejak lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Karya tulis ilmiah dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende di Ruang Perinatal pada tanggal 9 Juni sampai 11 Juni 2023.

E. Metode / Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan usulan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus, maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran observasi, wawancara dan studi dokumentasi terhadap kasus yang dijadikan subjek studi kasus.

F. Teknik Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data diawali dengan meminta izin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan izin dari Direktur kemudian meminta izin Kepala Ruangan Perinatal, kemudian kepala ruangan 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 gunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata pasien, biodata orangtua, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat kesehatan keluarga.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Mengadakan observasi atau pengamatan yang dilakukan secara langsung dengan pendekatan inspeksi, perkusi, palpasi , auskultasi (IPPA) pada sistem tubuh klien.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan melihat hasil pemeriksaan pasien seperti catatan medis dan keperawatan pasien.

G. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument yang digunakan dalam pengumpulan data adalah format pengkajian Asuhan Keperawatan yang dikeluarkan oleh Prodi DIII Keperawatan Ende.

H. Keabsahan Data

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

1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari keluarga klien yang dapat memberikan informasi lengkap tentang masalah kesehatan dan

keperawatan yang dihadapinya, meliputi biodata klien dan keluarga, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat kesehatan keluarga.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien seperti orangtua, saudara atau pihak lain yang mengerti dan dekat dengan klien meliputi riwayat penyakit keluarga dalam perawatan klien di rumah ataupun di rumah sakit dan studi dokumentasi.

I. Analisa data

Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data keperawatan yang kemudian di klasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah di klasifikasikan, data-data tersebut kemudian di analisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien.

Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan di implementasikan kepada klien. Setelah di lakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi di tampilkan dalam bentuk naratif kemudian dianalisis kesenjangan antara teori dan kasus pada bayi dengan Asfiksia.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Rumah Sakit Umum Daerah Ende terletak di Jl. Prof W.Z Yohanes dan merupakan RS tipe C milik pemerintah Kabupaten Ende. Rumah Sakit Umum Daerah Ende ini memiliki kapasitas 111 tempat tidur yang terdiri dari, Ruang Penyakit Dalam (RPD) 32 tempat tidur, Ruang Penyakit Bedah (RPB) 16 tempat tidur, Ruang Penyakit Anak (RPA) 20 tempat tidur, Ruang Kebidanan dan Kandungan (RKK) 11 tempat tidur, Ruang Intensive Care Unit (ICU) 5 tempat tidur, Ruang Perawatan Khusus (RPK) 7 tempat tidur, Ruang Perinatal 10 tempat tidur dan Ruang Pavilium 4 tempat tidur. RSUD Ende mempunyai satu ruangan rawat inap yang dikhususkan merawat pasien dengan penyakit menular (Ruang Perawatan Khusus), dengan alokasi 7 tempat tidur. Kapasitas tempat tidur menurut kelas perawatannya sebagai berikut : kelas I 27 tempat tidur, kelas II 22 tempat tidur, kelas III 48 tempat tidur, VIP 14 tempat tidur dan Pavilium 4 tempat tidur.

Sebagai salah satu pelayanan kesehatan, RSUD Ende telah melengkapi diri dengan berbagai fasilitas pelayanan seperti : Instalasi rawat jalan, Instalasi rawat inap, Instalasi rawat darurat, Unit penunjang medis dan Unit penunjang non medis. Instalasi rawat jalan

terdiri dari Poli penyakit dalam, Poli bedah, Poli kandungan, Poli anak, Poli gigi, dan Poli fisioterapi. Instalasi rawat inap terdiri dari Ruang penyakit dalam, Ruang rawat penyakit bedah, Ruang rawat penyakit kandungan, dan Kebidanan, Ruang rawat penyakit anak, Ruang rawat perinatal, Ruang Rawat Intensif (ICU), Ruang rawat paviliun, Ruang perawatan khusus.

Unit penunjang medis terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisiotherapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS) unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oxygen, dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

Adapun Visi dan Misi RSUD Ende:

a. Visi RSUD Ende:

“Menjadikan Rumah Sakit yang handal dalam pelayanan rujukan, Pendidikan dan ramah lingkungan”

b. Misi RSUD Ende adalah:

1) Meningkatkan kemampuan menyembuhkan penyakit, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan kecacatan.

2) Meningkatkan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat dengan dilandasi etik profesi

3) Mengembangkan pendidikan dan pelatihan SDM

4) Meningkatkan kuantitas dan kuantitatif sarana dan prasarana

5) Menjaga kualitas kesehatan lingkungan

6) Meningkatkan kesejahteraan karyawan

Secara terperinci tempat studi kasus di ruangan perinatal RSUD

Ende memiliki 11 ruangan yang terdiri dari 1 kantor, 1 ruang ganti perawat, 1 ruang tindakan, 2 ruang perawatan, 1 dapur susu, 1 ruang NICU, 2 ruang isolasi dan 1 toilet.

2. Pengkajian

Klien berinisial By. Ny. N.A lahir pada tanggal 7 Juni 2023 berjenis kelamin laki-laki, tinggal di Jl. Ikan Tongkol beragama Islam dengan diagnosa medis Asfiksia Berat.

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Studi kasus ini dilakukan pada By. Ny. N.A berumur 2 hari, klien dirawat di ruang Perinatal kamar NICU, klien beragama Islam beralamat di Jl. Ikan Tongkol dan klien merupakan anak ke tiga. Penanggung jawab klien yaitu Tn.R.U yang berumur 30 tahun, beragama Islam, bekerja sebagai pedagang, berasal dari Jl. Ikan Tongkol. Pengkajian dilakukan pada tanggal 9-11 Juni 2023.

2) Keluhan utama

Klien dilahirkan pada tanggal 7 Juni 2023 di RSUD Ende secara operasi Sectio Caesarea (SC) dengan usia kehamilan 36-37

minggu dengan berat lahir klien 1.300 gram. Saat lahir klien tidak bernafas dan menangis sehingga di bawa ke ruang Perinatal untuk mendapat tindakan lebih lanjut.

3) Riwayat kehamilan dan kelahiran

a) Antenatal Care (ANC)

Ibu klien mengatakan selama hamil dirinya tidak pernah melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas maupun di Rumah Sakit. HPHT ibu klien 31 Agustus 2022. Ibu mengatakan selama kehamilan dirinya sering melakukan pekerjaan yang berat seperti menimba air, mencuci pakaian, mengangkat air.

b) Intranatal Care (INC)

Ibu klien mengatakan merasa nyeri sejak 3 hari sebelum melahirkan, nyeri yang di rasakan hilang timbul dengan jarak waktu 5 menit. Persalinan di lakukan secara Caesarea di RSUD Ende. Ibu klien mengatakan tidak ada komplikasi persalinan dengan lama operasi 1 jam. Bayi lahir pada pukul 10.07.

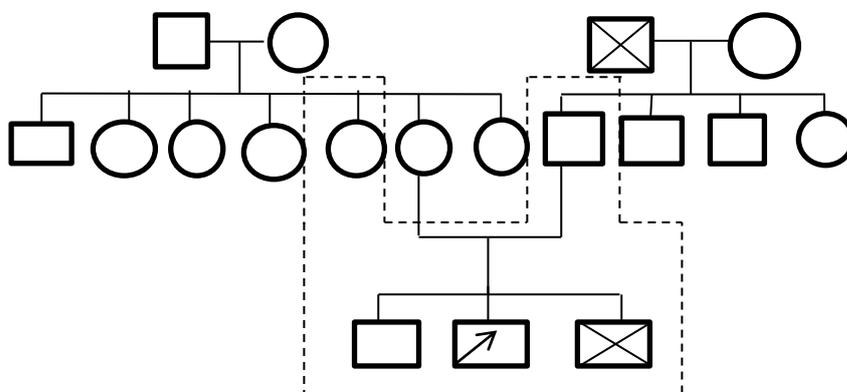
c) Postnatal Care (PNC)

Setelah selesai operasi klien tidak menangis dan sulit bernapas dengan APGAR SCORE 3/7, dengan panjang badan 38 cm, berat badan 1.300 gram, lingkar kepala 26 cm, dan lingkar dada 23 cm. Obat-obat yang di berikan pada klien

berupa Vit.K dan salep Chloramphenicol. Inisiasi menyusui dini (IMD) tidak dilakukan karena klien sulit bernapas dan tidak menangis.

4) Riwayat Keluarga

Ibu klien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat Asfiksia atau penyakit pernapasan lainnya.



Keterangan :



Gambar 4.1. Genogram

5) Riwayat Sosial

Ibu klien mengatakan sistem pendukung/keluarga yang dapat dihubungi adalah dirinya sendiri dan ayah klien, hubungan klien dengan orangtua adalah anak kandung, jumlah saudara 3

6) Riwayat Psikologi

Ibu klien mengatakan merasa cemas dengan kondisi bayinya, kontak mata buruk, wajah tampak pucat

7) Keadaan Saat Ini

Klien dengan diagnosa medik Asfiksia Berat, tampak lemah, tangisan merintih, berat badan klien rendah 1.300 gram. Status nutrisi klien mendapat diit ASI 2 cc/OGT dan terpasang cairan infus D12,5% drip 5 cc/jam. Terdapat beberapa tindakan yang telah di berikan pada klien seperti meletakkan bayi dalam inkubator, pemasangan O₂ CPAP, pemasangan OGT dan pemasangan infus.

8) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: klien tampak lemah, sesak napas, sputum berlebih, apneu, perawatan dalam inkubator dengan berat badan 1.300 gram, panjang badan 38 cm, lingkar dada 23 cm dan lingkar kepala 26 cm.

Tanda vital : HR: 135x/m, Suhu: 36,3°C, RR: 46x/m, SPO₂: 99%

a) Refleks

Moro : klien terlihat sering kaget/ terkejut saat tidur

b) Tonus/aktivitas : lemah, tangisannya merintih dan lemah

c) Kepala/leher : bentuk kepala bulat, ubun-ubun lunak, sutura sagitalis tepat, gambaran wajah simetris, tidak terdapat caput Succedaneum

d) Mata : mata kiri dan mata kanan tampak simetris, bersih

- e) Telinga : telinga kiri dan telinga kanan tampak simetris, bersih
- f) Hidung : normal, bersih, pernapasan cuping hidung, terpasang O₂ CPAP
- g) Mulut : reflex hisap dan menelan lemah, terpasang OGT, mukosa bibir kering
- h) Abdomen : inspeksi : bentuk abdomen bulat, terpasang selang infus dan injeksi pada umbilikus, palpasi : lunak, auskultasi : tidak terdengar peristaltik usus
- i) Thoraks : simetris, terdapat retraksi dada
- j) Paru-paru : suara nafas vesikular, RR: 46x/m, menggunakan O₂ CPAP
- k) Jantung : bunyi jantung normal, HR: 135x/m
- l) Ekstremitas :
 - (1) Ekstremitas atas : simetris, jari-jari lengkap, ROM terbatas, tidak ada kelainan
 - (2) Ekstremitas bawah : simetris, jari-jari lengkap, ROM terbatas, tidak ada kelainan
- m) Umbilikus : normal
- n) Genetalia : laki-laki normal
- o) Anus : normal
- p) Kulit : warna kemerahan, tampak keriput, tipis
- q) Suhu : menggunakan inkubator

9) Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.1. Hasil Pemeriksaan Darah

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
WBC	8.51 [$10^3/uL$]	(9.40-34.00)
LYMPH#	4.05 [$10^3/uL$]	(1.00-3.70)
MONO#	1.17 [$10^3/uL$]	(0.00-0.70)
EO#	0.08 [$10^3/uL$]	(0.00-0.40)
BASO#	0.16 [$10^3/uL$]	(0.00-0.10)
NEUT#	3.05 [$10^3/uL$]	(1.50-7.00)
MPH%	47.6 [%]	(20.0-50.0)
MONO%	13.7 [%]	(0.0-14.0)
EO%	0.9 [%]	(0.0-6.0)
BASO%	1.9 [%]	(0.0-1.0)
NEUT%	35.9 [%]	(37.0-72.0)
IG#	0.04 [$10^3/uL$]	(0.00-7.00)
IG%	0.5 [%]	(0.0-72.0)
RBC	4.23 - [$10^6/uL$]	(4.30-6.30)
HGB	15.2 [g/dL]	(15.2-23.6)
HCT	47.1 [%]	(44.0-72.0)
MCV	111.3 [fL]	(98.0-122.0)
MCH	35.9 [pg]	(33.0-41.0)
MCHC	32.3 [g/dL]	(31.0-35.0)
RDW-SD	64.0+ [fL]	(37.0-54.0)
DW-CV	15.9 [%]	(11.0-16.0)
PLT	140- [$10^3/uL$]	(150-45-)
MPV	12.0 [fL]	(9.0-13.0)
PCT	0.17 [%]	(0.17-0.35)
PDW	16.8 [fL]	(9.0-17.0)
P-LCR	40.1 [%]	(13.0-43.0)
FAAL HATI		
SGOT/AST	34.9	0-35 U/L
SGPT/ALT	7.7	4-36 U/L
ALBUMIN	3.56	3.4-8.8 g/dl
TOTAL BILIRUBIN	12.72	0.1-1.2 mg/dl
BILIRUBIN DIREK	0.55	< 0.3 mg/dl
ELEKTROLIT		
NATRIUM	139.0	135-145 mmol/L
KALIUM	4.37	3.5-5.1 mmol/L
CHLORIDA	119.1	98-106 mmol/L

10) Obat/Therapy

Terapi dan pengobatan yang didapat klien selama di rawat di ruang Perinatal adalah O₂ CPAP, Ampisilin 2x65 mg, Gentamicin 1x6,5 mg, Aminosteril 6% 22cc/24 jam, PO Nistatin 4x1cc, Infus D12,5% 101 ml/hari, NaCL 3% 5 ml, KCL 7,4% 1ml, CaGlukonas 10% 1 ml

Tabel 4.2. Therapy Pengobatan

Nama obat	Dosis	Indikasi
O ₂ CPAP	4 liter/menit	Untuk mempertahankan patensi dan mencegah kolaps saluran Pernapasan atau airway
Ampisilin	2x65 mg	Obat antibiotik yang digunakan untuk mengatasi infeksi bakteri pada berbagai tubuh, saluran pernapasan
Gentamicin	1x6,5 mg	Obat untuk mengatasi infeksi bakteri ringan hingga berat pada berbagai bagian tubuh gntamicin termaksud golongan antibiotik aminoglikosida

b. Tabulasi Data

Berdasarkan pengkajian dan pemeriksaan fisik , maka didapatkan tabulasi data sebagai berikut pola nafas abnormal, pernapasan cuping hidung, sputum berlebih, suhu tubuh di bawah nilai normal, terpasang oksigen CPAP, terpasang selang OGT, refleks menghisap dan menelan lemah, mukosa bibir kering, terpasang infus D12,5 % drip 5 cc/jam, perawatan dalam inkubator Air: 33,0,

Skin 1: 27.6, Set: 36,5, Skin 2: 31,5, Humid % : 60, BB: 1.300 gram, diit ASI 2 cc/OGT, suhu : 36,3°C, RR: 46x/m, kontak mata buruk, wajah tampak pucat, Ny. N.A mengatakan tidak pernah melakukan kunjungan ke Puskesmas atau Rumah Sakit pada kehamilan yang kedua, Ny.N.A mengatakan merasa cemas dengan kondisi bayinya.

c. Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil dari tabulasi data yang penulis dapatkan maka data-data tersebut di klasifikasikan sebagai berikut:

DS: Ny. N.A mengatakan tidak pernah melakukan kunjungan ke Puskesmas atau Rumah Sakit pada kehamilan yang kedua, Ny.N.A mengatakan merasa cemas dengan kondisi bayinya

DO: Pola nafas abnormal, pernapasan cuping hidung, sputum berlebih, suhu tubuh di bawah nilai normal, terpasang oksigen CPAP, terpasang selang OGT, refleks menghisap dan menelan lemah, mukosa bibir kering, terpasang infus D12,5 % drip 5 cc/jam, perawatan dalam inkubator Air: 33,0, Skin 1: 27.6, Set: 36,5, Skin 2: 31,5, Humid % : 60, BB: 1.300 gram, diit ASI 2 cc/OGT, suhu : 36,3°C, RR: 46x/m, Kontak mata buruk, wajah tampak pucat.

d. Analisa Data

Berdasarkan klasifikasi data di atas, maka dapat dilakukan analisa data sebagai berikut :

Tabel 4.3. Analisa Data

Sign&Symptom	Etiologi	Problem
DS:- DO: Pola nafas abnormal, sputum berlebih, terpasang oksigen CPAP, RR: 46x/m	Penumpukan sekret	Bersihkan jalan napas tidak efektif
DS:- DO: pola napas abnormal, pernapasan cuping hidung, terpasang oksigen CPAP, RR: 46x/m	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
DS:- DO: Suhu tubuh di bawah nilai normal, perawatan dalam inkubator Air: 33,0, Skin 1: 27.6, Set: 36,5, Skin 2: 31,5, Humid % : 60, Suhu : 36,3°C	Kekurangan lemak subkutan	Hipotermia
DS:- DO: Terpasang selang OGT, diit ASI 2 cc/OGT, BB: 1.300 gram, terpasang infus D12,5 % drip 5 cc/jam, refleks menghisap dan menelan lemah, mukosa bibir kering	Refleks menelan belum sempurna	Defisit nutrisi
DS: Ny. N.A mengatakan tidak pernah melakukan kunjungan ke Puskesmas atau Rumah Sakit pada kehamilan yang kedua DO: -	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan
DS: Ny.N.A mengatakan merasa cemas dengan kondisi bayinya DO: Kontak mata buruk, wajah tampak pucat	Krisis situasional	Ansietas

e. Prioritas Masalah

Dari hasil analisa data di atas, maka penulis dapat menentukan prioritas masalah pada By.Ny N.A yaitu :

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif
- 2) Pola napas tidak efektif
- 3) Hipotermia
- 4) Defisit nutrisi
- 5) Defisit pengetahuan
- 6) Ansietas

3. Diagnosa Keperawatan

Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan, maka penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada By. Ny N.A yaitu :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret yang di tandai dengan

DS:-

DO: Pola nafas abnormal, pernapasan cuping hidung, sputum berlebih, terpasang oksigen CPAP, RR: 46x/m

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas yang di tandai dengan

DS:-

DO: pola napas abnormal, pernapasan cuping hidung, terpasang oksigen CPAP, RR: 46x/m

- c. Hipotermia berhubungan dengan kekurangan lemak subkutan yang ditandai dengan

DS:-

DO: Suhu tubuh di bawah nilai normal, perawatan dalam inkubator Air: 33,0, Skin 1: 27,6, Set: 36,5, Skin 2: 31,5, Humid % : 60, Suhu : 36,3°C

- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan refleks menelan dan menghisap belum sempurna yang ditandai dengan

DS:-

DO: Terpasang selang OGT, diit ASI 2 cc/OGT, BB: 1.300 gram, terpasang infus D12,5 % drip 5 cc/jam, refleks menghisap dan menelan lemah, mukosa bibir kering

- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang ditandai dengan

DS: Ny. N.A mengatakan tidak pernah melakukan kunjungan ke Puskesmas atau Rumah Sakit pada kehamilan yang kedua

DO: -

- f. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional yang ditandai dengan

DS: Ny.N.A mengatakan merasa cemas dengan kondisi bayinya

DO: Kontak mata buruk, wajah tampak pucat

4. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan yang disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul pada By Ny N.A yaitu:

a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret yang di tandai dengan

DS:-, DO: Pola nafas abnormal, pernapasan cuping hidung, retraksi dada, terpasang oksigen CPAP, RR: 46x/m. Tujuan dan kriteria hasil: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: pernapasan cuping hidung menurun, Penggunaan otot bantu pernapasan menurun, Frekuensi napas membaik.

Intervensi: 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas), Rasional : Memperhatikan jika terdapat tanda-tanda yang menyebabkan dyspnea, 2. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, Rasional: Mencegah obstruksi/aspirasi, penghisapan lendir di lakukan bila klien tidak mampu mengeluarkan lendir, 3. Berikan oksigen, Rasional: Pemberian oksigen dapat mengurangi beban otot-otot pernapasan, 4. Berikan rangsangan pernapasan, Rasional: Membantu klien dalam peningkatan upaya napas, 5. Lakukan fisioterapi dada, Rasional fisioterapi dada membantu membersihkan secret dari bronkus dan mencegah penumpukan secret serta memperbaiki pergerakan dan aliran secret.

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas yang ditandai dengan

DS:-, DO: pola napas abnormal, pernapasan cuping hidung, terpasang oksigen CPAP, RR: 46x/m

Intervensi 1: Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan usaha napas,

Rasional: Mengetahui frekuensi, irama, kedalaman dan usaha

napas, 2. Monitor pola napas, Rasional: Memperhatikan jika

terdapat tanda-tanda yang menyebabkan dyspnea, 3. Berikan

rangsangan pernapasan, Rasional: Membantu klien dalam

peningkatan usaha napas, 4. Berikan oksigen, Rasional: Pemberian

oksigen dapat mengurangi beban otot-otot pernapasan.

c. Hipotermia berhubungan dengan kekurangan lemak subkutan yang ditandai dengan

DS:-, DO: Suhu tubuh di bawah nilai normal, kulit kemerahan, perawatan dalam inkubator Air: 33,0, Skin 1: 27.6, Set: 36,5, Skin 2: 31,5, Humid % : 60, Suhu : 36,3°C

Intervensi: 1. Monitor suhu tubuh, Rasional: Memantau apakah ada

peningkatan atau penurunan suhu tubuh, 2. catat apakah ada tanda

dan gejala hipotermia, Rasional: Hipotermi dengan peningkatan

laju metabolisme kebutuhan oksigen dan glukosa serta kehilangan

air dapat terjadi bila suhu dilingkungan terlalu penuh, 3. sediakan

lingkungan yang hangat, Rasional: Agar bayi merasa nyaman, tidak

terjadi kemerahan pada kulit bayi dan mencegah terjadinya infeksi,

4.lakukan penghangat pasif (mis.selimut, menutup kepala bayi,pakain tebal), Rasional: Agar bayi tetap hangat dan tidak kedinginan.

d. Defisit nutrisi berhubungan dengan refleks menelan dan menghisap belum sempurna yang di tandai dengan

DS:-, DO: Terpasang selang OGT, diit ASI 2 cc/OGT, BB: 1.300 gram, terpasang infus D12,5 % drip 5 cc/jam, refleks menghisap dan menelan lemah, mukosa bibir kering

Intervensi: 1. Identifikasi status nutrisi, Rasional: membantu mengetahui nutrisi pada bayi, 2. Monitor berat badan, Rasional : Membantu mengetahui apakah ada peningkatan dan penurunan berat badan, 3. monitor kalori dan intake nutrisi, Rasional: Mengetahui intake nutrisi dan kalori

e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang di tandai dengan

DS: Ny. N.A mengatakan tidak pernah melakukan kunjungan ke Puskesmas atau Rumah Sakit pada kehamilan yang kedua, DO: -

Intervensi: 1. identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Rasional: Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan untuk menerima informasi, 2. jelaskan kepada ibu, pentingnya melakukan kunjungan ANC, Rasional: Pentingnya kunjungan ANC ini untuk mengoptimalkan kesehatan fisik dan mental ibu hamil

f. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional yang di tandai dengan DS:Ny.N.A mengatakan merasa cemas dengan kondisi bayinya, DO: Kontak mata buruk, wajah tampak pucat

Intervensi: 1. monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), Rasional: Untuk mengetahui penyebab, tanda dan gejala awal ansietas, 2. pahami situasi yang membuat ansietas, Rasional: Perasaan adalah nyata dan membantu pasien untuk terbuka sehingga dapat mendiskusikan hal-hal untuk mencegah ansietas, 3. dengarkan dengan penuh perhatian, Rasional: Mengurangi kecemasan dan kebingungan saat berkomunikasi, 4. anjurkan keluarga untuk tetap bersama ibu pasien, Rasional: Peran serta keluarga dapat membantu dalam menentukan coping, 5. Latih teknik relaksasi, Rasional: Teknik relaksasi napas dalam dapat membantu mengurangi kecemasan

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada By. Ny N.A dilakukan selama 3 hari dari tanggal 9 Juni sampai 11 Juni 2023.

Implementasi hari pertama dilakukan pada hari/tanggal Jumad, 9 Juni 2023 dengan diagnosa pertama bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret. Jam 10.20 memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan upaya napas) (pernapasan tidak teratur, sedikit sulit bernapas, apneu), jam 09.06 memberikan oksigen (mengatur peralatan oksigenasi, pertahankan posisi klien), jam 09.45

memberikan rangsangan pernapasan (memberikan rangsangan pernapasan pada klien karena klien sering apneu), jam 10.00 melakukan fisioterapi dada. Diagnosa dua pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, jam 10.25 memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan usaha napas (pernapasan tidak teratur), jam 11.02 memonitor pola napas, jam 11.15 memberikan rangsangan pernapasan (memberikan rangsangan pernapasan pada klien karena klien sering apneu), jam 11.20 memberikan oksigen (mengatur posisi dan peralatan oksigen). Diagnosa tiga hipotermia berhubungan dengan kekurangan lemak subkutan, jam 10.00 memonitor suhu tubuh (07.00 S: 35,2°C, 10.00 S: 36,3°C, 12.00 S: 36,4°C), jam 10.20 mencatat apakah ada tanda dan gejala hipotermia (suhu bayi hipotermia), jam 08.00 menyediakan lingkungan yang hangat (mengatur suhu ruangan, klien di letakan dalam inkubator), jam 08.45 melakukan penghangat pasif (menutup bayi dengan selimut, menutup kepala bayi, pakaian tebal). Diagnosa empat defisit nutrisi berhubungan dengan reflex menelan dan menghisap belum sempurna, jam 09.00 mengidentifikasi status nutrisi (nutrisi yang di berikan yaitu ASI 2CC/OGT), jam 10.00 memonitor berat badan (BB: 1.300 gram), jam 09.00 memonitor kalori dan intake nutrisi (masukan nutrisi yaitu ASI 2 CC/OGT setiap pemberian)

Implementasi hari kedua dilakukan pada hari/tanggal Sabtu, 10 Juni 2023 dengan diagnosa satu bersihan jalan napas tidak efektif

berhubungan dengan penumpukan sekret, jam 07.45 memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) (pernapasan tidak teratur, sedikit sulit bernapas, apneu), jam 10.30 melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik (melakukan suction dengan warna lendir putih), jam 10.35 memberikan oksigen, (atur peralatan oksigenasi, pertahankan posisi klien), jam 10.40 Memberikan rangsangan pernapasan, jam 10.15 melakukan fisioterapi dada. Diagnosa dua pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, jam 07.45 memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan usaha napas (pernapasan tidak teratur), memonitor pola napas, jam 10.35 memberikan rangsangan pernapasan (memberikan rangsangan pernapasan pada klien karena klien sering apneu), jam 10.40 memberikan oksigen (mengatur posisi dan peralatan oksigen). Diagnosa tiga hipotermia berhubungan dengan kekurangan lemak subkutan, jam 07.45 memonitor suhu tubuh (07.45 : S:36°C), (10.00: S: 36,6°C), (12.00: 36,5°C), jam 08.00 mencatat apakah ada tanda dan gejala hipotermia, jam 08.30 menyediakan lingkungan yang hangat (mengatur suhu ruangan, klien di letakan dalam inkubator), jam 08.35 melakukan penghangat pasif (selimut, menutup kepala bayi, pakaian tebal). Diagnosa empat defisit nutrisi berhubungan dengan refleksi menelan dan menghisap belum sempurna, jam 09.00 mengidentifikasi status nutrisi (nutrisi yang di berikan yaitu ASI 2 CC/OGT), memonitor berat badan (BB: 1.300 gram), jam 09.10 memonitor

kalori dan intake nutrisi (masukan nutrisi yaitu ASI 2 CC/OGT setiap pemberian). Diagnosa kelima defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, jam 11.30 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (tampak siap untuk menerima informasi), jam 11.15 menjelaskan kepada ibu pentingnya melakukan kunjungan ANC (melalui ANC, berbagai informasi serta edukasi terkait kehamilan dan persiapan persalinan bias di berikan kepada ibu sedini mungkin. Pemeriksaan ANC terpadu ini meliputi 10 komponen yang di kenal dengan istilah 10 T, yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, penilaian status gizi, ukur tinggi fundus uteri, menentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), skrining dan pemberian Tetanus Toksoid (TT), pemberian tablet tambah darah, pemeriksaan laboratorium, tatalaksana kasus dan konseling. Dapat meningkatkan kesehatan ibu dan bayi). Diagnosa keenam ansietas berhubungan dengan krisis situasional, jam 11.35 memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) (kontak mata kurang, tampak cemas, tampak pucat), jam 11.32 memahami situasi yang membuat ansietas, jam 11.38 mendengarkan dengan penuh perhatian, jam 11.56 menganjurkan keluarga untuk tetap bersama ibu klien, melatih teknik relaksasi.

Implementasi hari ke tiga dilakukan pada hari Minggu, 11 Juni 2023 diagnosa pertama bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret, jam 07.30 memonitor pola napas

(frekuensi, kedalaman, usaha napas) (pernapasan tidak teratur, sedikit sulit bernapas, apneu), jam 09.45 melakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik (melakukan suction dengan warna lendir putih), jam 08.20 memberikan oksigen, (atur peralatan oksigenasi, pertahankan posisi klien), jam 08.49 Memberikan rangsangan pernapasan, jam 09.00 melakukan fisioterapi dada. Diagnosa dua pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, jam 07.30 memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan usaha napas (pernapasan tidak teratur), memonitor pola napas, jam 08.20 memberikan rangsangan pernapasan (memberikan rangsangan pernapasan pada klien karena klien sering apneu), jam 08.50 memberikan oksigen (mengatur posisi dan peralatan oksigen) Diagnosa tiga hipotermia berhubungan dengan kekurangan lemak subkutan, jam 07.30 memonitor suhu tubuh (07.30 : S:37°C) (10.00: S: 36,7°C) (12.00: 37,5°C), jam 07.35 mencatat apakah ada tanda dan gejala hipotermia (suhu tubuh klien tidak hipotermia), jam 07.40 menyediakan lingkungan yang hangat (mengatur suhu ruangan, klien di letakan dalam inkubator), jam 07.50 melakukan penghangat pasif (selimut, menutup kepala bayi, pakaian tebal). Diagnosa empat defisit nutrisi berhubungan dengan refleks menelan dan menghisap belum sempurna, jam 08.50 mengidentifikasi status nutrisi (nutrisi yang diberikan yaitu ASI 2 CC/OGT), memonitor berat badan (BB: 1.300 gram), jam 09.00 memonitor kalori dan intake nutrisi (masukan nutrisi

yaitu ASI 2 CC/OGT setiap pemberian). Diagnosa enam ansietas berhubungan dengan krisis situasional, jam 11.15 memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) (kontak mata kurang, tampak cemas, tampak pucat), jam 11.20 memahami situasi yang membuat ansietas, jam 11.25 mendengarkan dengan penuh perhatian, jam 11.35 menganjurkan keluarga untuk tetap bersama ibu klien, melatih teknik relaksasi (melatih teknik relaksasi pada Ny.N.A untuk membantu mengontrol dan mengurangi cemas)

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada By Ny.N.A dilakukan selama 3 hari dari tanggal 9 Juni sampai 11 Juni 2023.

Hari pertama evaluasi hari/tanggal Jumad, 9 Juni 2023, evaluasi dilakukan pada pukul 13.55 dengan diagnosa pertama bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret, S: -, O: pernapasan tidak teratur, tampak sesak, RR : 48x/m, terpasang oksigen CPAP, memberikan rangsangan pernapasan, A: Masalah bersihan jalan napas belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-3. Diagnosa dua pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, S:-, O: Pernapasan tidak teratur,klien tampak sesak, terpasang oksigen CPAP, memberikan rangsangan pernapasa, RR : 48x/m, A: masalah pola napas belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-4. Diagnosa tiga hipotermia berhubungan dengan kekurangan lemak subkutan, S:-, O: klien di letakan dalam inkubator, suhu tubuh : 36,4°C, tubuh klien di

tutup dengan selimut, kepala klien di tutup topi dan kain agar tetap hangat, A:Masalah Hipotermia belum teratasi, P: Lanjutkan intervensi 1-4. Diagnosa empat defisit nutrisi berhubungan dengan refleks menelan dan menghisap belum sempurna, S: -, O: BB: 1.300 gram, diit ASI 2cc/OGT, terpasang OGT, terpasang infus D12,5 % drip 5 cc/jam, refleks menghisap dan menelan lemah, mukosa bibir kering, A:Masalah defisit nutrisi belum teratasi, P: Lanjutkan intervensi 1-3.

Hari ke dua evaluasi dilakukan pada hari/tanggal Sabtu 10 Juni 2023, evaluasi dilakukan pada pukul 14.00. Diagnosa pertama bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret, S:, O: klien tampak sesak, napas tidak teratur, RR:48x/m, terpasang oksigen CPAP , memberikan rangsangan pernapasan karena pasien apneu, melakukan suction dengan warna lendir putih, A: masalah bersihan jalan napas belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-4. Diagnosa dua pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, S:-, O: Pernapasan tidak teratur,klien tampak sesak, terpasang oksigen CPAP, memberikan rangsangan pernapasa, RR : 48x/m, A: masalah pola naapas belum teratsi, P: lanjutkan intervensi 1-4. Diagnosa tiga hipotermia berhubungan dengan kekurangan lemak subkutan, S: -, O: klien di letakan dalam inkubator, suhu tubuh : 36,5°C, tubuh klien di tutup dengan selimut, kepala klien di tutup topi dan kain agar tetap hangat, A:Masalah Hipotermia sebagian teratasi, P: Lanjutkan intervensi 1-4. Diagnosa empat defisit nutrisi berhubungan dengan

refleks menelan dan menghisap belum sempurna, S: -, O: BB: 1.300 gram, diit ASI 2cc/OGT, terpasang OGT, terpasang infus D12,5 % drip 5 cc/jam, refleks menghisap dan menelan lemah, mukosa bibir kering, A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-3. Diagnosa lima defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, S: Ny.N.A mengatakan siap untuk menerima informasi yang akan di berikan, Ny.N.A mengatakan sudah paham dengan penjelasan yang di berikan tentang pentingnya melakukan kunjungan ANC, O: tampak siap untuk menerima informasi yang di berikan, mengangguk dan dapat menjawab kembali ketika di tanya, A: Masalah defisit pengetahuan sudah teratasi, P: hentikan intervensi. Diagnosa enam ansietas berhubungan dengan krisis situasional, S: Ny.N.A mengatakan merasa cemas dengan keadaan bayinya, O: kontak mata kurang, tampak pucat, A: Masalah ansietas belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-5.

Hari ke tiga evaluasi dilakukan pada hari/tanggal Minggu, 11 Juni 2023, evaluasi dilakukan pada pukul 14.00 dengan diagnosa pertama bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret, S:-, O: tampak sesak, pernapasan tidak teratur, apneu, RR: 50x/m, terpasang oksigen CPAP, rangsangan pernapasan, suction dengan warna lendir putih, A: masalah bersihan jalan napas belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-4. Diagnosa dua pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, S:-, O:

pernapasan belum teratur, apneu, terpasang oksigen CPAP, RR: 50x/m, tampak sesak, A: masalah pola napas belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-4. Diagnosa tiga hipotermia berhubungan dengan kekurangan lemak subkutan, S:-, O:klien di letakan dalam inkubator, suhu tubuh : 37,5°C, tubuh klien di tutup dengan selimut, kepala klien di tutup topi dan kain agar tetap hangat, A:masalah Hipotermia sebagian teratasi, P: Lanjutkan intervensi 1-4. Diagnosa empat defisit nutrisi berhubungan dengan refleks menelan dan menghisap belum sempurna, S: -, O: diit ASI 2 cc/ OGT, terpasang selang OGT, BB: 1.300 gram, A: masalah defisit nutrisi belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-3. Diagnosa enam ansietas berhubungan dengan krisis situasional, S: Ny. N.A mengatakan masih merasa cemas dengan kondisi bayinya yang masih di rawat, O: kontak mata membaik, pucat menurun, dapat mengulang kembali teknik relaksasi yang di ajarkan untuk membantu mengontrol dan mengurangi rasa cemas, A: masalah ansietas sebaagian teratasi, P: lanjutkan intervensi 1,4,5.

7. Catatan Perkembangan

Nama : By. N.A

Umur : 7 Juni 2023 (2 hari)

Tabel 4.4. Catatan Perkembangan

Hari/tanggal	No.Dx	Jam	Catatan Perkembangan
Minggu, 11 Juni 2023	1	07.25	S: - O: tampak sesak, pernapasan tidak teratur, apneu, RR: 50x/m, terpasang oksigen CPAP, rangsangan pernapasan, suction dengan warna lendir putih A: masalah bersihan jalan napas belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-4 I:
		07.30	- Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan upaya) (pernapasan tidak teratur, sedikit sulit bernapas, apneu)
		09.45	- Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik (melakukan suction dengan warna lendir putih)
		08.20	- Memberikan oksigen (atur peralatan oksigenasi, pertahankan posisi klien)
		08.49	- Memberikan rangsangan pernapasan
			- Melakukan fisioterapi dada
		14.00	E: kesadaran letargi, keadaan klien belum membaik, tampak lemah, pola napas belum teratur, masih terpasang oksigen CPAP. Bersihan jalan napas belum teratasi R: intervensi dilanjutkan

Lanjutan tabel 4.4. catatan perkembangan

2	07.25 07.30 09.45 08.20 08.49 14.00	<p>S:- O: pernapasan belum teratur, apneu, terpasang oksigen CPAP, RR: 50x/m, tampak sesak A: masalah pola napas belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-4 I: - memonitor frekuensi, irama, kedaalaman dan usaha napas (pernapasan tidak teratur) - memonitor pola napas - memberikan rangsangan pernapasan (memberikan rangsangan pernapasan pada klien karena klien sering apneu) - memberikan oksigen (mengatur posisi dan peralatan oksigen)</p> <p>E : kesadaran letargi, keadaan klien belum membaik, tampak lemah, pola napas belum teratur, masih terpasang oksigen CPAP. Pola napas belum teratsi</p> <p>R: intervensi dilanjutkan</p>
3	07.25 07.30 07.35 07.40 07.50 14.00	<p>S: - O: klien diletakan dalam inkubator, suhu tubuh : 37,5°C, tubuh klien ditutup selimut, kepala klien ditutup topi dan kain agar tetap hangat A: masalah hipotermia sebagian teratasi P : lanjutkaan intervensi 1-4 I : - Mengukur suhu tubuh (suhu yang diukur hasilnya 37,5°C) - Mencatat apakah ada tanda dan gejala hipotermia (suhu tubuh klien tidak hipotermia) - Meyediakan lingkungan yang hangat (mengatur suhu ruangan, klien diletakin dalam inkubator) - Melakukan penghangat pasif (menutup bayi dengan selimut, menutup kepala bayi)</p> <p>E : kesadaran latergi, suhu tubuh sudah membaik 37,5°C, klien masih menggunakan inkubator, suhu klien sudah normal, klien tampak nyaman. Hipotermia sebagian teratasi</p> <p>R : intervensi dilanjutkan</p>

Lanjutan tabel 4.4. catatan perkembangan

4	08.45	<p>S :- O : diit ASI 2 cc/OGT, terpasang selang OGT, BB: 1.300 gram A : masalah defisit nutrisi belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1-3</p>
	08.55	<p>I : - Mengidentifikasi status nutrisi (nutrisi yang diberikan yaitu ASI 2cc/OGT) - Memonitor berat badan (BB: 1.300 gram) - Memonitor kalori dan intake nutrisi (masukan nutrisi yaitu ASI 2cc/OGT setiap pemberian)</p>
	09.00	
	14.00	<p>E : terpasang selang OGT, BB: 1.300 gram, tampak lemah, kesadaran latergi. Defisit nutrisi belum teratasi R : intervensi dilanjutkan</p>
6	11.05	<p>S : Ny. N.A mengatakan masih merasa cemas dengan kondisi bayinya yang masih dirawat O : kontak mata membaik, pucat menurun, dapat mengulang kembali teknik relaksasi yang diajarkan untuk membantu mengontrol dan mengurangi rasa cemas A : masalah ansietas belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1,4,5</p>
	11.15	<p>I : - Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) (kontak mata kurang, tampak cemas, tampak pucat)</p>
	11.20	<p>- Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama ibu klien</p>
	11.25	<p>- Melatih teknik relaksasi (melatih teknik relaksasi pada Ny N.A untuk membantu mengontrol dan mengurangi cemas)</p>
	11.45	<p>E : ibu mengatakan rasa cemas terhadap bayinya sudah berkurang, mampu mengulang teknik relaksasi yang sudah diajarkan, kontak mata membaik. Ansietas teratasi R : intervensi di hentikan</p>

B. Pembahasan

Dari hasil pengkajian pada kasus By Ny.N.A pada saat lahir klien tidak bernapas dan menangis lalu dibawa ke ruang Perinatal untuk mendapatkan tindakan lebih lanjut. Klien dilahirkan secara Operasi Sectio Caesarea. Keadaan umum klien saat di ruang Perinatal tampak lemah, kesadaran letargi, sesak napas, apneu, perawatan dalam inkubator, berat badan 1.300 gram, panjang badan 38 cm, lingkaran dada 23 cm, lingkaran kepala 26 cm, HR 135 x/m, RR 46 x/m, SpO₂ 99%, suhu 36,3°C, tangisan merintih, pernapasan cuping hidung, terpasang oksigen CPAP, reflex hisap dan menelan lemah, terpasang selang OGT, ibu klien mengatakan selama hamil dirinya tidak pernah melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas maupun Rumah Sakit, ibu klien juga mengatakan selama hamil dirinya melakukan pekerjaan yang berat seperti menimba air, mencuci pakaian dan mengangkat air. Ibu klien juga mengatakan dirinya hamil kembar dan salah satu bayinya meninggal. Menurut Juliana Br Sembiring (2019) pada teori tanda dan gejala bayi dengan asfiksia yaitu bayi tidak bernapas atau napas menggap-mengap, denyut jantung kurang dari 100x/m, kulit sianosis, pucat. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena pada kasus By Ny.N.A tidak ditemukan tanda-tanda seperti sianosis, pucat, denyut jantung kurang dari 100 x/m dikarenakan klien sudah mendapatkan perawatan di NICU ruang Perinatal. Selain itu, pada penelitian kasus yang dilakukan Mogi, I. R. O., Anggraeni, L. D., & Supardi, S. (2021) di RSUD Ende banyak ibu

berpendidikan rendah yang memiliki bayi meninggal disebabkan karena kurangnya pengetahuan ibu dalam mencari atau mendapatkan informasi terkait pemeriksaan kehamilan atau antenatal care (ANC). Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aisyah bahwa pendidikan ibu yang rendah berpengaruh terhadap kematian bayi. Ini juga dikarenakan faktor tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan rendahnya pengetahuan ibu saat hamil sehingga ibu tidak mengetahui pentingnya pemeriksaan kehamilan. Dan hal ini juga ditemukan pada ibu klien karena ibu klien tidak pernah melakukan kunjungan ANC selama kehamilannya.

Menurut Widiastuti, A. (2022) diagnosa yang muncul pada Asfiksia yaitu Bersihan jalan napas tidak efektif, Pola napas tidak efektif, Gangguan pertukaran gas, Intoleransi aktivitas dan Ansietas. Namun pada kasus By. Ny N.A hanya di temukan diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif dan ansietas hal ini dikarenakan sesuai dengan batasan karakteristik yang ditemukan dalam pengkajian. Sedangkan diagnosa gangguan pertukaran gas dan intoleransi aktivitas tidak di ambil disebabkan karena tidak ada data yang mendukung untuk menegakan ketiga diagnosa tersebut.

Perencanaan keperawatan pada tinjauan teori menurut (PPNI T. S., 2018) pada masalah bersihan jalan napas tidak efektif terdapat 5 (lima) intervensi dan pada kasus By Ny.N.A 5 (lima) intervensi tersebut di ambil semua. Masalah pola napas tidak efektif terdapat 4 (empat) intervensi, masalah hipotermia terdapat 4 (empat) intervensi, masalah

defisit nutrisi terdapat 3 (tiga) intervensi, masalah defisit pengetahuan terdapat 2 (intervensi), masalah ansietas terdapat 6 (enam) intervensi dan intervensi tersebut direncanakan untuk di implementasikan pada By Ny.N.A

Tahap implementasi merupakan tahap melaksanakan rencana keperawatan dengan berpedoman pada intervensi atau aktivitas yang telah di tentukan. Implementasi pada kasus By Ny. N.A dalam masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, hipotermia, defisit nutrisi, defisit pengetahuan dan ansietas dapat dijalankan dengan baik karena di dukung oleh sarana dan partisipasi keluarga serta petugas kesehatan. Dengan demikian seluruh intervensi yang direncanakan dapat di implementasikan pada By Ny.N.A

Menurut Huitzi-Egilegor et al., (2014) dalam Malisa Novi,dkk (2021) evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dan merupakan sebuah perbandingan yang terencana dan sistematis antara hasil akhir dan tujuan atau kriteria hasil yang telah di lakukan pada tahap perencanaan. Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 (tiga) hari masalah masalah Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi, Pola napas tidak efektif belum teratasi, Hipotermia sebagian teratasi, Defisit nutrisi belum teratasi, Defisit pengetahuan sudah teratasi, Ansietas sebagian teratasi. Langkah selanjutnya diharapkan klien dan keluarga untuk mengikuti semua anjuran dari petugas kesehatan dengan baik dan tujuan mencegah timbulnya Asfiksia.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan hasil studi kasus terkait gambaran asuhan keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia Berat di ruang Perinatal Rumah Sakit Umum Daerah Ende tanggal 9 Juni – 11 Juni 2023 (3 hari), maka dapat di ambil kesimpulan sebagai berikut: studi kasus di laksanakan oleh Maria Joanna Tipu pada tanggal 9 Juni – 11 Juni 2023 (3 hari) di ruang Perinatal Rumah Sakit Umum Daerah Ende, dilakukan pada By Ny.N.A umur 2 hari merupakan klien dengan diagnosa medis Asfiksia Berat.

Pengkajian yang dilakukan pada By Ny.N.A ditemukan klien pola napas abnormal, apneu, tangisan merintih, BB: 1.300 gram, panjang badan: 38 cm, lingkar dada: 23 cm, lingkar kepala :26 cm, lahir secara Sectio Caesarea di usia kehamilan 36-37 minggu, lemah

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus By.Ny.N.A yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, hipotermia berhubungan dengan kekurangan lemak subkutan, defisit nutrisi berhubungan dengan reflex menelan dan menghisap belum sempurna, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dan ansietas yang berhubungan dengan krisis situasional.

Intervensi yang direncanakan pada kasus By Ny.N.A yaitu manajemen jalan napas, pemantauan respirasi, manajemen hipotermia, manajemen nutrisi, edukasi kesehatan dan reduksi ansietas.

Implementasi yang dilakukan pada kasus By Ny.N.A yaitu memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas), memberikan oksigen, memberikan rangsangan pernapasan, melakukan fisioterapi dada, memonitor suhu tubuh, mencatat apakah ada tanda dan gejala hipotermia, menyediakan lingkungan yang hangat, melakukan penghangat pasif, mengidentifikasi status nutrisi, memonitor berat badan, memonitor kalori dan intake nutrisi, mengidentifikasi kesiapan ibu untuk menerima informasi, memonitor tanda dan gejala ansietas, memahami situasi yang membuat ansietas, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama ibu klien.

Pada kasus By Ny.N.A dapat dievaluasi bahwa masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi, pola napas tidak efektif belum teratasi, hipotermia sebagian teratasi, defisit nutrisi sebagian teratasi, defisit pengetahuan teratasi, ansietas sebagian teratasi dan tetap lanjutkan intervensi.

B. Saran

1. Bagi peneliti

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar dilapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan pada Bayi dengan Asfiksia Berat

2. Bagi rumah sakit

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadikan suatu tolak ukur serta upaya rumah sakit dalam meningkatkan pelayanan

3. Bagi institusi pendidikan

Agar informasi hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan tambahan untuk memperkaya pengetahuan serta meningkatkan kapasitas dan kualitas pendidikan

4. Bagi keluarga

Mengajari keluarga klien dengan cara menganjurkan ibu klien untuk melakukan pemeriksaan yang rutin ke fasilitas kesehatan agar mencegah terjadinya bayi dengan Asfiksia berat

DAFTAR PUSTAKA

- Annisa, R., Ismail, N., & Yussar, M. O. (2020). Hubungan Riwayat Neonatus dengan Kematian Asfiksia Pada Bayi di RS Ibu dan Anak (RSIA) Provinsi Aceh. *Journal Of Healthcare Technology And Medicine*, 6(2), 903-910.
- Bai, M. K (2022). Gambaran Partus Lama Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Pada Bayi Baru Lahir Di Ruang Bersalin Rsud Ende. *Jurnal Keperawatan Kelimutu* , 1 (1), 30-33.
- Febriyanti, G. D., Triana, N. Y., Wirakhmi, i. N., & dkk. (2022, Oktober 06). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Risiko Terjadinya Asfiksia Neonatorum Pada Bayi Baru Lahir di Rumah Sakit Hermina Purwokerto.
- Kemenkes, R. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia*. (F. Sibuea, Ed.) Jakarta.
- Malisa, N., Damayanti, D., Perdani, Z. P., & dkk. (2021). *Proses Keperawatan Dan Pemeriksaan Fisik*. (R. Watrianthos, Ed.) Yayasan Kita Menulis.
- Mardalena, H., Sari, K., Kurnia, Y. F., & Sulistiyani, S. (2021, December). Analisis faktor faktor penyebab kejadian asfiksia pada bayi baru lahir. In *Call For Paper Seminar Nasional Kebidanan* (pp. 211-218).
- Mogi, I. R. O., Anggraeni, L. D., & Supardi, S. (2021). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kematian Bayi di RSUD Ende. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 16(1), 7-13.
- Mumpuni, G. A., Sari, K., Apriani, S., Hikmah, R., Rachmawati, I., Safitri, N., ... & Mumuk, P. (2021, December). Literatur Review Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir. In *Call For Paper Seminar Nasional Kebidanan* (pp. 178-187).
- Murniati, L., Taherong, F., & Syatirah, S. (2021). Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Asfiksia (Literatur Review). *Jurnal Midwifery*, 3(1).
- Mumpuni, G. A., Sari, K., Apriani, S., Hikmah, R., Rachmawati, I., Safitri, N., ... & Mumuk, P. (2021, December). Literatur Review Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir. In *Call For Paper Seminar Nasional Kebidanan* (pp. 178-187).
- Ningsih, F. N. (2022). *Keperawatan Anak*. (A. S. Ns. Munandar, Ed.) Media Sains Indonesia.

- Ns. Nining Yuliasati, S. M., & Arnis, A. M. (2016). *Modul Keperawatan Anak*.
- PPNI, T. S. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (1 ed.).
- PPNI, T. S. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1 ed.).
- R. D. (2018). Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2019.
- Ramdhan, M. (2021). *Metode Penelitian*. (A. A. Effendy, Ed.)
- S, A. S. (2022). *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita Dan Anak Prasekolah*. (S. M. Oktavianis, & R. M. Sahara, Eds.) PT Global Eksekutif Teknologi.
- Widiastuti, A. (2022). *Asuhan Keperawatan Anak*. (R. Watrianthos, Ed.) Yayasan Kita Menulis.
- Wahyuni, S., Puspitasari, D., Rismawati, S., & dkk. (2022). *Perawatan Bayi Baru Lahir*. (N. Sulung , & R. M. Sahara, Eds.)

INFORMED CONSENT

(Persetujuan menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Maria Joanna Tipu dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dengan Asfiksia Di Ruang Perinatal RSUD Ende"

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende, 9 Juni 2023

Saksi


Reshiah Usman

Yang memberikan persetujuan


Mona Astuti

Peneliti


Maria Joanna Tipu

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dengan Asfiksia Di Ruang Perinatal RSUD Ende
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dengan Asfiksia Di Ruang Perinatal RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa klien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegahan Asfiksia. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan / memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak / Ibu / Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak / Ibu / Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 082145804124

Ende, 9 Juni 2023
Peneliti,


Maria Joanna Tipu
PO 5303202200499

FORMAT LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

FORMAT PENGKAJIAN BAYI BARU LAHIR

Tanggal masuk : 7 Juni 2023
Ruang/kelas : Perinatal/NICU
Tanggal pengkajian : 9 Juni 2023
Diagnosa medis : Asfiksia Berat
Jam masuk : 10.30
No. Register : 13-93-25

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

Nama Bayi : By. Ny N.A
Jenis kelamin : Laki-laki
Tempat/tanggal lahir : Ende, 7 Juni 2023
Nama ayah : Tn. R.U
Pekerjaan ayah : Pedagang
Pendidikan ayah : SMA
Nama ibu : Ny.N.A
Pekerjaan ibu : IRT
Pendidikan ibu : SMA
Alamat : Jl. Ikan Tongkol
Suku bangsa : Indonesia
Agama : Islam

2) Keluhan Utama

3) Riwayat Kehamilan Dan Kelahiran

1) PRENATAL

a) ANC

Berapa kali kunjungan : Ny. N.A mengatakan tidak pernah melakukan kunjungan ke Puskesmas atau Rumah Sakit pada kehamilan yang kedua

Tempat periksa : tidak ada

Penkes yang didapat : tidak ada

HPHT, HPL : 31 Agustus 2022

- b) Kenaikan BB selama hamil : Ny.N.A mengatakan tidak mengetahui dirinya mengalami kenaikan BB selama hamil, karena Ny.N.A tidak pernah melakukan pemeriksaan kehamilan.
- c) Komplikasi kehamilan : Ny.N.A mengatakan tidak mengetahui komplikasi selama kehamilan, karena tidak pernah melakukan kunjungan ANC selama kehamilan
- d) Komplikasi obat : Ny.N.A mengatakan tidak tahu apakah ada komplikasi obat atau tidak
- e) Obat-obat yang didapat : tidak ada
- f) Riwayat hospitalisasi : tidak pernah dirawat di Rumah Sakit ataupun Puskesmas
- g) Golongan darah ibu : A

2) NATAL

- a) Awal persalinan : -
- b) Lama persalinan Kala I-IV : Ny. N.A mengatakan merasa nyeri 3 hari sebelum melahirkan, dengan jarak waktu 5 menit. Merasa nyeri hilang timbul.
- c) Komplikasi persalinan : tidak ada
- d) Terapi yang diberikan:
- e) Cara melahirkan : Operasi Sectio Caesarea (SC)
- f) Tempat melahirkan : Kamar Operasi RSUD Ende

3) POSTNATAL

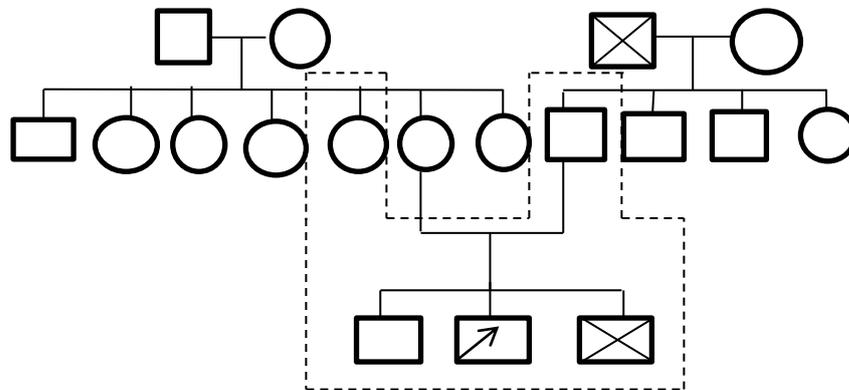
- a) Usaha nafas : dengan bantuan (O₂ CPAP)
- b) Kebutuhan resusitasi
Apgar Score menit I dan 5

	1	5
Appereance	: 0	2
Pulse	: 1	2
Grimace	: 1	1
Activity	: 0	1
Respiration	: 1	1
Total	: 3	7

- c) Obat-obatan yang diberikan pada neonatus: Vitamin K dan salep Chloramphenicol
- d) Interaksi orangtua dan bayi (Inisiasi Menyusu Dini=IMD): tidakdilakukan karena bayi tidak menangis dan sulit bernapas
- e) Trauma lahir : tidak ada trauma lahir
- f) Keluarnya urin/BAB : tidak ada
- g) Respon fisiologis atau perilaku bermakna: tidak ada

4) Riwayat Keluarga

Genogram



Keterangan :

- : laki-laki
- : perempuan
- ↗ : Klien
- ⊗ : meninggal
- ⋯ : Tinggal serumah

5) Riwayat Sosial

- a) Sistem pendukung/keluarga yang dapat dihubungi : Orangtua kandung Bayi

b) Hubungan orangtua dengan bayi : anak kandung

c) Anak yang lain (Bersaudara)

Jenis kelamin anak	Riwayat persalinan	Riwayat imunisasi
Laki-laki	Normal	Lengkap
Laki-laki	Sc	
Laki-laki (pasien)	Sc	

d) Lingkungan rumah

Ny.N.A mengatakan lingkungan di sekitar rumahnya bersih

6) Keadaan Kesehatan Saat Ini

a) Diagnosa medik : Asfiksia Berat

b) Tindakan operasi : tidak ada

c) Status nutrisi : saat ini mendapat diit ASI 2 cc/OGT

d) Status cairan : Infus D12,5% drip 5 cc/jam

e) Obat/terapi : O₂ CPAP

Injeksi Ampisilin 2x65 mg

Injeksi Gentamicin 1x6,5 mg

Aminosteril 6% 22cc/24 jam

PO Nistatin 4x1cc

Infus D12,5% 101 ml/hari

NaCL 3% 5 ml

KCL 7,4% 1ml

CaGlukonas 10% 1 ml

Nama obat	Dosis	Indikasi
O ₂ CPAP	4 liter/menit	Untuk mempertahankan patensi dan mencegah kolaps saluran Pernapasan atau airway
Ampisilin	2x65 mg	Obat antibiotik yang digunakan untuk mengatasi infeksi bakteri pada berbagai tubuh, saluran pernapasan
Gentamicin	1x6,5 mg	Obat untuk mengatasi infeksi bakteri ringan

hingga berat pada
berbagai bagian tubuh
gentamicin termaksud
golongan antibiotik
aminoglikosida

f) Aktivitas : lemah

g) Tindakan keperawatan yang telah dilakukan :

(1) Meletakkan klien dalam inkubator

(2) Pemasangan O₂ CPAP

(3) pemasangan OGT

(4) Pemasangan infus

h) Hasil laboratorium :

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
WBC	8.51 [10 ³ /uL]	(9.40-34.00)
LYMPH#	4.05 [10 ³ /uL]	(1.00-3.70)
MONO#	1.17 [10 ³ /uL]	(0.00-0.70)
EO#	0.08 [10 ³ /uL]	(0.00-0.40)
BASO#	0.16 [10 ³ /uL]	(0.00-0.10)
NEUT#	3.05 [10 ³ /uL]	(1.50-7.00)
MPH%	47.6 [%]	(20.0-50.0)
MONO%	13.7 [%]	(0.0-14.0)
EO%	0.9 [%]	(0.0-6.0)
BASO%	1.9 [%]	(0.0-1.0)
NEUT%	35.9 [%]	(37.0-72.0)
IG#	0.04 [10 ³ /uL]	(0.00-7.00)
IG%	0.5 [%]	(0.0-72.0)
RBC	4.23 - [10 ⁶ /uL]	(4.30-6.30)
HGB	15.2 [g/dL]	(15.2-23.6)
HCT	47.1 [%]	(44.0-72.0)
MCV	111.3 [fL]	(98.0-122.0)
MCH	35.9 [pg]	(33.0-41.0)
MCHC	32.3 [g/dL]	(31.0-35.0)
RDW-SD	64.0+ [fL]	(37.0-54.0)
DW-CV	15.9 [%]	(11.0-16.0)

PLT	140- [10 ³ /uL]	(150-45-)
MPV	12.0 [fL]	(9.0-13.0)
PCT	0.17 [%]	(0.17-0.35)
PDW	16.8 [fL]	(9.0-17.0)
P-LCR	40.1 [%]	(13.0-43.0)
FAAL HATI		
SGOT/AST	34.9	0-35 U/L
SGPT/ALT	7.7	4-36 U/L
ALBUMIN	3.56	3.4-8.8 g/dl
TOTAL BILIRUBIN	12.72	0.1-1.2 mg/dl
BILIRUBIN DIREK	0.55	< 0.3 mg/dl
ELEKTROLIT		
NATRIUM	139.0	135-145 mmol/L
KALIUM	4.37	3.5-5.1 mmol/L
CHLORIDA	119.1	98-106 mmol/L

7) Reaksi Psikologi

Ny.N.A mengatakan merasa cemas dengan kondisi bayinya. Kontak mata buruk, wajah tampak pucat

8) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : Pasien tampak lemah, sesak nafas, sputum berlebih, Apneu, perawatan dalam inkubator

Kesadaran : Letargi

Tanda vital : HR : 135x/m Suhu: 36,3°C RR: 46X/m SPo2: 99%

Saat lahir Saat ini

Berat badan 1.300 gr

Panjang badan 38 cm

Lingkar kepala 26 cm

Lingkar dada 23 cm

a) Reflek : (√)Moro () Menggenggam () Isap

b) Tonus/aktivitas : () Aktif () Tenang () Letargi () Kejang () Menangis
keras (√) Lemah () Melengking () Sulit menangis

c) Kepala/leher

(1) Fontanel anterior (ubun2 depan): (√) Lunak () Tegas () Datar ()
Menonjol

() Cekung

(2) Sutura sagitalis : (√) Tepat () Terpisah () Menjauh

(3) Gambaran wajah: (√) Simetris () Asimetris

(4) Molding: () bersesuaian () tumpang tindih

(5) () Caput Succedaneum

(6) () Cephalohematoma

d) Mata : (√) Bersih () Sekresi

e) Telinga Hidung Tenggorokan (THT)

(1) Telinga : (√) Normal () Tidak normal

(2) Hidung : () Bilateral () Obstruksi (√) Cuping hidung

(3) Palatum: (√) Normal () Tidak normal

f) Mulut : Refleks menghisap dan menelan lemah, terpasang OGT,
mukosa bibir kering

g) Abdomen: (√) Lunak () Tegas () Datar () Kembung () Lingkarperut ()
Liver: () kurang dari 2cm () lebih dari 2cm

h) Thoraks : (√) simetris () asimetris Retraksi dada (√)

i) Paru-paru : (1) Suara nafas: () Bersih () Ronchi () Wheezing ()
Terdengar di semua lapang

paru () Tidak terdengar () Menurun

(2) Respirasi: () Spontan, jumlah: 46x/mnt. Menggunakan

O₂: () Sungkup/headbox () Ventilator (√) O₂ CPAP

j) Jantung: (√) Bunyi jantung normal () Mur-mur () Lain-lain,
sebutkan: HR : 135 x/m

(√) Nadi perifer

Brachial/siku () berat () lemah () tidak

Femoral/lipat () berat () lemah () tidak

paha

ada

- k) Ekstremitas () Semua ektremitas bergerak normal (√)ROM terbatas
()Tidak bias dikaji
(√)Ekstremitas atas bawah simetris
- l) Umbilikus : (√)Normal ()Abnormal ()Inflamasi ()Drainase
- m)Genetalia : (√)Laki-laki normal ()Perempuan normal ()Ambivalen ()Lain-lain,sebutkan....
- n) Anus: (√)Paten = normal () Imperforata= tidak ada lubang anus
- o) Spina=tulang belakang: (√)Normal () Abnormal, sebutkan.....
- p) Kulit: Warna: ()Pink()Pucat ()Joundice=kuning ()Rash =bintik kemerahan ()Tanda lahir, (√)kemerahan
- q) Suhu: menggunakan ()Pengahangat radian = lampu hangat ()pengaturan suhu (√)Inkubator () Suhu ruang ()Boks terbuka

b. Tabulasi Data

Pola nafas abnormal, pernapasan cuping hidung, sputum berlebih, suhu tubuh di bawah nilai normal, kulit kemerahan, terpasang oksigen CPAP, terpasang selang OGT, refleks menghisap dan menelan lemah, mukosa bibir kering, terpasang infus D12,5 % drip 5 cc/jam, perawatan dalam inkubator Air: 33,0, Skin 1: 27.6, Set: 36,5, Skin 2: 31,5, Humid % : 60, BB: 1.300 gram, diit ASI 2 cc/OGT , suhu : 36,3⁰C, RR: 46x/m, Kontak mata buruk, wajah tampak pucat, Ny. N.A mengatakan tidak pernah melakukan kunjungan ke Puskesmas atau Rumah Sakit pada kehamilan yang kedua, Ny.N.A mengatakan merasa cemas dengan kondisi bayinya.

c. Klasifikasi Data

DS: Ny. N.A mengatakan tidak pernah melakukan kunjungan ke Puskesmas atau Rumah Sakit pada kehamilan yang kedua, Ny.N.A mengatakan merasa cemas dengan kondisi bayinya

DO: Pola nafas abnormal, pernapasan cuping hidung, sputum berlebih, suhu tubuh di bawah nilai normal, kulit kemerahan, terpasang oksigen CPAP, terpasang selang OGT, refleks menghisap dan menelan lemah, mukosa bibir kering, terpasang infus D12,5 % drip 5 cc/jam, perawatan

dalam inkubator Air: 33,0, Skin 1: 27.6, Set: 36,5, Skin 2: 31,5, Humid % : 60, BB: 1.300 gram, diit ASI 2 cc/OGT, suhu : 36,3°C, RR: 46x/m, Kontak mata buruk, wajah tampak pucat.

d. Analisa Data

Sign&Symptom	Etiologi	Problem
DS:- DO: Pola nafas abnormal, pernapasan cuping hidung, sputum berlebih, terpasang oksigen CPAP, RR: 46x/m	Penumpukan sekret	Bersihan jalan napas tidak efektif
DS:- DO: Pola napas abnormal, pernapasan cuping hidung, terpasang oksigen CPAP, RR: 46 X/m	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
DS:- DO: Suhu tubuh di bawah nilai normal, kulit kemerahan, perawatan dalam inkubator Air: 33,0, Skin 1: 27.6, Set: 36,5, Skin 2: 31,5, Humid % : 60, Suhu : 36,3°C	Kekurangan lemak subkutan	Hipotermia
DS:- DO: Terpasang selang OGT, diit ASI 2 cc/OGT, BB: 1.300 gram, terpasang infus D12,5 % drip 5 cc/jam, refleks menghisap dan menelan lemah, mukosa bibir kering	Refleks menelan belum sempurna	Defisit nutrisi
DS: Ny. N.A mengatakan tidak pernah melakukan kunjungan ke Puskesmas atau Rumah Sakit pada kehamilan yang kedua DO: -	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan
DS: Ny.N.A mengatakan merasa cemas dengan kondisi bayinya	Krisis	Ansietas

DO: Kontak mata buruk, wajah situasional
tampak pucat

e. Prioritas Masalah

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif
- 2) Pola napas tidak efektif
- 3) Hipotermia
- 4) Defisit nutrisi
- 5) Defisit pengetahuan
- 6) Ansietas

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret yang ditandai dengan

DS:-

DO: Pola nafas abnormal, pernapasan cuping hidung, sputum berlebih, terpasang oksigen CPAP, RR: 46x/m

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas yang ditandai dengan

DS:-

DO: pola napas abnormal, pernapasan cuping hidung, terpasang oksigen CPAP, RR: 46x/m

- c. Hipotermia berhubungan dengan kekurangan lemak subkutan yang ditandai dengan

DS:-

DO: Suhu tubuh di bawah nilai normal, kulit kemerahan, perawatan dalam inkubator Air: 33,0, Skin 1: 27.6, Set: 36,5, Skin 2: 31,5, Humid % : 60, Suhu : 36,3°C

d. Defisit nutrisi berhubungan dengan refleks menelan dan menghisap belum sempurna yang di tandai dengan

DS:-

DO: Terpasang selang OGT, diit ASI 2 cc/OGT, BB: 1.300 gram, terpasang infus D12,5 % drip 5 cc/jam, refleks menghisap dan menelan lemah, mukosa bibir kering

e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang di tandai dengan

DS: Ny. N.A mengatakan tidak pernah melakukan kunjungan ke Puskesmas atau Rumah Sakit pada kehamilan yang kedua

DO: -

f. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional yang di tandai dengan

DS: Ny.N.A mengatakan merasa cemas dengan kondisi bayinya

DO: Kontak mata buruk, wajah tampak pucat

3. Perencanaan Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret yang di tandai dengan DS:- DO:Pola nafas abnormal, pernapasan cuping hidung, sputum berlebih, terpasang	setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan bersihan jalan napas membaik dengan kriteria hasil: - Pola napas membaik - Pernapasan cuping hidung menurun - Penggunaan	1.Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2.Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 3.Berikan oksigen 4.berikan rangsangan	1. Memperhatikan jika terdapat tanda-tanda yang menyebabkan dyspnea 2. Mencegah obstruksi/aspirasi, penghisapan lendir di lakukan bila klien tidak mampu mengeluarkan lendir 3. Pemberian

<p>oksigen CPAP, RR: 46x/m</p>	<p>otot bantu pernapasan menurun - Frekuensi napas membaik - Produksi sputum menurun</p>	<p>pernapasan 5.lakukan fisioterapi dada</p>	<p>oksigen dapat mengurangi beban otot-otot pernapasan 4. Membantu klien dalam peningkatan upaya napas 5. Fisioterapi dada membantu membersihkan secret dari bronius dan mencegah penumpukan secret serta memperbaiki pergerakan dan aliran secret.</p>
<p>2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas yang di tandai dengan DS:- DO: Pola napas abnormal, pernapasan cuping hidung, terpasang oksigen CPAP, RR: 46 x/m</p>	<p>setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: - Pola napas membaik - Pernapasan cuping hidung menurun - Penggunaan otot bantu pernapasan menurun</p>	<p>1.Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan usaha napas 2. monitor pola napas 3.Berikan rangsangan pernapasan 4.Berikan oksigen</p>	<p>1. Mengetahui frekuensi, irama, kedalaman dan usaha napas 2. Memperhatikan jika terdapat tanda-tanda yang menyebabkan dyspnea 3. Membantu klien dalam peningkatan usaha napas 4. Pemberian oksigen dapat mengurangi beban otot-otot</p>

		- Frekuensi napas membaik		pernapasan
3.	Hipotermia berhubungan dengan kekurangan lemak ssubkutane yang ditandai dengan DS:- DO: Suhu tubuh di bawah nilai normal, kemerahan, perawatan dalam inkubator Air: 33,0, Skin 1: 27,6, Set: 36,5, Skin 2: 31,5, Humid % : 60, Suhu : 36,3°C	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan termoregulasi neonates membaik dengan kriteria hasil: - Suhu tubuh membaik - Kulit merah menurun - Suhu kulit membaik	1. monitor suhu tubuh 2. catat apakah ada tanda dan gejala hipotermia 3. sediakan lingkungan yang hangat 4. lakukan penghangat pasif (mis.selimut, menutup kepala bayi,pakain tebal)	1. Memantau apakah ada peningkatan atau penurunan suhu tubuh 2. Hipotermi dengan peningkatan laju metabolisme oksigen dan glukosa serta kehilangan air dapat terjadi bila suhu dilingkungan terlalu penuh 3. Agar bayi merasa nyaman, tidak terjadi kemerahan pada kulit bayi dan mencegah terjadinya infeksi 4. Agar bayi tetap hangat dan tidak kedinginan.
4.	Defisit nutrisi berhubungan dengan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan	1. identifikasi status nutrisi 2. monitor berat	1. Membantu mengetahui status nutrisi pada bayi 2. Membantu

	refleks menelan dan menghisap belum sempurna yang di tandai dengan DS:- DO: Terpasang selang OGT, diit ASI 2 cc/OGT, BB: 1.300 gram, terpasang infus D12,5 % drip 5 cc/jam, refleks menghisap dan menelan lemah, mukosa bibir kering	selama 3x24 jam diharapkan nutrisi dengan kriteria hasil: - Berat badan meningkat - Kekuatan otot menelan dan menghisap meningkat - Membran mukosa kering menurun	badan 3. monitor kalori dan intake nutrisi	mengetahui apakah ada peningkatan dan penurunan berat badan 3. Mengetahui intake nutrisi dan kalori
5.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang di tandai dengan DS: Ny. N.A mengatakan tidak pernah	Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: - Presepsi yang keliru terhadap	1. identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. jelaskan kepada ibu, pentingnya melakukan kunjungan ANC	1. Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan untuk menerima informasi 2. Pentingnya kunjungan ANC ini untuk mengoptimalkan kesehatan fisik dan mental ibu hamil

	melakukan kunjungan ke Puskesmas atau Rumah Sakit pada kehamilan yang kedua	DO: -	masalah menurun - Perilaku sesuai anjuran meningkat	
6.	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional yang ditandai dengan DS: Ny.N.A mengatakan merasa cemas dengan kondisi bayinya DO: Kontak mata buruk, wajah tampak pucat	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteia hasil: - Perilaku gelisah menurun - Kontak mata membaik - Pucat menurun - Cemas menurun	1. monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) 2. pahami situasi yang membuat ansietas 3. dengarkan dengan penuh perhatian 4. anjurkan keluarga untuk tetap bersama ibu pasien 5. latih teknik relaksasi	1. Untuk mengetahui penyebab, tanda dan gejala awal ansietas 2. Perasaan adalah nyata dan membantu pasien untuk terbuka sehingga dapat mendiskusikan hal-hal untuk mencegah ansietas 3. Mengurangi kecemasan dan kebingungan saat berkomunikasi 4. Peran serta keluarga dapat membantu dalam menentukan coping 5. Teknik relaksasi napas

dalam dapat
membantu
mengurangi
kecemasan

4. Implementasi Keperawatan

Hari/ tanggal	NO. Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi
Jumad, 9 Juni 2023	1	10.20	1. memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) (pernapasan tidak teratur, sedikit sulit bernapas, apneu)	Jam : 13.55 S: - O: pernapasan tidak teratur, tampak sesak, RR : 48x/m, terpasang oksigen CPAP, memberikan
		09.06	2. memberikan oksigen (atur peralatan oksigenasi, pertahankan posisi klien)	rangsangan pernapasan A: Masalah bersihan jalan napas belum teratasi
		09.45	3. Memberikan rangsangan pernapasan (memberikan rangsangan pernapasan pada klien karena klien sering apneu) 5. melakukan fisioterapi dada	P: lanjutkan intervensi 1-5
	2.	10.25	1. memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan	Jam : 13.55 S:-

		usaha napas (pernapasan tidak teratur)	O:Pernapasan tidak teratur,klien tampak sesak,
11.02		2. memonitor pola napas	terpasang oksigen CPAP,
		3.memberikan rangasangan pernapasan (memberikan rangsangan pernapasa, RR : 48x/m	memberikan rangsangan
11.15		rangsangan pernapasan pada klien karena klien sering apneu)	A: Masalah pola napas belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-4
11.20		4. memberikan oksigen (mengatur posisi dan peralatan oksigen)	
3.	10.00	1. memonitor suhu tubuh (07.00: S: 35,2°C) (10.00: S: 36,3°C) (12.00:S: 36,4°C)	Jam: 13.55 S:- O: klien di letakan dalam inkubator, suhu tubuh :
	10.20	2. mencatat apakah ada tanda dan gejala hipotermia (suhu bayi hipotermia)	36,4°C, tubuh klien di tutup dengan selimut, kepala klien di tutup topi
	08.00	3. menyediakan lingkungan yang hangat (mengatur suhu ruangan, klien di letakan dalam inkubator)	dan kain agar tetap hangat A:Masalah Hipotermia belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1-
	08.45	4. melakukan penghangat pasif (selimut, menutup kepala bayi, pakaian tebal)	4
4.	09.00	1. mengidentifikasi status nutrisi (nutrisi yang di	Jam: 13.55 S: - O: BB: 1.300 gram, diit

			berikan yaitu ASI 2CC/OGT)	ASI 2cc/OGT, terpasang OGT, terpasang infus D12,5 % drip 5 cc/jam, refleks menghisap dan menelan lemah, mukosa bibir kering A:Masalah defisit nutrisi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1-3
		09.00	(BB: 1.300 gram) 3. memonitor kalori dan intake nutrisi (masukan nutrisi yaitu ASI 2 CC/OGT setiap pemberian)	
Sabtu,10 Juni 2023	1.	07.45	1. memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) (pernapasan tidak teratur, sedikit sulit bernapas, apneu)	Jam : 14.00 S:- O: klien tampak sesak, napas tidak teratur, RR:48x/m, terpasang oksigen CPAP , memberikan rangsangan pernapasan karena pasien apneu, melakukan suction dengan warna lendir putih
		10.30	2. melakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik (melakukan suction dengan warna lendir putih)	
		10.35	3. memberikan oksigen, (atur peralatan oksigenasi, pertahankan posisi klien)	A: masalah bersihan jalan napas belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-5
		10.40	4. Memberikan rangsangan pernapasan 5. melakukan fisioterapi dada	
	2.	07.45	1.memonitor frekuensi,	Jam : 14.00

		irama, kedaalaman dan usaha napas (pernapasan tidak teratur)	S:- O:Pernapasan tidak teratur,klien tampak sesak,
		2. memonitor pola napas	terpasang oksigen CPAP,
10.35		3.memberikan rangasangan pernapasan (memberikan rangsangan pernapasan pada klien karena klien sering apneu)	memberikan rangsangan pernapasa, RR : 48x/m A: Masalah pola napas belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-4
10.40		4. memberikan oksigen (mengatur posisi dan peralatan oksigen)	
3.	07.45	1. memonitor suhu tubuh (07.45 : S:36°C)	Jam :14.00 S: -
	10.00	(10.00: S: 36,6°C)	O: klien di letakan dalam
	12.00	(12.00: 36,5°C)	inkubator, suhu tubuh :
	08.00	2. mencatat apakah ada tanda dan gejala hipotermia	36,5°C, tubuh klien di tutup dengan selimut,
	08.30	3. menyediakan lingkungan yang hangat (mengatur suhu ruangan, klien di letakan dalam inkubator)	kepala klien di tutup topi dan kain agar tetap hangat A:Masalah Hipotermia sebagian teratasi
	08.35	4. melakukan penghangat pasif (selimut, menutup kepala bayi, pakaian tebal)	P: Lanjutkan intervensi 1-4
4.	09.00	1. mengidentifikasi status nutrisi (nutrisi yang di	Jam : 14.00 S: -

		berikan yaitu ASI 2 CC/OGT)	O: BB: 1.300 gram, diit ASI 2cc/OGT, terpasang
		2. memonitor berat badan (BB: 1.300 gram)	OGT, terpasang infus D12,5 % drip 5 cc/jam,
09.10		3. memonitor kalori dan intake nutrisi (masukan nutrisi yaitu ASI 2 CC/OGT setiap pemberian)	refleks menghisap dan menelan lemah, mukosa bibir kering A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-3
5.	11.30	1. mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (tampak siap untuk menerima informasi)	Jam : 12.05 S: Ny.N.A mengatakan siap untuk menerima informasi yang akan di berikan, Ny.N.A
	11.55	2. menjelaskan kepada ibu pentingnya melakukan kunjungan ANC (melalui ANC, berbagai informasi serta edukasi terkait kehamilan dan persiapan persalinan bias di berikan kepada ibu sedini mungkin. Pemeriksaan ANC terpadu ini meliputi 10 komponen yang di kenal dengan istilah 10 T, yaitu	mengatakan sudah paham dengan penjelasan yang di berikan tentang pentingnya melakukan kunjungan ANC O: tampak siap untuk menerima informasi yang di berikan, mengganggu dan dapat menjawab kembali ketika di tanya A: Masalah defisit pengetahuan sudah teratasi

timbang berat badan dan P: hentikan intervensi
ukur tinggi badan, ukur
tekanan darah, penilaian
status gizi, ukur tinggi
fundus uteri, menentukan
presentasi janin dan denyut
jantung janin (DJJ),
skrining dan pemberian
Tetanus Toksoid (TT),
pemberian tablet tambah
darah, pemeriksaan
laboratorium, tatalaksana
kasus dan konseling. Dapat
meningkatkan kesehatan
ibu dan bayi)

- | | | | |
|----|-------|--|--|
| 6. | 11.35 | 1. memonitor tanda-tanda
ansietas (verbal dan
nonverbal)
(kontak mata kurang,
tampak cemas, tampak
pucat) | Jam: 12.05
S: Ny.N.A mengatakan
merasa cemas dengan
keadaan bayinya
O: kontak mata kurang,
tampak pucat |
| | 11.32 | 2. memahami situasi yang
membuat ansietas | A:Masalah ansietas belum
teratasi |
| | 11.38 | 3. mendengarkan dengan
penuh perhatian | P: lanjutkan intervensi 1-5 |
| | 11.56 | 4. menganjurkan keluarga
untuk tetap bersama ibu | |
-

			klien	
			5 melatih teknik relaksasi	
Minggu, 11 Juni 2023	1.	07.30	1. memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usah`a napas) (pernapasan tidak teratur, sedikit sulit bernapas, apneu) 09.45 2. melakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik (melakukan suction dengan warna lendir putih) 08.20 3. memberikan oksigen, (atur peralatan oksigenasi, pertahankan posisi klien) 08.49 4. Memberikan rangsangan pernapasan 5. melakukan fisioterapi dada	Jam : 14.00 S:- O: tampak sesak, pernapasan tidak teratur, apneu, RR: 50x/m, terpasang oksigen CPAP, rangsangan pernapasan, suction dengan warna lendir putih A: masalah bersihan jalan napas belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-5
	2.	07.30	1.memonitor frekuensi, irama, kedaalaman dan usaha napas (pernapasan tidak teratur) 2. memonitor pola napas 08.20 3.memberikan rangasangan pernapasan (memberikan rangsangan pernapasan	Jam : 14.00 S:- O: pernapasan belum teratur, apneu, terpasang oksigen CPAP, RR: 50x/m, tampak sesak A: masalah pola napas belum teratasi

		pada klien karena klien sering apneu)	P: lanjutkan intervensi 1-4
	08.50	4. memberikan oksigen (mengatur posisi dan peralatan oksigen)	
3.	07.30	1. memonitor suhu tubuh (07.30 : S:37°C) (10.00: S: 36,7°C) (12.00: 37,5°C)	Jam: 14.00 S:- O:klien di letakan dalam inkubator, suhu tubuh :
	07.35	2. mencatat apakah ada tanda dan gejala hipotermia (suhu tubuh klien tidak hipotermia)	37,5°C, tubuh klien di tutup dengan selimut, kepala klien di tutup topi dan kain agar tetap hangat
	07.40	3. menyediakan lingkungan yang hangat (mengatur suhu ruangan, klien di letakan dalam inkubator)	A:Masalah Hipotermia sebagian teratasi P: Lanjutkan intervensi 1-5
	07.50	4. melakukan penghangat pasif (selimut, menutup kepala bayi, pakaian tebal) 5. melakukan fisioterapi dada	
4.	08.50	1. mengidentifikasi status nutrisi (nutrisi yang di berikan yaitu ASI 2 CC/OGT) 2. memonitor berat badan	Jam : 14.00 S: - O: diit ASI 2 cc/ OGT, terpasang selang OGT, BB: 1.300 gram

		(BB: 1.300 gram)	A: masalah defisit nutrisi
		3. memonitor kalori dan	belum teratasi
09.00		intake nutrisi	P: lanjutkan intervensi 1-3
		(masukan nutrisi yaitu ASI	
		2 CC/OGT setiap	
		pemberian)	
6.	11.15	1. memonitor tanda-tanda	Jam : 11.45
		ansietas (verbal dan	S: Ny. N.A mengatakan
		nonverbal)	masih merasa cemas
		(kontak mata kurang,	dengan kondisi bayinya
		tampak cemas, tampak	yang masih di rawat
		pucat)	O: kontak mata membaik,
		2. memahami situasi yang	pucat menurun, dapat
11.20		membuat ansietas	mengulang kembali
		3. mendengarkan dengan	teknik relaksasi yang di
11.25		penuh perhatian	ajarkan untuk membantu
		4. menganjurkan keluarga	mengontrol dan
11.35		untuk tetap bersama ibu	mengurangi rasa cemas
		klien	A: masalah ansietas
		5 melatih teknik relaksasi	sebaagian teratasi
		(melatih teknik relaksasi	P: lanjutkan intervensi
		pada Ny.N.A untuk	1,4,5
		membantu mengontrol dan	
		mengurangi cemas)	

5. Catatan Perkembangan

Nama : By. N.A

Umur : 7 Juni 2023 (2 hari)

Hari/tanggal	No.Dx	Jam	Catatan Perkembangan
Minggu, 11 Juni 2023	1	07.25	S: - O: tampak sesak, pernapasan tidak teratur, apneu, RR: 50x/m, terpasang oksigen CPAP, rangsangan pernapasan, suction dengan warna lendir putih A: masalah bersihan jalan napas belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-4 I:
		07.30	- Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan upaya) (pernapasan tidak teratur, sedikit sulit bernapas, apneu)
		09.45	- Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik (melakukan suction dengan warna lendir putih)
		08.20	- Memberikan oksigen (atur peralatan oksigenasi, pertahankan posisi klien)
		08.49	- Memberikan rangsangan pernapasan - Melakukan fisioterapi dada
14.00		E: kesadaran letargi, keadaan klien belum membaik, tampak lemah, pola napas belum teratur, masih terpasang oksigen CPAP. Bersihan jalan napas belum teratasi R: intervensi dilanjutkan	

2	07.25	<p>S:-</p> <p>O: pernapasan belum teratur, apneu, terpasang oksigen CPAP, RR: 50x/m, tampak sesak</p> <p>A: masalah pola napas belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi 1-4</p> <p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memonitor frekuensi, irama, kedaalaman dan usaha napas (pernapasan tidak teratur) - memonitor pola napas
	07.30	<ul style="list-style-type: none"> - memberikan rangsangan pernapasan (memberikan rangsangan pernapasan pada klien karena klien sering apneu)
	09.45	<ul style="list-style-type: none"> - memberikan oksigen (mengatur posisi dan peralatan oksigen)
	08.20	E: : kesadaran letargi, keadaan klien belum membaik, tampak lemah, pola napas belum teratur, masih terpasang oksigen CPAP. Pola napas belum teratsi
	08.49	
	14.00	R: intervensi dilanjutkan
3	07.25	<p>S: -</p> <p>O: klien diletakan dalam inkubator, suhu tubuh : 37,5°C, tubuh klien ditutup selimut, kepala klien ditutup topi dan kain agar tetap hangat</p> <p>A: masalah hipotermia sebagian teratasi</p> <p>P : lanjutkaan intervensi 1-4</p> <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengukur suhu tubuh (suhu yang diukur hasilnya 37,5°C)
	07.30	<ul style="list-style-type: none"> - Mencatat apakah ada tanda dan gejala hipotermia (suhu tubuh klien tidak hipotermia)
	07.35	<ul style="list-style-type: none"> - Meyediakan lingkungan yang hangat (mengatur suhu ruangan, klien diletakin dalam inkubator)
	07.40	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan penghangat pasif (menutup bayi dengan selimut, menutup kepala bayi)
	07.50	E : kesadaran latergi, suhu tubuh sudah membaik 37,5°C, klien masih menggunakan inkubator, suhu klien sudah normal, klien tampak nyaman. Hipotermia sebagian teratasi
	14.00	R : intervensi dilanjutkan

4	08.45	<p>S :- O : diit ASI 2 cc/OGT, terpasang selang OGT, BB: 1.300 gram A : masalah defisit nutrisi belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1-3</p>
	08.55	<p>I : - Mengidentifikasi status nutrisi (nutrisi yang diberikan yaitu ASI 2cc/OGT) - Memonitor berat badan (BB: 1.300 gram) - Memonitor kalori dan intake nutrisi (masukan nutrisi yaitu ASI 2cc/OGT setiap pemberian)</p>
	09.00	<p>E : terpasang selang OGT, BB: 1.300 gram, tampak lemah, kesadaran latergi. Defisit nutrisi belum teratasi</p>
	14.00	<p>R : intervensi dilanjutkan</p>
6	11.05	<p>S : Ny. N.A mengatakan masih merasa cemas dengan kondisi bayinya yang masih dirawat</p>
		<p>O : kontak mata membaik, pucat menurun, dapat mengulang kembali teknik relaksasi yang diajarkan untuk membantu mengontrol dan mengurangi rasa cemas</p>
		<p>A : masalah ansietas belum teratasi</p>
		<p>P : lanjutkan intervensi 1,4,5</p>
		<p>I :</p>
	11.15	<p>- Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) (kontak mata kurang, tampak cemas, tampak pucat)</p>
	11.20	<p>- Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama ibu klien</p>
	11.25	<p>- Melatih teknik relaksasi (melatih teknik relaksasi pada Ny N.A untuk membantu mengontrol dan mengurangi cemas)</p>
	11.45	<p>E : ibu mengatakan rasa cemas terhadap bayinya sudah berkurang, mampu mengulang teknik relaksasi yang sudah diajarkan, kontak mata membaik. Ansietas teratasi</p>
		<p>R : intervensi di hentikan</p>

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Maria Joanna Tipu
Tempat/Tanggal Lahir : Ende, 07 Desember 2002
Alamat : Jln.Gatot Subroto, Km 3
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Negeri Pembina Ende
2. SDI Ende 16
3. SMPK Maria Goreti Ende
4. SMAK Syuradikara Ende

MOTTO

**“JANGAN TAKUT GAGAL TETAPI TAKUTLAH KARENA
TIDAK PERNAH MENCOBA”**



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPRAWATAN ENDE



LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Maria Joanna Tipu
NIM : PO 5303202200499
Pembimbing Utama : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., Msc

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Jumad, 06 Maret 2023	- Cover - BAB I (Latar Belakang) - DAFTAR PUSTAKA	- Perbaiki judul proposal - Perbaiki cara pengetikan - Perbaiki penulisan latar belakang - Perbaiki daftar pustaka	
2	Senin, 03 April 2023	- BAB I - BAB II	- Lanjutkan sampai BAB III	
3	Selasa, 14 April 2023	- BAB I - BAB II - BAB III - DAFTAR PUSTAKA	- Perbaiki penulisan dan spasi - Cari sumber yang terbaru - Perbaiki penulisan tabel - Tambahkan masalah keperawatan	
4	Rabu, 17 Mei 2023	- BAB I - BAB II - BAB III - DAFTAR PUSTAKA	- Lengkapi surat pernyataan keaslian tulisan, lembar pengesahan, lembar persetujuan, kata pengantar dan daftar isi	

5	Senin, 22 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> - BAB I - BAB II - BAB III - DAFTAR PUSTAKA 	<ul style="list-style-type: none"> - Gunakan insert colom untuk pengetikan nama pada surat pernyataan keaslian tulisan, lembar pengesahan, lembar persetujuan - Perbaiki kata pengantar - Pada pathway cukup masalah keperawatan yang pakai kotak - Perbaiki penulisan - Penulisan tabel jangan terpisah 	↓
6	23 Mei 2023		<ul style="list-style-type: none"> - ACC Proposal Karya Tulis Ilmiah 	↓
7	Jumad, 9 Juni 2023	Format asuhan keperawatan pada By Ny.N.A dengan Asfiksia	Lengkapi pengkajian dan kaji ibu lebih mendalam terkait terjadinya asfiksia	↓
8	Senin, 12 Juni 2023	Format asuhan keperawatan pada By Ny.N.A dengan Asfiksia	Kaji ibu lebih mendalam terkait mengapa tidak melakukan kunjungan ANC	↓

9	Rabu, 14 Juni 2023	-Format asuhan keperawatan pada By Ny.N.A dengan Asfiksia -BAB IV -BAB V	Lanjutkan BAB IV dan BAB V	f
10	Kamis, 6 Juli 2023	-BAB IV -Format asuhan keperawatan pada By Ny.N.A	- Pada pembahasan jika ada kesenjangan maka uraikan kesenjangan tersebut - Mencari referensi untuk pembahasan dari peneliti sebelumnya.	f
11	13 Juli 2023	-BAB IV -BAB V	- Perbaiki spasi pada penulisan halaman sampul - Tuliskan daftar tabel tidak perlu bold - perbaiki pembahasan - perbaiki huruf pada tabel - Pendapat pembahasan - Perbaiki simpulan pada BAB V	f
12	Senin, 17 Juli 2023		ACC Lanjut buat PPT	f

13	Selasa, 25 Juli 2023	Revisi Karya Tulis Ilmiah	ACC Karya Tulis Ilmiah	1.
----	-------------------------	------------------------------	------------------------	----



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPRAWATAN ENDE



LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Maria Joanna Tipu
NIM : PO 5303202200499
Penguji Ketua : Raimunda Woga, S.Kp.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1	Selasa,30 Mei 2023	Revisi Proposal Karya Tulis Ilmiah	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki judul Proposal Karya Tulis Ilmiah- Tambahkan pengertian Asfiksia menurut WHO dan peneliti- Tambahkan pengertian bayi	
2	Jumad,2 Juni 2023	Revisi Proposal Karya Tulis Ilmiah	ACC Proposal dan lanjut studi kasus	
3	Jumad, 21 Juli 2023	Revisi Karya Tulis Ilmiah	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan tindakan fisioterapi dada- Tambahkan diagnosa bersihan jalan napas	
4	Senin,31 Juli 2023	Revisi Karya Tulis Ilmiah	ACC Karya Tulis Ilmiah	