

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI NY.M.N.P DENGAN

DIAGNOSA MEDIS ASFIKZIA SEDANG DI RUANGAN

PERINATAL RSUD ENDE



Oleh :

MARIA KRISTINA TEMBE DURA
PO 5303202200523

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWAT ENDE

2023

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI NY.M.N.P DENGAN
DIAGNOSA MEDIS ASFIKZIA SEDANG DI RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III

Keperawatan Pada Program Studi D III Keperawatan Ende



Oleh :

MARIA KRISTINA TEMBE DURA
PO 5303202200523

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

2023

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Maria Kristina Tembe Dura
Nim : PO 5302302200523
Program Studi : D III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Bayi Ny.M.N.P Dengan
Diagnosa Medis Asfiksia Sedang Di Ruang Perinatal
RSUD Ende

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar karya sendiri, bukan merupakan pengambilan 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, 04 Agustus 2023

Yang membuat pernyataan



Maria Kristina Tembe Dura

PO 5303202200523

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI NY.M.N.P
DENGAN DIAGNOSA MEDIS ASFIKZIA SEDANG
DI RSUD ENDE

PENYUSUN : MARIA KRISTINA TEMBE DURA

NIM : PO 5303202200523

**Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diperiksa Dan Disetujui Oleh Pembimbing
Untuk Diujikan**

Ende, 04 Agustus 2023

Pembimbing



Martina Bedho, SST.,M.Kes

NIP. 196006271985032001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

NIP. 19660114199102001

LEMBAR PENGESAHAN

STUDI KASUS

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI NY.M.N.P
DENGAN DIAGNOSA MEDIS ASFIKZIA SEDANG
DI RUANGAN PERINATAL RSUD ENDE

PENYUSUN : MARIA KRISTINA TEMBE DURA

NIM : PO 5303202200523

Karya Tulis Ilmiah Ini Tela diujikan Dan Dipertanggungjawabkan

Pada tanggal 11 Agustus 2023

Ketua



Raimunda Woga, SKp.,M.Kep

NIP. 196002111993032002

Anggota



Martina Bedho, SST.,M.Kes

NIP. 196006271985032001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

NIP. 19660114199102001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nyalah penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Bayi Ny.M.N.P Dengan Diagnosa Medis Asfiksia Sedang Di Ruang Perinatal RSUD Ende”** Dengan baik. Pada kesempatan ini, penulis hendak menyampaikan teimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moril maupun material sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai. Ucapan terimakasih ini penulis tunjukan kepada :

1. Bapak irfan, SKM.,M.Kes selaku Ditektur Poltkkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk melakukan penelitian Studi Kasus
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep.Ns.,Sp.Kep.Kom selaku ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
3. Ibu Martina Bedho, SST.,M.Kes selaku dosen pembimbing yang telah membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
4. Ibu Raimunda Woga, SKp.,M.Kep sebagai ketua dosen penguji yang telah mengorbankan waktu dan pikiran untuk memberikan masukan yang berguna bagi penulis demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ibu Carolina M. Viany Sunti, Sp.PK selaku direktur rumah sakit umum daerah ende yang sudah mengizinkan untuk melakukan studi kasus di rumah sakit umum daerah ende.

6. Ibu Retno Sry Rahayu, Amd. Kep selaku kepala rungan perinatal yang sudah mengizinkan untuk melakukan studi kasus diruangan perinatal.
7. Bayi dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
8. Kedua orang tua, keluarga, saudara-saudari, serta teman-teman semua yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung memberikan masukan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca guna menyempurnakan segala kekurangan dalam penyusunan ini. Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat secara alamiah.

Ende, 04 Agustus 2023

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI Ny.M.N.P DENGAN DIAGNOSA MEDIS ASFIKSIA SEDANG DI RUANGAN PERINATAL RSUD ENDE

Maria Kristina Tembe Dura ⁽¹⁾

Martina Bedho, SST.,M. Kes ⁽²⁾

Latar Belakang Bayi merupakan penentu sumber daya manusia (SDM) di era yang akan datang.

Tujuan dari penulis ini adalah mampu memberikan asuhan keperawatan pada By.Ny.M.N.P dengan diagnosa medis asfiksia sedang di ruang perinatal rumah sakit umum daerah ende.

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

Hasil Pada pengkajian By.Ny.M.N.P ditemukan masalah pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, resiko hipotermi, resiko infeksi, defisit nutrisi, ansietas, defisit pengetahuan. Diagnosa keperawatan pada By.Ny.M.N.P yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan ketidakseimbangan O₂ dan CO₂, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, resiko hipotermi berhubungan dengan penurunan laju metabolisme, resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit, defisit nutrisi berhubungan dengan refleks menelan belum sempurna, ansietas berhubungan dengan krisis situasional, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Intervensi dilakukan pada By.Ny.M.N.P adalah pemantauan respirasi, terapi oksigen, manajemen hipotermi, pencegahan infeksi, manajemen nutrisi, reduksi ansietas, dan edukasi kesehatan. Tindakan dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 16-18 juni 2023. Setelah dilakukan tindakan keperawatan dan pengobatan selama 3x24 jam terhadap By.Ny.M.N.P diperoleh hasil bahwa masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi, masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi, masalah resiko hipotermi sebagian teratasi, masalah resiko infeksi belum teratasi, masalah defisit nutrisi belum teratasi, masalah ansietas sebagian teratasi, masalah defisit pengetahuan teratasi.

Kesimpulan Dari studi kasus By.Ny.M.N.P belum teratasi. Diharapkan keluarga mengetahui cara perawatan bayi dengan Asfiksia Sedang.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Asfiksia Sedang.

ABSTRACT

NURSING CARE IN By. Mrs.M.N.P WITH A MEDICAL DIAGNOSIS OF MODERATE ASPHYXIA IN THE PERINATAL ROOM OF ENDE HOSPITAL

Maria Kristina Tembe Dura ⁽¹⁾

Martina Bedho, SST.M.Kes ⁽²⁾

Background Babies are a determinant of human resources (SDM) in the future.

The purpose of this list is to be able to provide nursing care to By.Ny.M.N.P with a medical diagnosis of moderate asphyxiation in the perinatal room of the public hospital in ende area.

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

The result In the By.Ny.M.N.P study found problems with ineffective breathing patterns, impaired gas exchange, risk of hypothermia, risk of infection, nutritional deficits, anxiety, knowledge deficits. The nursing diagnosis for By.Ny.M.N.P is ineffective breathing pattern related to O₂ and CO₂ imbalance. Impaired gas exchange related to ventilation perfusion imbalance, risk of hypothermia related to decreased metabolic rate, risk of infection related to damage to skin integrity nutritional deficit related to immature swallowing reflex, anxiety related to situational crisis knowledge deficit related to less exposure to information intervention was carried out on By.Ny.M.N.P is respiratory monitoring, oxygen therapy, management of hypothermia, infection prevention, nutritional management, anxiety reduction, and health education. Action were carried out for 3 days starting from 16-18 June 2023. After 3x24 hours of nursing and treatment measures, Mrs.M.N.P obtained the result is that the problem of impaired gas exchange is partially resolved, the problem of the risk of hypothermia is partially resolved, the problem of risk of infection has not been resolved, the problem of nutritional deficits has not been resolved, the problem of anxiety is partially resolved, the problem of deficit knowledge resolved.

Conclusion From the case study By.Ny.M.N.P it has not been resolved. It is hoped that families will know how to care for babies with moderate asphyxia

Keywords : Nursing care, Moderation Asphyxia

DAFTAR ISI

| | |
|---|-------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN | iii |
| LEMBAR PERSETUJUAN | iv |
| LEMBAR PENGESAHAN | v |
| KATA PENGANTAR..... | vi |
| ABSTRAK..... | viii |
| ABSTARC..... | ix |
| DAFTAR ISI..... | x |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 4 |
| C. Tujuan Penulisan..... | 4 |
| D. Manfaat Studi Kasus | 5 |
| BAB II TINJAUAN KASUS | 6 |
| A. Konsep Teori Penyakit Asfiksia | 6 |
| B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan..... | 15 |
| BAB III METODE STUDI KASUS..... | 24 |
| A. Rancangan/Desain Studi Kasus | 24 |
| B. Subjek Studi Kasus | 24 |
| C. Batasan Ilmiah (Definisi Operasional) | 24 |
| D. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus | 25 |
| E. Prosedur Studi Kasus | 25 |
| F. Teknik Pengumpulan Data..... | 26 |
| G. Instrument Pengumpulan Data..... | 26 |
| H. Keabsahan Data | 26 |
| I. Analisa Data | 27 |
| BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN..... | 28 |
| A. Hasil Studi Kasus..... | 28 |
| B. Pembahasan | 56 |

| | |
|-----------------------------|-----------|
| BAB V PENUTUP | 59 |
| A. Kesimpulan | 59 |
| B. Saran | 61 |
| DAFTAR PUSTAKA | 62 |
| LAMPIRAN | |
| DAFTAR RIWAYAT HIDUP | |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 2.1 Analisa Data..... | 16 |
| Tabel 3.1 Definisi Operasional | 24 |
| Tabel 4.1 Hasil Pemeriksaan Darah..... | 34 |
| Tabel 4.2 Therapy Pengobatan | 35 |
| Tabel 4.3 Analisa Data..... | 37 |
| Tabel 4.4 Catatan Perkembangan..... | 55 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---------------------------|----|
| Gambar 2.1 Pathway | 11 |
| Gambar 4.1 Genogram | 30 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Informed Consent
- Lampiran 2 : Penjelasan Sebelum Penelitian Studi Kasus
- Lampiran 3 : Daftra Riwayat Hidup
- Lampiran 4 : Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Bayi merupakan penentu sumber daya manusia (SDM) di era yang akan datang. Proses tumbuh kembang bayi berbeda dengan orang dewasa. Untuk itu harus diawasi mulai dari dalam janin hingga dewasa. Upaya pemerintah tentang pelayanan kesehatan janin dalam kandungan dilaksanakan melalui pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai asupan gizi seimbang, perilaku hidup bersih dan sehat, dan penggunaan zat adiktif selama kehamilan, pemeriksaan antenatal pada ibu hamil dan stimulasi fungsi kognitif pada janin untuk menilai sejauh mana tercapainya kesejahteraan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan yang belum tercapai.

Asfiksia merupakan keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur secara normal (Setiawan Tahang, Muhammad Nauval, dkk, 2017)

Menurut World Health Organization (Murniati Leny 2021) setiap tahun ada 120 juta bayi baru lahir. Secara global terdapat 4 juta bayi (33%) yang lahir mati dalam usia 0 sampai dengan 7 hari (perinatal), dan terdapat 4 juta bayi (33%) yang lahir mati dalam usia 0 sampai dengan 28 hari (neonatal). 120 juta bayi yang di lahir, terdapat 3,6 juta bayi (3%) mengalami asfiksia, dan hampir 1 juta bayi asfiksia

(27,78%) meninggal. Afrika merupakan salah satu negara dengan angka kematian bayi tertinggi di dunia, dengan jumlah kematian bayi di negara Afrika sebesar 55 per 1.000 kelahiran hidup.

Faktor-faktor yang berhubungan dengan asfiksia pada bayi yang baru lahir biasanya disebabkan oleh faktor ibu seperti preeklampsi, postmatur, dan lilitan tali pusat yang berhubungan dengan penyebab terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir (Desni Sagita Yona & Desi Kumalasari, 2017).

Di Indonesia masih cukup tinggi Angka Kematian Bayi jika dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya, yakni 4,2 kali lebih tinggi dari Malaysia dan 1,2 kali lebih tinggi dari Filipina. Berdasarkan survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 angka kematian bayi turun 31 persen dari 35 kematian per 1.000 kelahiran hidup menjadi 24 kematian per 1.000 kelahiran hidup.

Berdasarkan data BKKBN (2017) penyebab kematian bayi yang baru lahir di Indonesia salah satunya yaitu asfiksia sebesar 27% dan penyebab ke 2 kematian bayi baru lahir setelah BBLR. Penyebab kematian neonatal terbanyak pada tahun 2021 salah satunya yaitu adalah asfiksia sebesar 27,8% (Profil Kesehatan Indonesia 2021).

Menurut Survei Demografi dan Kesehatan (SDKI) tahun 2017, AKB menjadi 15 per 1.000 kelahiran hidup sedangkan target Sustainable Development Goals (SDGS) 2030 menurunkan AKB menjadi 12 per 1.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2016 hanya sekitar

60% ibu melahirkan yang di tolong oleh bidan di Provinsi Nusa Tenggara Timur dan jumlah kematian bayi di Provinsi Nusa Tenggara Timur mengalami peningkatan dari kasus 704 pada tahun 2016 menjadi 1.104 kasus pada tahun 2017.

Angka Kematian Bayi di Kabupaten Ende tahun 2015 sebesar 15,24, tahun 2016 17,13, tahun 2017 43,9 per 1.000 kelahiran hidup dan terlihat ada peningkatan Angka Kematian Bayi. Data ini berdasarkan hasil laporan dari RSUD Ende bahwa sebagian besar kematian bayi disebabkan oleh asfiksia. Ditemukan banyak permasalahan yang menyebabkan kematian bayi dan yang sering terjadi yaitu salah satunya asfiksia berat. Bayi yang memiliki penyakit asfiksia usia 0-28 hari (neonatal) yaitu sebesar 85,9% sedangkan yang tidak memiliki penyakit asfiksia pada bayi usia 0-28 hari (neonatus) sebesar 66,7%.

Salah satu upaya pemerintah dalam menurunkan kasus Asfiksia telah tertuang pada Pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2015 pasal 6 tentang pelayanan kesehatan janin dalam kandungan dilaksanakan melalui pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai asupan gizi seimbang, perilaku hidup bersih dan sehat, dan penggunaan zat adiktif selama kehamilan, pemeriksaan antenatal pada ibu hamil dan stimulasi fungsi kognitif pada janin.

Pencegahan pada asfiksia yaitu dengan melakukan pemeriksaan secara teratur selama kehamilan, meningkatkan status nutrisi ibu, manajemen persalinan yang baik dan benar dan resusitasi yang baik dan benar (PONED NEONATAL ESSENSIAL).

Berdasarkan latar belakang di atas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan “Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dengan Diagnosa Medis Asfiksia” di RSUD Ende.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dengan Diagnosa Medis Asfiksia” di RSUD ENDE.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu menjelaskan teori asfiksia dan pencegahan asfiksia.

2. Tujuan Khusus

- 1) Mampu memahami teori Asfiksia
- 2) Mampu melakukan pengkajian pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia.
- 3) Mampu merumuskan diagnosis keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia.
- 4) Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia

- 5) Mampu melaksanakan intervensi keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia.
- 6) Mampu melakukan implementasi keperawatan pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia.
- 7) Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada bayi dengan diagnos medis Asfiksia.
- 8) Mampu membahas kesenjangan antara teori dan kasus Asfiksia

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Peneliti

Menambah pengembangan dalam ilmu pengetahuan dan informasi bagi penulis tentang bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada bayi dengan Asfiksia.

2. Bagi Tempat Studi Kasus

Dapat mengevaluasi sejauh mana mahasiswa menguasai penerapan asuhan keperawatan pada bayi dengan Asfiksia.

3. Bagi RSUD ENDE

Dapat dijadikan sebagai masukan bagi perawat yang ada untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang benar dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan pada bayi yang menderita Asfiksia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR ASFIKSIA

1. Definisi asfiksia

Asfiksia merupakan suatu keadaan dimana bayi baru lahir mengalami gagal bernapas secara spontan dan teratur setelah segera lahir, sehingga bayi tidak dapat memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya, sehingga dapat menurunkan O₂ (oksigen) dan mungkin meningkatkan CO₂ (karbondioksida) yang menimbulkan akibat buruk dalam hidup lebih lanjut (Dewi, 2017).

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

Asfiksia merupakan kegagalan untuk memulai dan melanjutkan pernapasan secara spontan dan teratur pada saat bayi baru lahir atau beberapa saat sesudah lahir. Bayi mungkin lahir dalam kondisi asfiksia (asfiksia primer) atau mungkin dapat bernapas tetapi kemudian mengalami asfiksia beberapa saat setelah lahir (asfiksia sekunder) (Fuziah dan Sudarti, 2014).

2. Etiologi

Pengembangan paru-paru neonatus terjadi pada menit-menit pertama kelahiran dan kemudian disusul dengan pernapasan teratur, bila terjadi gangguan pertukaran gas atau pengangkutan oksigen dari ibu ke janin akan terjadi asfiksia janin atau neonatus. Gangguan ini dapat timbul pada masa kehamilan, persalinan atau segera setelah kelahiran. Penyebab kegagalan pernapasan pada bayi yang terdiri dari faktor ibu, faktor plasenta, faktor janin dan faktor persalinan (Jumiarni & Mulyati, 2016).

a. Faktor ibu

Meliputi hipoksia pada ibu yang terjadi karena hipoventilasi akibat pemberian obat analgetik atau anastesia dalam, usia ibu yang kurang dari 20 tahun atau yang lebih dari 35 tahun, gravida empat atau lebih, sosial ekonomi rendah, setiap penyakit pembuluh darah yang mengganggu pertukaran gas seperti kolesterol tinggi, hipertensi, hipotensi, jantung, paru-paru/TBC, ginjal, gangguan kontraksi uterus dan lain-lain.

b. Faktor plasenta

Meliputi solusio plasenta, perdarahan plasenta, plasenta kecil, plasenta tipis, plasenta tidak menempel pada tempatnya.

c. Faktor janin

Meliputi tali pusat antara janin dan jalan lahir, gemili, IUGR, premature, kelainan kongenital pada neonatus dan lain-lain.

d. Faktor persalinan

Meliputi partus lama, partus dengan tindakan, dan lain-lain (Jumiarti & Mulyati, 2016).

3. Patofisiologi

Pernapasan spontan bayi baru lahir tergantung pada kondisi janin pada masa hamil dan persalinan. Proses kelahiran sendiri selalu menimbulkan asfiksia ringan yang bersifat sementara pada bayi (asfiksia transien). Proses ini sangat perlu untuk merangsang kemoreseptor pusat pernapasan agar terjadi primary gasping yang kemudian akan berlanjut dengan pernapasan teratur. Sifat asfiksia ini tidak mempunyai pengaruh buruk karena reaksi adaptasi bayi dapat mengatasinya.

Bila terdapat gangguan pertukaran gas atau pengangkutan oksigen selama kehamilan atau persalinan, akan terjadi asfiksia lebih berat. Keadaan dimana akan mempengaruhi fungsi sel tubuh dan bila tidak teratasi akan menyebabkan kematian. Kerusakan dan gangguan fungsi ini dapat reversible atau tidak tergantung pada berat dan lamanya asfiksia. Asfiksia yang dimulai dengan satu periode apnea (primary apnea) disertai dengan penurunan frekuensi jantung. Selanjutnya bayi akan memperlihatkan usaha napas (gaspings) yang kemudian diikuti oleh pernapasan teratur.

Kondisi patofisiologis yang menyebabkan asfiksia meliputi kurangnya oksigen sel, retensi karbon dioksida berlebihan, dan

asidosis metabolik. Kombinasi ketiga peristiwa tersebut menyebabkan kerusakan sel dan lingkungan biokimia yang tidak cocok dengan kehidupan. Tujuan resusitasi adalah intervensi tepat waktu yang membalikkan efek-efek biokimia asfiksia, sehingga mencegah kerusakan otak dan organ yang irreversible (tidak bisa kembali) yang akibatnya akan ditanggung sepanjang hidup.

Frekuensi jantung dan tekanan darah akan meningkatkan dan bayi melakukan upaya megap-megap (gasping). Bayi kemudian masuk ke periode apnea primer akan mulai melakukan usaha napas lagi. Stimulasi dapat terdiri atas stimulasi taktil (mengeringkan bayi) dan stimulasi ternal (oleh suhu persalinan yang lebih dingin).

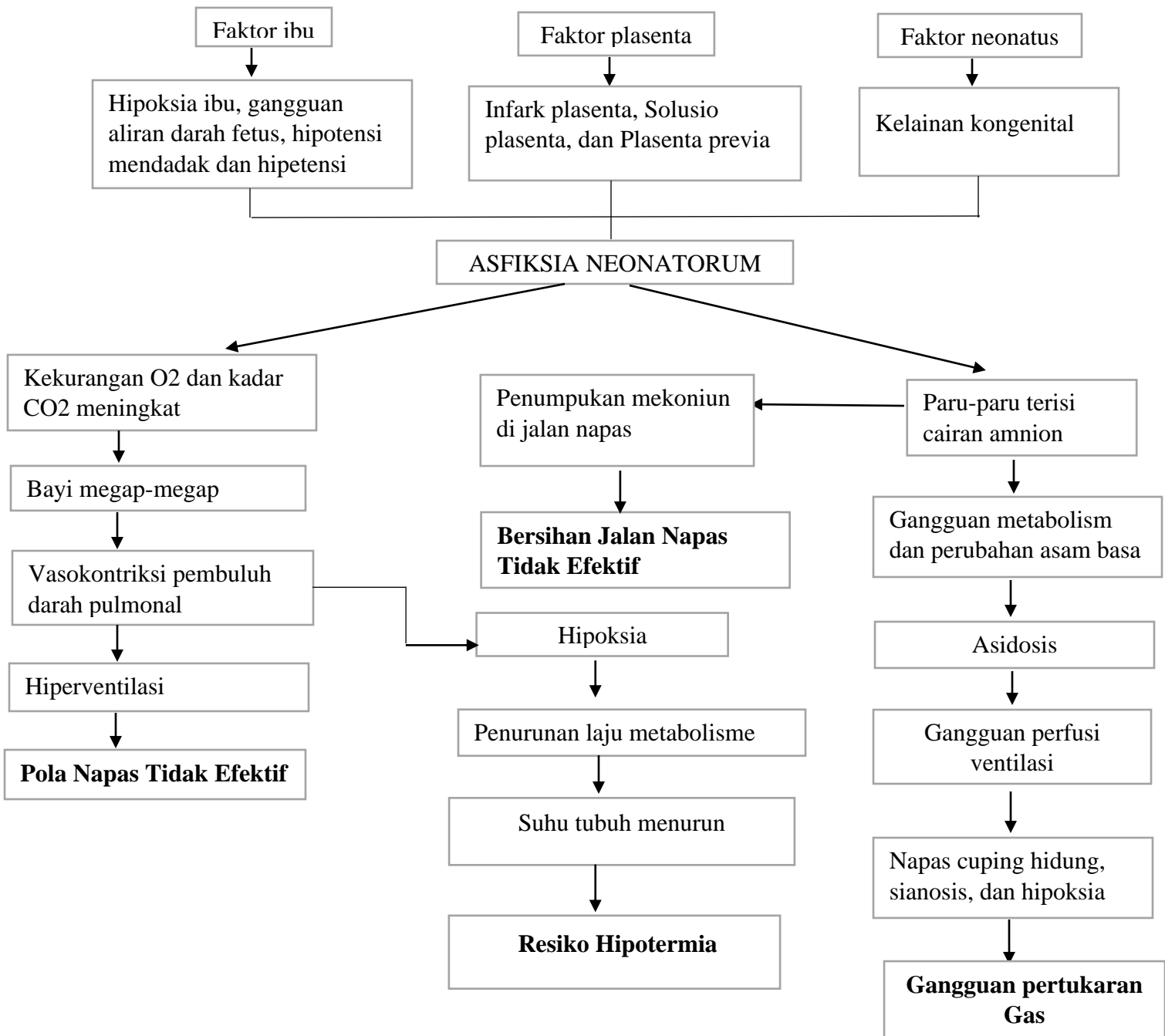
Selama apnea, penurunan oksigen yang tersedia menyebabkan pembuluh darah di paru-paru mengalami konstriksi. Keadaan konstriksi ini menyebabkan paru-paru resisten terhadap ekspansi, sehingga mempersulit kerja resusitasi janin yang persisten. Melewati paru-paru yang konstriksi. Bayi baru lahir dalam keadaan asfiksia tetap memiliki banyak gambaran sirkulasi janin.

Selama hipoksia, perubahan biokimia yang serius menyebabkan penimbunan sampah metabolik akibat metabolisme anaerob. Akibat ketidakadekuatan ventilasi, maka bayi baru lahir cepat menimbun karbondikoksida. Hiperkabia ini mengakibatkan asidosis respiratorik yang lebih jauh akan menekan upaya napas.

Kurangnya oksigen menyebabkan metabolisme pada bayi baru lahir berubah menjadi metabolisme anaerob, terutama karena kurangnya glukosa yang dibutuhkan untuk sumber energi pada saat kedaruratan. Hal ini menyebabkan akumulasi asam laktat dan asidosis metabolik. Asidosis metabolik hanya akan hilang setelah periode waktu yang signifikan dan merupakan masalah sisa bahkan setelah frekuensi pernapasan dan frekuensi jantung adekuat.

Efek hipoksia terhadap otak sangat terlihat. Pada hipoksia awal, aliran darah ke otak meningkat, sebagai bagian mekanisme kompensasi. Kondisi tersebut hanya dapat memberikan penyesuaian sebagian. Jika hipoksia berlanjut, maka tidak akan terjadi penyesuaian akibat hipoksia pada sel-sel otak. Beberapa efek hipoksia yang paling berat muncul akibat tidak adanya zat penyedia energi, seperti ATP, berhentinya kerja pompa ion-ion transeluler, akumulasi air, natrium, dan kalsium serta kerusakan akibat radikal bebas oksigen. Seiring dengan penurunan aliran darah yang teroksigenasi, maka asam amino yang meningkat akibat pembengkakan jaringan otak akan dilepas. Proses ini dapat mengakibatkan kerusakan neurologis yang mencolok atau samar-samar. Kejang dapat muncul selama 24 jam pertama setelah bayi lahir. Awitan kejang selama periode ini merupakan tanda yang mengkhawatirkan dan merupakan tanda peningkatan kemungkinan terjadinya kerusakan otak yang permanen (Widiastuti, 2022).

4. Pathway



Sumber (Menkes RI,2019)

5. Manifestasi klinis

Menurut Sembiring (2017) tanda dan gejala asfiksia yaitu :

- a. Tidak bernapas atau napas megap-megap atau pernapasan lambat (kurang dari 30 kali permenit).
- b. Pernapasan tidak teratur, dengkur atau retraksi (perlekukan dada)
- c. Tangisan lemah atau merintih
- d. Warna kulit
 - 1) Pucat atau ada tanda-tanda syok seperti sianosis/kebiruan pada jari-jari tangan dan kaki, apnea.
- e. Tonus otot lemas atau ekstremitas terkulai
- f. Denyut jantung tidak atau lambat
 - 1) Bradikardia (kurang dari 100 kali/menit) untuk gejala asfiksia berat
 - 2) Takikardia (lebih dari 140 kali/menit) untuk gejala asfiksia ringan.

Asfiksia dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

1. Asfiksia berat (nilai APGAR 0-3). Tanda dan gejala yang muncul pada asfiksia berat antara lain yaitu frekuensi jantung kurang dari 100 kali/menit, tonus otot buruk, sianosis berat, dan kadang-kadang pucat, kulit teraba dingin, menggigil, suhu tubuh dibawah normal, reflek

iritabilitas tidak ada, tidak ada usaha napas, tonus otot lemah bahkan hampir tidak ada, bayi tidak dapat memberikan reaksi jika diberikan rangsangan, terjadi kekurangan oksigen yang berlanjut sebelum atau sesudah persalinan. Pada asfiksia dengan henti jantung yaitu bunyi jantung fetus menghilang tidak lebih dari 10 menit sebelum lahir lengkap atau bunyi jantung menghilang post partum. Pada kasus asfiksia berat ini bayi akan mengalami asidosis sehingga memerlukan perbaikan resusitasi aktif dengan segera.

2. Asfiksia sedang (nilai APGAR 4-6). Tanda dan gejala yang muncul pada asfiksia sedang antara lain yaitu frekuensi jantung lebih dari 100 kali/menit, tonus otot kurang baik atau baik, sianosis, reflek iritabilitas tidak ada. Pada kasus asfiksia sedang ini memerlukan resusitasi dan pemberian oksigen sampai bayi dapat bernapas kembali.
3. Asfiksia ringan (nilai APGAR 7-10). Tanda dan gejala yang sering muncul pada asfiksia ringan antara lain yaitu napas lebih dari 100 kali/menit, warna kulit bayi tampak kemerah-merahan, gerak atau tonus otot baik, bayi menangis kuat.

6. Komplikasi

Komplikasi asfiksia neonatorum yang dapat menyebabkan efek sistemik berupa gangguan neurologis, gangguan pernapasan, hipertensi pulmonal, serta disfungsi hati, otot jantung dan ginjal (Astari Seto, 2021)

7. Penatalaksanaan

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

- a. Pengawasan suhu
- b. Pembersihan jalan napas yaitu saluran napas bagian atas segera dibersihkan dari lender dan cairan amnion
- c. Kepala bayi posisi harus lebih rendah sehingga memudahkan lender keluar
- d. Rangsangan nyeri untuk menimbulkan pernapasan pada bayi dengan memukul kedua telapak kaki bayi
- e. Memberikan suntikan vitamin K.

B. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data Perpola

1) Pola napas (sistem pernapasan)

Frekuensi jantung kurang dari 100x/menit, tidak ada usaha napas, tidak bernapas atau megap-megap, pernapasan lambat, pernapasan tidak teratur, suara dengkur atau ronkhi, takikardia lebih dari 140x/menit, bradikardia kurang dari 100x/menit

2) Pola sirkulasi (sistem peredaran darah)

Kulit teraba dingin, menggigil, suhu tubuh dibawah normal, sianosis, pucat

b. Tabulasi Data

Frekuensi jantung kurang dari 100x/menit, tidak ada usaha napas, tidak bernapas atau megap-megap, pernapasan lambat, pernapasan tidak teratur, suara dengkur atau ronkhi, takikardia lebih dari 140x/menit, bradikardia kurang dari 100x/menit, kulit teraba dingin, menggigil, suhu tubuh dibawah normal, sianosis, pucat.

c. Klasifikasi data

DS : -

DO : Frekuensi jantung kurang dari 100x/menit, tidak ada usaha napas, tidak bernapas atau megap-megap, pernapasan

lambat, pernapasan tidak teratur, suara dengkur atau ronkhi, takikardia lebih dari 140x/menit, bradikardia kurang dari 100x/menit, kulit teraba dingin, menggigil, suhu tubuh dibawah normal, sianosis, pucat.

d. Analisa Data

Tabel 2.1 Analisa Data

| No | Sign/Symptom | Etiologi | Problem |
|----|--|---|---|
| 1. | Ds : - Do : Pernapasan tidak teratur, pernapasan lambat, suara dengkur atau ronkhi | Akumulasi sekret (lender, darah, cairan amnion) | Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif |
| 2. | DS : -: DO : Bradikardia kurang dari 140x/menit, takikardia kurang dari 100x/menit, frekuensi jantung kurang dari 100x/menit, tidak bernapas atau | Ketidakseimbangan O2 dan CO2 | Pola Napas Tidak Efektif |

| | | | |
|----|--|--|----------------------------|
| | megap-megap | | |
| 3. | DS : - DO : Sianosis, pucat | Ketidakeimbangan ventilasi- perfusi | Gangguan Pertukaran Gas |
| 4. | DS :- DO : Kulit teraba dingin, menggigil, suhu tubuh dibawah nilai normal | Penurunan laju metabolisme | Hipotermia |

e. Prioritas Masalah

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif
- 2) Pola napas tidak efektif
- 3) Gangguan pertukaran gas
- 4) Resiko hipotermia

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (Tim Pokja, SDKI DPP PPNI, 2017)

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Akumulasi sekret (lendir, darah, cairan amnion) yang ditandai dengan :
- DS : -
- DO : Pernapasan tidak teratur, pernapasan lambat, suara dengkur atau ronkhi.

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Ketidakseimbangan O₂ dan CO₂ yang ditandai dengan :

DS :-

DO : Bradikardia kurang dari 140x/menit, frekuensi jantung kurang dari 100x/menit, tidak bernapas atau megap-megap.

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

DS :-

DO : Sianosis, pucat

d. Hipotermia berhubungan dengan penurunan laju metabolisme yang ditandai dengan :

DS :-

DO : Kulit teraba dingin, menggigil, suhu tubuh dibawah normal

3. Intervensi Keperawatan

a. Diagnosa keperawatan : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Akumulasi sekret (lendir, darah, cairan amnion)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan jalan napas efektif meningkat

kriteria hasil :

1) Ronkhi menurun

2) Mengi menurun

a) Intervensi : manajemen jalan napas

(1) Observasi :

(a) Monitor bunyi napas

R : Untuk mengetahui adanya bunyi napas mengi, ronkhi yang menandakan adanya penumpukan sekret di jalan napas

(2) Terapeutik

(a) Atur posisi bayi

R : Agar posisi faring, laring, trakea dalam satu garis lurus yang akan memudahkan masuknya udara

(b) Lakukan penghisapan lendir

R : Untuk memperlancar proses respirasi sehingga bayi dapat bernapas secara teratur tanpa kesulitan

(3) Kolaborasi

(a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, eskpektoran, mukolitik, jika perlu

R : Untuk mengencerkan sekret serta memperlancar proses pernapasan

b. Diagnosa keperawatan : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Ketidakseimbangan O₂ dan CO₂

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas efektif meningkat

kriteria hasil :

- 1) Dispnea menurun/menghilang
- 2) Penggunaan otot napas menurun
- 3) Frekuensi napas membaik
- 4) Kedalaman napas membaik

b) Intervensi : pemantauan respirasi

(1) Observasi :

(a) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas

R : Memantau kecepatan biasanya meningkat, dispnea dan terjadi peningkatan kerja napas, kedalaman, dan upaya napas

(b) Monitor pola napas

R : Untuk menentukan tindakan selanjutnya

(c) Auskultasi bunyi napas

R : Untuk mendeteksi adanya bunyi napas tambahan

c. Diagnosa keperawatan : Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan pertukaran gas dalam batas normal

kriteria hasil :

- 1) Sianosis membaik
- 2) Warna kulit membaik

c) Intervensi : terapi oksigen

(1) Observasi :

(a) Monitor kecepatan aliran oksigen

R : Memaksimalkan kebutuhan oksigen yang diperlukan pasien

(b) Monitor saturasi oksigen

R : Mengetahui tingkat oksigenasi sebagai dampak adekuat atau tidaknya proses pertukaran gas pada paru-paru

(c) Awasi tanda vital

R : Perubahan tekanan darah menunjukkan efek hipoksia sistemik.

(2) Terapeutik :

(a) Berikan oksigen tambahan, jika perlu

R : Untuk memenuhi kebutuhan oksigen di dalam tubuh

d. Diagnosa keperawatan : Resiko hipotermia berhubungan dengan penurunan laju metabolisme

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hipotermia teratasi dengan kriteria hasil :

1) Menggigil menurun

2) Suhu tubuh membaik

d) Intervensi : manajemen hipotermia

(1) Observasi :

(a) Monitor suhu tubuh

R : Agar menentukan tindakan selanjutnya yang akan dilakukan

(2) Terapeutik :

(a) Jaga bayi agar tetap hangat

R : Agar bayi tidak kehilangan panasnya dari suhu tubuh

(b) Sediakan lingkungan yang hangat

R : Menjaga suhu tubuh bayi agar tetap hangat seperti inkubator

(c) Lakukan penghangatan aktif eksternal

R : Melakukan penghangatan dengan perawatan metode kanguru

(d) Pakaikan pakaian yang bersih dan kering

R : Agar mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap pada proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung kepada klien (Perry, 2018)

5. Evaluasi Keperawatan

Pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Perry, 2018)

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan/Desain Studi Kasus

Jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Metode penelitian deskriptif merupakan suatu metode yang memiliki tujuan dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi (Ariyanti, Y, 2020). Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada bayi dengan diagnosa medis Asfiksia.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini adalah individu dengan masalah komprehensif dan holistik dengan diagnosa medis Asfiksia pada bayi baru lahir di RSUD Ende.

C. Batasan Istilah

Tabel 3.1 Definisi Operasional

| No | Pernyataan | Definisi Operasional |
|----|--------------------|---|
| 1. | Asuhan keperawatan | Suatu bentuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan |

| | | |
|----|----------|--|
| | | biologis, psikologis, sosial, spiritual yang diberikan langsung kepada bayi. |
| 2. | Asfiksia | Asfiksia merupakan suatu kondisi dimana bayi baru lahir yang gagal bernapas sehingga bayi tidak dapat memasukkan O ₂ dan tidak dapat mengeluarkan CO ₂ . |

D. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini akan dilakukan di RSUD Ende di Ruang Perinatal dari bulan Mei hingga Juli 2023.

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan 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, pemeriksaan fisik, pelaksanaan tindakan dan studi kasus dokumentasi terhadap kasus yang dijadikan subjek studi kasus.

F. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari ibu bayi yaitu menanyakan mengenai biodata pasien, biodata orang tua, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat kesehatan keluarga.

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

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

3. Studi Dokumentasi

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

G. Instrumen Pengumpulan Data

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

H. Keabsahan Data

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

1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari ibu pasien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi, biodata pasien, biodata orangtua, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat kesehatan keluarga.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien (orang tua), meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien di rumah dan di laporkan ke petugas kesehatan.

I. Analisa Data

Analisi data yang dikumpulkan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data kesehatan dan data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada pasien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil

pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif, kemudian dianalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada bayi baru lahir dengan Asfiksia.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. HASIL STUDI KASUS

1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 16 juni sampai dengan 18 juni 2023 di Ruang Perinatal Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang beralamat di Jalan Prof Dr.W.Z.Yohanes, Kel.Paupire, Kec. Ende Tengah, Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur.

2. Pengkajian

a. Identitas Klien

Hasil pengkajian pada tanggal 16 juni 2023 pada pukul 07.40 WITA, ditemukan data klien bernama By. Ny.M.N.P usia 19 hari anak pertama dengan alamat tempat tinggal Anaranda. Klien beragama katholik dengan suku Lio. Ayah klien bernama Tn.F.B berusia 24 tahun dengan pendidikan terakhir SMA-sederajat dan bekerja sebagai petani. Ibu klien bernama Ny.M.N.P berusia 20 tahun dengan pendidikan terakhir SMA dan bekerja sebagai ibu rumah tangga.

b. Keluhan Utama

Klien lahir pada tanggal 29 Mei 2023 di puskesmas welamosa lahir secara normal dengan usia kehamilan 31-32 minggu dengan berat lahir 1100 gram. Klien langsung dirujuk ke

RSUD Ende dan di rawat di ruangan Perinatal untuk mendapatkan tindakan lanjutan.

c. Riwayat Kehamilan Dan Kelahiran

1) Antenatal care (ANC)

Ibu klien mengatakan selama masa kehamilan dirinya telah 7 kali melakukan pemeriksaan kehamilan di puskesmas welamosa. Hasil pemeriksaan petugas puskesmas bahwa HPHT ibu pada tanggal 21 oktober 2022 dan HPL pada tanggal 25 juli 2023. Selama melakukan pemeriksaa kehamilan ibu klien mengatakan tidak pernah mendapatkan pendidikan kesehatan terkait kesehatan ibu hamil di puskesmas. Klien hanya diberikan obat-obatan seperti vitamin Sf, vitamin c, kalk. Selama masa kehamilan ibu klien mengatakan mengalami penurunan berat badan dari 45,2 kg menjadi 43 kg. Ibu klien juga mengatakan tidak mempunyai komplikasi kehamilan dan tidak pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya dan ibu klien memiliki golongan darah O.

2) Intranatal Care (INC)

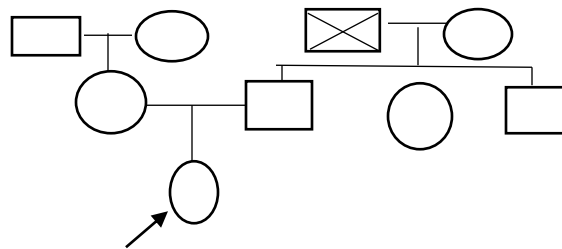
Berdasarkan hasil pengkajian ibu klien bahwa ia merasa nyeri selama 15 jam dengan nyeri semakin lama semakin bertambah nyeri ibu klien meminta keluarga untuk mengurut di bagian perut hingga ke pinggang. Persalinan dilakukan secara normal di puskesmas welamosa di usia kehamilan 31-32

minggu, ibu klien mengatakan tidak mengalami komplikasi saat persalinan dengan lama persalinan 1-2 jam dan bayi lahir pada pukul 11.40 dan APGAR SCORE 4/7.

3) Postnatal Care (PNC)

Setelah lahir klien bernapas secara spontan dengan keadaan sesak napas, pernapasan tidak teratur, terdapat sianosis di jari- jari tangan dan kaki, APGAR SCORE 4/7 dengan berat badan lahir 1.100 gram, panjang badan 34 cm, lingkar kepala 23,5 cm, lingkar dada 19,5 cm, lingkar perut 20 cm, dan lila 5 cm. Obat-obat yang diberikan kepada klien berupa Vit.K dan salep chloramphenicol. Insisiasi menyusui dini (IMD) dilakukan pada klien dengan waktu 5 menit.

d. Riwayat Keluarga



Keterangan :

□ : Laki-laki
 ○ : Perempuan

↗ : Klien
 ✖ : Meninggal

Daftar gambar 4.1 Genogram

e. Riwayat Sosial

Ibu klien mengatakan keluarga yang dapat dihubungi ialah dirinya sendiri dan ayahnya. Klien mengatakan dirinya merupakan anak pertama.

f. Riwayat Psikologis

Ny.M.N.P mengatakan merasa cemas dan gelisah dengan keadaan klien dan menanyakan tentang keadaan klien.

g. Keadaan Saat Ini

Klien dengan diagnosa medik Asfiksia Sedang, terdapat sianosis di jari-jari tangan dan kaki, terdapat retraksi dada, tampak lemah, tangisan merintih, kulit tipis dan keriput, berat badan klien 1.100 gram. Status nutrisi klien menggunakan OGT ASI 5cc/jam. Terdapat beberapa tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada klien seperti meletakkan klien dalam inkubator, pemasangan O2 nasal kanul dan pemasangan infus dextrose 12,5% drip 5 cc/jam.

h. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)

Keadaan umum : klien tampak lemah, sianosis di jari-jari tangan dan kaki, terdapat retraksi dada, tangisan merintih, perawatan dalam inkubator dengan berat badan 1.100 gram, panjang badan 34 cm, lingkar kepala 23,5 cm, lingkar dada 19,5 cm, lingkar perut 20 cm dan lila 5 cm. Tanda-tanda vital : HR: 130x/menit, suhu 36,° C, RR: 50x/menit, CRT <3 detik, SPO2 : 98%.

- 1) Reflex
 - a) Moro : Klien terlihat sering terkejut saat tidur
 - b) Grapsh : Klien menunjukkan refleks menggenggam namum
belum sempurna
 - c) Babinsky : Jari kaki mengembang dan ibu jari kaki sedikit
dorso fleksi saat telapak kaki disentuh
- 2) Tonus/aktivitas : Lemah
- 3) Kepala /leher : Bentuk kepala bulat, ubun-ubun cekung, sutura
sagitalis terpisah, rambut tipis, lurus dan hitam, wajah simetris,
tidak terdapat caput sucadeum dan tidak terdapat
chepalohematom.
- 4) Mata : Simetris antara mata kiri dan mata kanan
- 5) Telinga : Simetris kiri dan kanan, bersih
- 6) Hidung : Normal, bersih terpasang nasal kanul
- 7) Mulut : Refleks menghisap dan menelan lemah, terpasang OGT
mukosa bibir kering.
- 8) Abdomen : Inspeksi : Kembung, palpasi : lunak, auskultasi :
tidak terdengar perilstaltik usus, bunyi timpani.
- 9) Thoraks : Simetris, terdapat retraksi dada
- 10) Paru-paru : Suara napas vesikuler, RR : 50x/menit,
menggunakan 02 nasal kanul
- 11) Jantung : Bunyi jantung normal, HR : 130x/menit

12) Ekstremitas :

a) Ekstremitas atas : ekstremitas atas normal, simetris kiri dan kanan

b) Ekstremitas bawah : Ekstremitas bawah normal, simetris kiri dan kanan

13) Genitalia : Perempuan normal.

14) Anus : Normal

15) Kulit : Warna kulit sianosis pada jari-jari tangan dan kaki, tampak tipis dan keriput

16) Suhu : Menggunakan inkubator

i. Pengkajian Perpola

1) Pola nutrisi

Berat badan klien 1. 100 gram, refleks menghisap dan menelan lemah, saat ini klien mendapatkan diit ASI 5cc/jam per OGT

2) Pola napas

Pernapasan klien belum teratur dan terdapat retraksi dada dengan frekuensi pernapasan 50x/menit serta terpasang nasal kanul, terdapat sianosis di jari-jari tangan dan kaki.

3) Pola Sirkulasi

Suhu tubuh hipotermi 36,° C

4) Pola Aktivitas

Gerakan klien lemah, tangisan lemah dan merintih.

j. Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.1 Hasil Pemeriksaan darah

| Jenis pemeriksaan | Hasil | Nilai rujukan |
|-------------------|-------|----------------|
| WBC | 14.89 | (3.00-15.00) |
| LYMPH# | 7.50* | (1.00-3.70) |
| MONO# | 1.53 | (0.00-0.70) |
| EO# | 0.43+ | (0.00-0.40) |
| BASO# | 0.19* | (0.00-0.10) |
| NEUT# | 5.24* | (1.50-7.00) |
| LYMPH% | 50.4* | (20.0-50.0) |
| MONO% | 10.3* | (0.0-14.0) |
| EO% | 2.9 | (0.0-6.0) |
| BASO% | 1.3* | (0.0-1.0) |
| NEUT% | 35.1* | (37.0-72.0) |
| IG# | 0.51* | (0.0-7.00) |
| IG% | 3.4* | (0.0-72.0) |
| RBC | 5.37 | (2.50-5.50) |
| HGB | 17.0 | (8.0-17.0) |
| HCT | 51.4+ | (26.0-50.0) |
| MCV | 95.7 | (86.0-110.0) |
| MCH | 31.7 | (26.0-38.0) |
| MCHC | 33.1 | (31.0-37.0) |
| RDW-SD | 66.6+ | (37.0-54.0) |
| RDW-CV | 18.9+ | (11.0-16.0) |
| PLT | 45- | (150-450) |
| MPV | --- | (9.0-13.0) |
| PCT | --- | (0.17-0.35) |
| PDW | --- | (9.0-17.0) |
| P-LCR | --- | (13.0-43.0) |
| ELEKTROLIT | | |
| NATRIUM | 140,6 | 135-145 mmol/L |
| KALIUM | 3,06 | 3.5-5.1 mmol/L |
| CHLORIDA | 110,7 | 98-106 mmol/L |

k. Obat/ therapy

Tabel 4.2 therapy pengobatan

| Nama obat | Dosis | Indikasi |
|-----------------|---------------|---|
| O2 Nasal Kanul | 1 liter/menit | Sebagai terapi oksigen pada pasien yang dapat bernapas spontan namun membutuhkan dukungan oksigen konsentrasi rendah hingga sedang |
| Meropenem | 3x50 mg | Untuk infeksi berat seperti meningitis bakteri, infeksi kulit dan jaringan lunak komplikata, serta intraabdomen komplikata |
| Aminophilin | 3x4 mg | Untuk meredakan keluhan sesak napas, napas berat, atau mengi, pada penderita asma, bronchitis, atau penyakit paru obstruktif kronis |
| Eritromisin | 3x10 mg/PO | Untuk mengatasi infeksi bakteri di berbagai tubuh, seperti kulit, saluran pernapasan, saluran pencernaan, saluran kemih, dan organ genital. |
| Sucralfat sirup | 3x1 cc | Untuk mengatasi tukak lambung, ulkus duodenum, atau gastritis kronis. |
| Nystatin | 3x1 cc | Untuk mengatasi infeksi jamur, khususnya infeksi jamur candida. |

l. Tabulasi Data

Klien tampak lemah, tangisan lemah dan merintih, refleks menghisap dan menelan lemah, berat badan klien 1.100 gram, ubun- ubun cekung, mukosa bibir kering, abdomen kembung, kulit tampak sianosis di jari-jari tangan dan kaki, kulit tipis dan keriput, akral dingin, terpasang OGT diit ASI 5cc/jam, terdapat retraksi dada, terpasang O₂ nasal kanul 1 liter/menit, terpasang infus dextrose 12,5% drip 5cc/jam pada umbilicus, menggunakan inkubator, MONO 1.53, BASO% 1.3, HCT 51.4, RDW-SD 66.6, RDW-CV 18.9, berat badan 1.100 gram, panjang badan 34 cm, lingkar kepala 23,5 cm, lingkar dada 19,5 cm, lingkar perut 20 cm, lila 5cm, suhu 36,°C, HR 130x/menit, RR 50x/menit, SPO₂ 98 %.

Ny.M.N.P mengatakan merasa cemas dan gelisah dengan klien.

m. Klasifikasi Data

Ds : Ny.M.N.P mengatakan merasa cemas dan gelisah dengan klien

Do : Klien tampak lemah, tangisan lemah dan merintih, refleks menghisap dan menelan lemah, berat badan klien 1.100 gram, ubun- ubun cekung, mukosa bibir kering, abdomen kembung, kulit tampak sianosis di jari-jari tangan dan kaki, kulit tipis dan keriput, akral dingin, terpasang OGT diit ASI 5cc/jam, terdapat retraksi dada, terpasang O₂ nasal kanul 1 liter/menit, terpasang infus dextrose 12,5% drip 5cc/jam pada umbilicus, menggunakan inkubator, MONO 1.53, BASO% 1.3, RDW-SD 66.6, RDW-CV

18.9, berat badan 1.100 gram, panjang badan 34 cm, lingkar kepala 23,5 cm, lingkar dada 19,5 cm, lingkar perut 20 cm, lila 5cm, suhu 36,°C, HR 130x/menit, RR 50x/menit, SPO2 98 %. Ny.M.N.P tampak cemas dan tegang.

n. Analisa Data

Tabel 4.3 Analisa data

| Sign/symptom | Etiologi | Problem |
|---|--|-------------------------------------|
| Ds :- Do: pernapasan tidak teratur, pernapasan lambat. | Akumulasi sekret (lendir, darah, dan cairan amnion). | Bersihkan jalan napas tidak efektif |
| Ds :- Do :Terdapat retraksi dada, RR 50x/menit, HR 130x/menit | Ketidakeimbangan O2 dan CO2 | Pola napas tidak efektif |
| DS :- DO : Kulit tampak sianosis di jari-jari tangan dan kaki, terpasang O2 nasal kanul 1 liter/menit | Ketidakeimbangan ventilasi perfusi | Gangguan pertukaran Gas |
| Ds :- Do : Akral dingin, suhu tubuh 36,4°C | Penurunan laju metabolisme | Resiko hipotermi |
| Ds :- Do : MONO 1.53, BASO% 1.3, HCT 51.4, RDW-SD 66.6, RDW-CV 18.9. | Agen pencedera | Resiko infeksi |
| Ds :- Do : Klien tampak lemah, abdomen kembung, terpasang OGT, diit ASI 5 cc/jam, berat badan 1. 100 gram, panjang badan 34 cm, kulit tipis dan keriput. | Refleks menelan belum sempurna | Defisit nutrisi |
| Ds : Ny.M.N.P mengatakan merasa | Krisis situasional | Ansietas |

| | | |
|--|---------------------------|---------------------|
| cemas dan gelisah dengan klien Do : tampak gelisah dan tegang | | |
| Ds : Ny.M.N.P mengatakan selama melakukan pemeriksaan tidak pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang kehamilan. Do:- | Kurang terpapar informasi | Defisit pengetahuan |

o. Prioritas Masalah

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif
- 2) Pola napas tidak efektif
- 3) Gangguan pertukaran Gas
- 4) Resiko Hipotermia
- 5) Resiko infeksi
- 6) Defisit nutrisi
- 7) Ansietas
- 8) Defisit pengetahuan

3. Diagnosa Keperawatan

a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret (lendir, darah, cairan amnion) yang ditandai dengan:

Ds:

Do: pernapasan tidak teratur, pernapasan lambat.

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Ketidakseimbangan O_2 dan CO_2 yang ditandai dengan :

Ds :-

Do : Terdapat retraksi dada, RR 50x/menit, HR 130x/menit

c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi yang ditandai dengan :

Ds :-

Do : Kulit tampak sianosis di jari- jari tangan dan kaki

d. Resiko Hipotermi berhubungan dengan penurunan laju metabolisme yang ditandai dengan :

Ds :

Do : Akral dingin, kulit tipis suhu tubuh $36,4^{\circ}C$

e. Resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera

Ds :-

Do : MONO 1.53, BASO% 1.3, HCT 51.4, RDW-SD 66.6, RDW-CV 18.9.

f. Defisit nutrisi berhubungan dengan Refleks menghisap belum sempurna yang ditandai dengan :

Ds :-

Do : Klien tampak lemah, abdomen kembung, terpasang OGT, diit ASI 5 cc/jam, berat badan 1. 100 gram, panjang badan 34 cm, kulit keriput dan tipis.

g. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional yang ditandai dengan:

Ds : Ny. M.N.P mengatakan merasa cemas dan gelisah dengan klien

Do : Tampak gelisah dan tegang

h. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang ditandai dengan :

Ds : Ny.M.N.P mengatakan selama melakukan pemeriksaan tidak pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang kehamilan.

Do :-

4. Intervensi Keperawatan

a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret (lendir, darah, cairan amnion) yang ditandai dengan:

Ds:- Do: pernapasan tidak teratur, pernapasan lambat. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan jalan napas efektif meningkat dengan kriteria hasil : ronkhi menurun, mengi menurun.

Intervensi : 1. Memonitor bunyi napas, rasional : untuk mengetahui adanya bunyi napas mengi, ronkhi yang menandakan adanya penumpukan sekret di jalan napas. 2. Atur posisi bayi, rasional : agar posisi faring, laring, trakea dalam satu garis lurus yang akan memudahkan masuknya udara. 3. Lakukan penghisapan lendir, rasional : untuk memperlancar proses respirasi sehingga bayi dapat bernapas secara teratur tanpa kesulitan.

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan ketidakseimbangan O₂ dan CO₂ yang ditandai dengan :

Ds :- Do : Terdapat retraksi dada, RR 50x/menit, HR 130x/menit.

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas efektif meningkat dengan kriteria hasil: dispnea menurun/menghilang, penggunaan otot napas menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik.

Intervensi: 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, rasional: memantau kecepatan biasanya meningkat dispnea dan terjadi peningkatan kerja napas, kedalaman, dan upaya napas. 2. Monitor pola napas, rasional: untuk menentukan tindakan selanjutnya. 3. Auskultasi bunyi napas, rasional: Untuk mendeteksi adanya bunyi napas tambahan.

c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi yang ditandai dengan :

Ds :- Do: Kulit tampak sianosis di jari-jari tangan dan kaki, terpasang O₂ nasal kanul 1 liter/menit. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan pertukaran gas dalam batas normal dengan kriteria hasil: sianosis membaik, warna kulit membaik.

Intervensi: 1. Monitor kecepatan aliran oksigen, rasional: memaksimalkan kebutuhan oksigen yang diperlukan. 2. Monitor saturasi oksigen, rasional: mengetahui tingkat oksigenasi sebagai dampak adekuat atau tidaknya proses pertukaran gas pada paru-paru. 3.

Berikan oksigen tambahan jika perlu, rasional: untuk memenuhi kebutuhan oksigen di dalam tubuh.

d. Resiko hipotermi berhubungan dengan penurunan laju metabolisme yang ditandai dengan :

Ds :- Do : Akral dingin, suhu tubuh 36,4°C. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipotermia teratasi dengan kriteria hasil : menggigil menurun, suhu tubuh membaik.

Intervensi: 1. Monitor suhu tubuh, rasional: agar menentukan tindakan selanjutnya yang akan dilakukan. 2. Jaga bayi agar tetap hangat, rasional: agar bayi tidak kehilangan panasnya dari suhu tubuh. 3. Sediakan lingkungan yang hangat, rasional: menjaga suhu tubuh bayi agar tetap hangat seperti inkubator. 4. Pakaikan yang bersih dan kering, rasional: agar mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi.

e. Resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera yang ditandai dengan :

Ds :- Do: MONO 1.53, BASO% 1.3, HCT 51.4, RDW-SD 66.6, RDW-CV 18.9. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi infeksi.

Intervensi: 1. Monitor tanda dan gejala awal dari proses infeksi, rasional : mengetahui adanya gejala awal dari proses infeksi. 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi dengan lingkungan bayi, rasional : mengurangi kontaminasi silang. 3. Pertahankan teknik aseptik pada bayi beresiko tinggi, rasional : mencegah masuknya bakteri

mengurangi resiko infeksi nosocomial. 4. Batasi jumlah pengunjung, rasional : jumlah kunjungan yang banyak dapat menyebabkan terjadinya infeksi.

f. Defisit nutrisi berhubungan dengan refleks menelan belum sempurna yang ditandai dengan:

Ds :- Do: Klien tampak lemah, abdomen kembung, terpasang OGT, diit ASI 5 cc/jam, berat badan 1. 100 gram, panjang badan 34 cm, kulit keriput dan tipis. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: berat badan meningkat, panjang badan meningkat, refleks menghisap dan menelan meningkat.

Intervensi: 1. Kaji status nutrisi selama perawatan, perhatikan tingkat energi, rasional: sebagai langkah awal melakukan intervensi selanjutnya. 2. Periksa residu lambung sebelum pemberian makanan, rasional: mengetahui keadaan dan kondisi lambung bayi. 3. Monitor berat badan, rasional: membantu dalam meningkatkan status nutrisi.

g. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional yang ditandai dengan :

Ds : Ny.M.N.P mengatakan merasa cemas dan gelisah dengan klien.
DO: tampak gelisah dan tegang. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ansietas menurun dengan kriteria hasil: perilaku tampak gelisah dan tegang menurun.

Intervensi: 1. Monitor tanda-tanda ansietas, rasional: mengetahui penyebab dan gejala awal ansietas. 2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, rasional: agar ibu pasien tidak merasa cemas dengan kondisi klien 3. Informasikan secara aktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis klien, rasional: agar keluarga dapat mengetahui kondisi klien.

h. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang ditandai dengan :

Ds : Ny.M.N.P mengatakan selama melakukan pemeriksaan tidak pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang kehamilan. Ds:- .

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: perilaku sesuai anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.

Intervensi : 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, rasional : untuk mengetahui apakah klien dan keluarga mau menerima dan siap untuk menerima informasi yang akan disampaikan.
2. Jelaskan kepada ibu mengenai kebutuhan nutrisi selama kehamilan dan makanan bergizi untuk ibu hamil, rasional : untuk memenuhi kebutuhan nutrisi selama kehamilan.

5. Implementasi keperawatan

Implementasi dilakukan pada By.Ny.M.N.P dilakukan selama 3 hari yaitu dari tanggal 16-18 juni 2023. Implementasi hari pertama

dilakukan pada hari/tanggal Jumad 16 juni 2023 dengan diagnosa yang pertama pola napas tidak efektif berhubungan dengan ketidakseimbangan O₂ Dan CO₂. Tindakan yang dilakukan adalah jam 07.00 mengobservasi keadaan umum (klien tampak lemah dengan TTV HR 130x/menit, RR 50x/menit, suhu 36,4°C, SPO₂ 98%), jam 07.05 memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas (RR 50x/menit, klien menggunakan O₂ nasal kanul,) jam 07.06 memonitor pola napas (pola napas klien tidak teratur terdapat retraksi dada), jam 07.10 mengauskultasi bunyi napas (tidak terdengar bunyi napas tambahan), jam 08.00 melayani meropenem 50 mg/iv, melayani injeksi aminophilin 4 mg/iv. Implementasi hari pertama diagnosa kedua yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi. Tindakan yang dilakukan adalah jam 07.00 mengobservasi keadaan umum (keadaan klien tampak lemah, terdapat sianosis di jari-jari tangan dan kaki, TTV HR 130x/menit, RR 50x/menit, suhu 36,4°C, SPO₂ 98%), jam 07.15 memonitor kecepatan aliran oksigen (oksigen yang diberikan kepada klien 1 liter/menit menggunakan O₂ nasal kanul), jam 07.16 memonitor saturasi oksigen (SPO₂ 98%). Implementasi hari pertama diagnosa ketiga yaitu resiko hipotermi berhubungan dengan penurunan laju metabolisme. Tindakan yang dilakukan adalah jam 07.00 mengobservasi keadaan umum (klien tampak lemah, TTV HR 130x/menit, RR 50x/menit, suhu 36°C, SPO₂ 98%), jam 08.05 memonitor suhu tubuh (suhu tubuh bayi 36,4°C), jam

08.10 menjaga bayi agar tetap hangat (membungkus bayi dengan kain selimut), jam 08.15 menyediakan lingkungan yang hangat (mematikan AC diruangan NICU), jam 08.20 memakaikan pakaian yang bersih dan kering (menggantikan pakaian yang kotor ke pakaian yang bersih dan kering). Implementasi hari pertama diagnosa keempat yaitu resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera. Tindakan yang dilakukan adalah jam 07.00 mengobservasi keadaan umum (keadaan klien lemah, TTV HR 150x/menit, RR 50x/menit, suhu 36,4°C, SPO2 98%), jam 08.25 memonitor tanda dan gejala infeksi, jam 08.30 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi dengan lingkungan bayi, jam 08.35 mempertahankan teknik aseptik pada bayi berisiko tinggi, jam 08.36 membatasi jumlah pengunjung. Implementasi hari pertama diagnosa kelima yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan refleksi menelan belum sempurna. Tindakan yang dilakukan adalah jam 07.00 mengobservasi keadaan umum (keadaan klien lemah, TTV HR 150x/menit, RR 50x/menit, suhu 36,4°C, SPO2 98%), .jam 08.00 melayani nystatin 1cc/OGT, Jam 09.00 memeriksa residu (residu baik), jam 09.05 melayani diit ASI 5cc/OGT, jam 10.00 memonitor berat badan (berat badan bayi belum mengalami perubahan dari 1.100 gram), jam 12.00 melayani eritromicin 10 mg/OGT. Impelementasi hari pertama diagnosa keenam yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Tindakan yang dilakukan adalah jam 11.00 memonitor tanda-tanda ansietas (Ny.M.N.P masih tampak cemas dan gelisah), jam

11.05 menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan (memahami kondisi ibu klien dan mendengarkan keluhan ibu klien), jam 11.10 menginformasikan secara aktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis (menjelaskan keadaan bayi pada ibunya). Implementasi hari pertama diagnosa ketujuh yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Tindakan yang dilakukan adalah jam 08.40 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, jam 08.45 menjelaskan kepada ibu hamil mengenai kebutuhan nutrisi selama kehamilan dan makanan bergizi untuk ibu hamil.

Implementasi hari kedua dilakukan pada hari/tanggal Sabtu, 17 juni 2023 dengan diagnosa pertama yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan ketidakseimbangan O₂ dan CO₂. Tindakan yang dilakukan adalah jam 07.00 mengobservasi keadaan umum (klien masih tampak lemah, TTV HR 134x/menit, RR 52x/menit, suhu 36°C, SPO₂ 96%), jam 07.05 memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas (RR 52x/menit), jam 07.06 memonitor pola napas (pola napas klien belum teratur terdapat retraksi dada), jam 07.10 mengauskultasi bunyi napas (tidak terdengar bunyi napas tambahan), jam 08.00 melayani meropenem 50 mg/iv, melayani aminophilin 4 mg/iv. Implementasi hari kedua diagnosa kedua yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi. Tindakan yang dilakukan adalah jam 07.00 mengobservasi keadaan umum

(keadaan klien masih tampak lemah, masih terdapat sianosis di jari-jari tangan dan kaki, TTV HR 134x/menit, RR 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96%), jam 07.15 memonitor kecepatan aliran oksigen (oksigen yang diberikan 1 liter/menit), jam 07.16 memonitor saturasi oksigen (SPO2 96%). Implementasi hari kedua diagnosa ketiga yaitu resiko hipotermi berhubungan dengan penurunan laju metabolisme. Tindakan yang dilakukan adalah jam 07.00 mengobservasi keadaan umum (klien masih tampak lemah, TTV HR 134x/menit, RR 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96%), jam 08.05 memonitor suhu tubuh (suhu tubuh 36°C), jam 08.10 menjaga bayi agar tetap hangat (membungkus bayi dengan kain selimut), jam 08.15 menyediakan lingkungan yang hangat (mematikan AC diruangan NICU), jam 08.20 memakaikan pakaian yang bersih dan kering (menggantikan pakaian bayi dengan pakaian yang bersih dan kering). Implementasi hari kedua diagnosa keempat yaitu resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera. Tindakan yang dilakukan adalah jam 07.00 mengobservasi keadaan umum (keadaan klien masih tampak lemah, TTV HR 134x/menit, RR 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96%), jam 08.25 memonitor tanda dan gejala infeksi, jam 08.30 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi dengan lingkungan bayi, jam 08.36 membatasi jumlah pengunjung. Implementasi hari kedua diagnosa kelima yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan refleksi menelan belum sempurna. Tindakan yang dilakukan adalah jam 07.00 mengobservasi keadaan umum (klien masih tampak lemah, TTV HR

134x/menit, RR 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96%), jam 08.00 melayani nystatin 1cc/OGT, jam 09.00 memeriksa residu (residu baik), 09.05 melayani diit ASI 5cc/ OGT, jam 10.00 memonitor berat badan (berat badan bayi belum mengalami perubahan), jam 12.00 melayani eritromicin 10 mg/OGT. Implementasi hari kedua diagnosa keenam yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Tindakan yang dilakukan adalah jam 11.00 memonitor tanda-tanda ansietas (Ny.M.N.P masih tampak cemas dan gelisah), jam 11.05 menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan (memahami kondisi ibu klien dan mendengarkan keluhan ibu klien), jam 11.10 menginformasikan secara aktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis (memberitahukan kepada ibu klien mengenai kondisi bayinya), jam 11.15 memberitahukan kepada ibu klien untuk sering-sering mengunjungi bayinya disaat jam kunjung.

Implementasi hari ketiga dilakukan pada hari/tanggal Minggu 18 juni 2023 dengan diagnosa pertama yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan ketidakseimbangan O₂ dan CO₂. Tindakan yang dilakukan adalah jam 07.00 mengobservasi keadaan umum (klien sudah tampak aktif , TTV HR 10x/menit RR 40x/menit, suhu 36,5°C SPO2 99%), jam 07.05 memonitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya napas (RR 40x.menit), jam 07.06 memonitor pola napas (pola napas klien belum teratur terdapat retraksi dada), 07.10 mengauskultasikan bunyi napas (tidak terdapat bunyi napas tambahan), jam 08.00

melayani meropenem 50 mg/iv, melayani aminophilin 4 mg/iv. Implementasi hari ketiga diagnosa kedua yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi. Tindakan yang dilakukan adalah 07.00 mengobservasi keadaan umum (klien sudah tampak aktif, masih terdapat sianosis di jari-jari tangan dan kaki, TTV HR 130x/menit RR 40x/menit suhu 36,5⁰C SPO2 99%), jam 07.15 memonitor kecepatan aliran oksigen (oksigen yang diberikan 1 liter/menit), jam 07.16 memonitor saturasi oksigen(SPO2 99%). Implementasi hari ketiga diagnosa ketiga yaitu resiko hipotermi berhubungan dengan penurunan laju metabolisme. Tindakan yang dilakukan adalah 07.00 mengobservasi keadaan umum (klien sudah tampak aktif, TTV HR 130x/menit RR 40x/menit suhu 36,5⁰C SPO2 99%), jam 08.05 memonitor suhu tubuh (suhu tubuh bayi 36,5⁰C), jam 08.10 menjaga bayi agar tetap hangat (membungkus bayi dengan kain selimut), jam 08.15 menyediakan lingkungan yang hangat(mematikan AC diruangan NICU), jam 08.20 memakaikan pakaian yang bersih dan kering(menggantikan pakaian bayi yang bersih dan kering). Implementasi hari ketiga diagnosa keempat yaitu resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera. Tindakan yang dilakukan adalah jam 07.00 mengobservasi keadaan umum (klien masih tampak lemah, TTV HR 130x/menit, RR 40x/menit, suhu 36,5⁰C, SPO2 99%), jam 08.25 memonitor tanda dan gejala infeksi, jam 08.30 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi dengan lingkungan bayi, jam

08.35 mempertahankan teknik aseptik pada bayi berisiko tinggi, jam 08.36 membatasi jumlah pengunjung. Implementasi hari ketiga diagnosa kelima yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan refleksi menelan belum sempurna. Tindakan yang dilakukan adalah jam 07.00 mengobservasi keadaan umum (klien masih tampak lemah, TTV HR 130x/menit RR 40x menit suhu 36,5°C SPO2 99%), jam 08.00 melayani nystatin 1cc/OGT, jam 09.00 memeriksa residu (residu baik), jam 09.05 melayani diit ASI 5cc/OGT, jam 10.00 memonitor berat badan (berat badan bayi belum mengalami perubahan), jam 12.00 melayani eritromicin 10 mg/OGT. Implementasi hari ketiga diagnosa keenam yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Tindakan yang dilakukan adalah jam 11.00 memonitor tanda-tanda ansietas (Ny.M.N.P masih tampak cemas), jam 11.05 menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan (memahami kondisi ibu klien dan mendengarkan keluhan ibu klien), jam 11.10 menginformasikan secara aktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis (memberitahukan kepada ibu klien mengenai kondisi bayinya), jam 11.15 memberitahukan kepada ibu klien untuk sering-sering mengunjungi bayinya disaat jam kunjung.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada By.Ny.M.N.P dilakukan selama tiga hari yaitu dari tanggal 16-18 juni 2023. Hari pertama evaluasi pada hari/tanggal Jumat, 16 juni 2023 jam 13.00 dengan diagnosa pertama pola napas tidak

efektif berhubungan dengan ketidakseimbangan O₂ dan CO₂. S:-, O: klien masih sesak, pola napas tidak beraturan, terdapat retraksi dada, tidak terdengar suara napas tambahan, TTV HR 130x/menit, RR 50, suhu 36,4⁰C, SPO₂ 98%, A: masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-5. Evaluasi hari pertama dengan diagnosa kedua gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi. S:-, O: warna kulit klien masih sianosis di jari-jari tangan dan kaki, masih terpasang O₂ nasal kanul, TTV HR 130x/menit, RR 50x/menit, suhu 36,4⁰C, SPO₂ 98%, A: masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-3. Evaluasi hari pertama dengan diagnosa ketiga resiko hipotermi yang berhubungan dengan penurunan laju metabolisme. S:-, O: akral dingin, suhu tubuh 36,4⁰C, TTV HR 130x/menit, RR 50x/menit, suhu 36,4⁰C, SPO₂ 98%, A: masalah resiko hipotermi belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-5. Evaluasi hari pertama dengan diagnosa keempat resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera. S:-, O: MONO 1.53, BASO% 1.3, HCT 51.4, RDW-SD 66.6, RDW-CV 18.9, TTV HR 130x/menit, RR 50x/menit, suhu 36,4⁰C, SPO₂ 98%, A: masalah resiko infeksi belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-4. Evaluasi hari pertama dengan diagnosa kelima defisit nutrisi berhubungan dengan refleks menelan belum sempurna. S:-, O: klien masih tampak lemah, residu baik, masih terpasang OGT diit ASI 5cc/jam, berat badan 1.100 gram, kulit keriput dan tipis, TTV HR

130x/menit, RR 50x/menit, suhu 36,4°C, SPO2 98%, A: masalah defisit nutrisi belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-5. Evaluasi hari pertama dengan diagnosa keenam dengan ansietas berhubungan dengan krisis situasional. S: Ny.M.N.P masih cemas dan gelisah, O: tampak cemas dan gelisah, A: masalah ansietas belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-4. Evaluasi hari pertama diagnosa ketujuh defisit nutrisi berhubungan dengan kurang terpapar informasi. S : Ny.M.N.P siap menerima informasi yang akan diberikan dan Ny.M.N.P mengatakan sudah mengerti dengan penjelasan yang diberikan tentang nutrisi selama kehamilan dan makanan bergizi untuk ibu hamil, O : Ny.M.N.P tampak sudah mengerti dan paham, A: masalah defisit pengetahuan teratasi, P: intervensi dihentikan.

Evaluasi hari kedua pada hari tanggal Sabtu 17 juni 2023 jam 13.00 dengan diagnosa pertama pola napas tidak efektif berhubungan dengan ketidakseimbangan O2 dan CO2. S:-, O: klien masih tampak sesak, masih terdapat retraksi dada, pola napas belum teratur, tidak terdengar suara napas tambahan TTV HR 134x/menit, RR 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96%, A: masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-5. Evaluasi hari kedua dengan diagnosa kedua gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi. S:-, O: warna kulit klien masih sianosis di jari-jari tangan dan kaki, masih terpasang O2 nasal kanul, TTV HR 134x/menit, RR 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96%, A:

masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-3. Evaluasi hari kedua dengan diagnosa ketiga resiko hipotermi berhubungan dengan penurunan laju metabolisme. S:-, O: akral dingin, suhu 36°C, TTV HR 134x/menit, RR 52x/menit, SPO2 96%, A: masalah resiko hipotermi belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-5. Evaluasi hari kedua dengan diagnosa keempat resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera. S:-, O: MONO 1.53, BASO% 1.3, HCT 51.4, RDW-SD 66.6, RDW-CV 18.9, TTV HR 134x/menit, RR 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96%, A: masalah resiko infeksi belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-4. Evaluasi hari kedua dengan diagnosa kelima defisit nutrisi berhubungan dengan refleks menelan belum sempurna. S:-, O: klien masih tampak lemah, residu baik, masih terpasang OGT diit ASI 5cc/jam, berat badan 1.100 gram, kulit masih keriput dan tipis, TTV HR 134x/menit, RR 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96%, A: masalah defisit nutrisi belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-5. Evaluasi hari kedua dengan diagnosa keenam ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. S: Ny.M.N.P masih cemas dan gelisah, O: tampak cemas dan gelisah, A: masalah gangguan ansietas belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-4.

Evaluasi hari ketiga pada hari/tanggal Minggu 18 juni 2023 jam 13.00 dengan diagnosa pertama pola napas tidak efektif berhubungan dengan ketidakseimbangan O2 dan CO2. S:-, O: klien masih sesak, masih terdapat retraksi dada, pola napas belum teratur, tidak terdengar

bunyi suara tambahan TTV HR 130x/menit, RR 40x/menit, suhu 36,5°C, SPO2 99%, A: masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-5. Evaluasi hari ketiga dengan diagnose kedua gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi. S:-, O: warna kulit klien masih sianosis di jari-jari tangan dan kaki, masih terpasang O2 nasal kanul, SPO2 99%, A: masalah gangguan pertukaran sebagian teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-3. Evaluasi hari ketiga dengan diagnosa ketiga resiko hipotermi berhubungan dengan penurunan laju metabolisme. S:-, O: akral hangat, suhu tubuh 36,5°C, TTV HR 130x/menit, RR 40x/menit, SPO2 99%, A: masalah gangguan resiko hipotermi sebagian teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-5. Evaluasi hari ketiga dengan diagnosa keempat resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera. S:-, O: MONO 1.53, BASO% 1.3, HCT 51.4, RDW-SD 66.6, RDW-CV 18.9, TTV HR 130x/menit, RR 40x/menit, suhu 36,5%, SPO2 99%, A: masalah resiko infeksi belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-4. Evaluasi hari ketiga dengan diagnosa kelima defisit nutrisi berhubungan dengan refleksi menelan belum sempurna. S:, O: klien masih tampak lemah, residu baik, diit ASI 5cc/OGT, berat badan 1.100 gram, kulit masih tampak keriput dan tipis, TTV HR 130x/menit, RR 40x/menit, suhu 36,5°C, SPO2 99%, A: masalah defisit nutrisi belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-5. Evaluasi hari ketiga dengan diagnosa keenam ansietas berhubungan dengan krisis situasional. S: Ny.M.N.P masih cemas dan

gelisah, O: masih tampak cemas dan gelisah, A: masalah ansietas sebagian teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-4.

7. Catatan Perkembangan

Nama : By.Ny.M.N.P

Umur : 19 hari (29 mei 2023)

Tabel 4.4 Catatan perkembangan

| Hari/ Tanggal | Dx | Jam | Catatan Perkembangan | | |
|----------------------|--|----------------------|---|-------|--|
| Minggu, juni 2023 | 18 1 | 07.00 | S:- O: klien masih sesak, masih terdapat retraksi dada, pola napas belum teratur, tidak terdengar suara tambahan, TTV RR: 40xmenit A: masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi P: lanjutkan intervensi | | |
| | | 07.05 | -memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas (RR: 40x/menit) | | |
| | | 07.06 | -memonitor pola napas (pola napas belum teratur) | | |
| | | 07.10 | -mengauskultasikan bunyi napas (tidak terdengar suara tambahan) | | |
| | | 08.00 | -melayani meropenem 50 mg/iv | | |
| | | 08.00 | -melayani aminophilin 4 mg/iv | | |
| | | 13.00 | E: kesadaran composmentis, klien masih sesak terdapat retraksi dada, pola napas belum teratur, tidak terdengar suara tambahan | | |
| | | 13.05 | R: intervensi dilanjutkan | | |
| | | Minggu, juni 2023 | 18 2 | 07.00 | S:- O: warna kulit masih sianosis di jari-jari tangan dan kaki, masih terpasang O2 nasal kanul 1 liter/menit,TTV SPO2 99% A: masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi |
| | | | | 07.15 | P: lanjutkan intervensi -memonitor kecepatan aliran oksigen (oksigen yang diberikan 1 liter/menit) |
| 07.16 | -memonitor saturasi oksigen (SPO2 99%) | | | | |
| 13.00 | E: kesadaran composmentis, warna kulit masih sianosis di jari-jari tangan dan kaki, masih terpasang O2 nasal kanul, TTV SPO2 99% | | | | |
| 13.05 | R: intervensi dilanjutkan | | | | |

| | | | | |
|----------------------|----|---|-------|--|
| Minggu, juni 2023 | 18 | 3 | 07.00 | S:- O: akral hangat, suhu 36,5°C A: masalah resiko hipotermi sebagian teratasi P: lanjutkan intervensi |
| | | | 08.05 | -memonitor suhu tubuh (suhu 36,5°C) |
| | | | 08.10 | -menjaga agar bayi tetap hangat (membungkus bayi dengan kain selimut) |
| | | | 08.15 | -menyediakan lingkungan yang hangat (mematikan AC diruangan NICU) |
| | | | 08.20 | -memakaikan pakaian yang bersih dan kering (menggantikan pakaian bayi yang bersih dan kering) |
| | | | 13.00 | E: kesadaran composmentis, akral hangat, suhu tubuh 36,5°C |
| | | | 13.05 | R: intervensi dilanjutkan |
| Minggu juni 2023 | 18 | 4 | 07.00 | S:- O: MONO 1.53, BASO% 1.3, HCT 51,4, RDW-SD 66.6, RDW-CV 18.9. A: masalah resiko infeksi belum teratasi P: lanjutkan intervensi |
| | | | 08.25 | -memonitor tanda dan gejala awal infeksi |
| | | | 08.30 | -mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi dengan lingkungan bayi |
| | | | 08.35 | -mempertahankan teknik aseptik pada bayi berisiko tinggi |
| | | | 08.36 | -membatasi jumlah pengunjung |
| Minggu, juni 2023 | 18 | 5 | 07.00 | S: - O: klien masih tampak lemah, residu baik, diit ASI 5cc/OGT, berat badan 1.100 gram, kulit keriput dan tipis A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi |
| | | | 08.00 | P: lanjutkan intervensi |
| | | | 09.00 | -melayani nystatin 1cc/OGT |
| | | | 09.05 | -memeriksa residu (residu baik) |
| | | | 10.00 | -melayani diit ASI 5cc/OGT |
| | | | 12.00 | -memonitor berat badan (berat badan bayi belum mengalami perubahan) |
| | | | | -melayani eritromicin 10 mg/OGT |
| | | | 13.00 | E: Kesadaran composmentis, klien masih tampak lemah, residu baik, diit ASI 5cc/OGT, berat badan 1.100 gram |
| | | | 13.05 | R: intervensi dilanjutkan |

B. PEMBAHASAN

Pada pengkajian By.Ny.M.N.P data yang tidak ada di teori tetapi ada di kasus adalah hasil pemeriksaan laboratorium MONO# 1.53, BASO% 1.3, RDW-SD 66.6, RDW-CV 18.9 dengan masalah resiko infeksi. Berat badan 1.100 gram, panjang badan 34 cm, kulit keriput dan tipis, perut kembung, terpasang OGT diit ASI 5cc/jam dengan masalah defisit nutrisi. Ibu mengatakan merasa cemas dan gelisah dengan masalah ansietas. Ibu mengatakan selama melakukan pemeriksaan kehamilan tidak mendapatkan pendidikan kesehatan dengan masalah defisit pengetahuan.

Berdasarkan pengkajian ditemukan kesenjangan diagnosa keperawatan yaitu Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit, DS:- DO: hasil pemeriksaan laboratorium MONO 1.53. BASO% 1.3, HCT 51.4, RDW-SD 66.6. RDW-CV 18.9 hal ini karena hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan nilai yang melebihi dari nilai normal. Defisit nutrisi berhubungan dengan refleks menelan belum sempurna DS:- DO: berat badan 1.100 gram, panjang badan 34 cm, kulit keriput dan tipis, perut kembung, terpasang OGT diit ASI 5cc/jam hal ini karena bayi yang kesulitan menelan. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional DS: Ny.M.N.P mengatakan merasa cemas dan gelisah dengan klien DO: tampak cemas dan gelisah hal ini karena perasaan takut yang berlebihan pada kondisi bayinya karena bayi merupakan anak pertama. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi DS; Ny.M.N.P mengatakan selama melakukan pemeriksaan kehamilan tidak pernah mendapatkan pendidikan kesehatan DO:-

hal ini karena kurangnya peran tenaga kesehatan sebagai pendidik.

Intervensi keperawatan yang ada pada teori semuanya di rencanakan pada kasus By.Ny.M.N.P dan dijalankan dengan baik.

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah direncanakan. Pelaksanaan pada By.Ny.M.N.P dapat dijalankan dengan baik karena didukung oleh sarana dan partisipasi dari keluarga dan petugas tenaga kesehatan. Dan dengan demikian semua intervensi yang direncanakan dapat di laksanakan dengan baik.

Menurut (Perry, 2018), evaluasi keperawatan merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 3 (tiga) hari masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, gangguan pertukaran gas sebagian teratasi, resiko hipotermi sebagian teratasi, resiko infeksi belum teratasi, defisit nutrisi belum teratasi, ansietas sebagian teratasi, defisit pengetahuan teratasi.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil studi kasus gambaran asuhan keperawatan pada bayi dengan asfiksia sedang di ruangan Perinatal Rumah Sakit Umum Daerah Ende tanggal 16-18 juni 2023 (3 hari), maka dapat disimpulkan sebagai berikut : Studi kasus dilaksanakan oleh Maria Kristina Tembe Dura pada tanggal 16-18 juni 2023 selama (3 hari) di ruangan Perinatal Rumah Sakit Umum Daerah Ende, pada klien By. Ny.M.N.P dengan umur 19 hari yang merupakan klien dengan Asfiksia Sedang.

Pengkajian yang dilakukan pada By.Ny.M.N.P ditemukan pengkajian warna kulit sianosis pada jari-jari tangan dan kaki, tonus otot lemah, pola napas belum teratur, terdapat retraksi dada, tangisan lemah atau merintih, terpasang O2 nasal kanul, refleks menelan dan menghisap menurun, terpasang OGT, mukosa bibir kering, usia kehamilan 31-32 minggu, berat badan 1.100 gram, panjang badan 34 cm, lingkar dada 19,5 cm, lingkar kepala 23,5 cm, lingkar perut 20 cm, LILA 5 cm.

Diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus By.Ny.M.N.P adalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan ketidakseimbangan O2 dan CO2, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, resiko hipotermi berhubungan dengan penurunan laju metabolisme, resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit, defisit nutrisi

berhubungan dengan refleks menelan belum sempurna, ansietas berhubungan dengan krisis situasional, defisit nutrisi berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Intervensi yang ditentukan pada kasus By.Ny.M.N.P adalah pemantauan respirasi, terapi oksigen, manajemen hipotermi, pencegahan infeksi, manajemen nutrisi, reduksi ansietas, edukasi kesehatan.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada By.Ny.M.N.P adalah mengamati keadaan umum klien, memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, memonitor pola napas, mengauskultasi bunyi napas, memonitor kecepatan aliran oksigen, memonitor saturasi oksigen, memonitor suhu tubuh, menjaga bayi agar tetap hangat, menyediakan lingkungan yang hangat, memakaikan pakaian yang bersih dan kering, memonitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi dengan lingkungan bayi, mempertahankan teknik aseptik pada bayi beresiko tinggi, membatasi jumlah pengunjung, memeriksa residu, melayani diit ASI 5cc/jam, memonitor berat badan, memonitor tanda-tanda ansietas, menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, menginformasikan secara aktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis, berkolaborasi dalam pemberian meropenem 50 mg/IV. Aminiphilin 4 mg/IV, melayani nystatin 1cc/OGT, eritromicin 10 mg/OGT.

Evaluasi pada kasus By.Ny.M.N.P adalah pada hari ketiga setelah dilakukan perawatan di dapatkan bahwa masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, gangguan pertukaran gas sebagian teratasi, resiko hipotermi

sebagian teratasi, resiko infeksi belum teratasi, defisit nutrisi belum teratasi, ansietas sebagian teratasi, defisit pengetahuan teratasi dan dilanjutkan intervensi.

B. SARAN

1. Bagi peneliti

Diharapkan hasil dari studi kasus ini dapat digunakan sebagai informasi tentang kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada bayi dengan asfiksia sedang.

2. Bagi rumah sakit

Diharapkan dari hasil studi kasus ini rumah sakit dapat mempertahankan dan meningkatkan pelayanan kesehatan.

3. Bagi institusi pendidikan

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

DAFTAR PUSTAKA

- MURNIATI, Leny; TAHERONG, Ferawati; SYATIRAH, Syatirah. MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN ASFIKSIA (LITERATUR REVIEW). *Jurnal Midwifery*, 2021, 3.1.
- MOGI, Imelda Ririn Obo; ANGGRAENI, Lina Dewi; SUPARDI, Sudibyo. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kematian Bayi di RSUD Ende. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 2021, 16.1: 7-13.
- MUMPUNI, Grahita Ayu, et al. Literatur Review Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir. In: *CALL FOR PAPER SEMINAR NASIONAL KEBIDANAN*. 2021. p. 178-187.
- MARDALENA, Heni, et al. Analisis faktor faktor penyebab kejadian asfiksia pada bayi baru lahir. In: *CALL FOR PAPER SEMINAR NASIONAL KEBIDANAN*. 2021. p. 211-218.
- Seto, Astari. "HUBUNGAN KETUBAN PECAH DINI DENGAN KEJADIAN ASFIKSIA PADA BAYI BARU LAHIR TAHUN 2021." *Jurnal Kesehatan dan Sains Terapan* 8.2 (2022).
- SDKI DPP PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Retrieved from <http://www.inna-ppni.or.id>
- SLKI DPP PPNI, T. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Retrieved from <http://www.inna-ppni.or.id>
- SIKI DPP PPNI, T. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Retrieved from <http://www.inna-ppni.or.id>
- Widiastuti, A. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN ANAK*. (R. Watrianthos, Ed.) Yayasan Kita Menulis. Retrieved Oktober 2022

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 DENGAN RESIKO TINGGI

Tanggal masuk : 29 Mei 2023

Ruang/kelas : Perinatal/NICU

Tanggal pengkajian : 16 juni 2023

Diagnosa medis : Asfiksia Sedang

Jam masuk : 19.00

No. Register : 13-90-44

A. Pengkajian

1. Identitas

Nama : By.Ny.M.N.P

Tempat tanggal lahir : Welamosa, 29 Mei 2023

Nama Ayah/Ibu : Tn.F.B/Ny.M.N.P

Pekerjaan Ayah : Petani
Pekerjaan Ibu : Ibu Rumah Tangga
Pendidikan Ibu : SMA
Alamat/no. Tlp : Anaranda
Suku : Lio
Agama : Katholik

2. Keluhan Utama

3. Riwayat kehamilan dan kelahiran

a. ANC

- 1) Berapa kali kunjungan : 7 kali kunjungan
- 2) Tempat periksa : Puskesmas welamosa
- 3) Penkes yang di dapat : Tidak pernah mendapatkan penkes
terkait ibu hamil di puskesmas
- 4) HPHT,HPL : 21 Oktober 2022, 25, juli 2023
- 5) Kenaikan BB selama kehamilan : Tidak mengalami kenaikan berat
badan tetapi mengalami penurunan berat badan dari 45,2 kg menjadi 43
kg
- 6) Komplikasi kehamilan : Tidak ada
- 7) Komplikasi obat : Tidak ada
- 8) Obat-obat yang di dapat : Vit tablet tambah darah dan Vit
nafsu makan
- 9) Riwayat hospitalisasi : Tidak pernah di rawat di rumah
sakit sebelumnya

10) Golongan darah ibu : O

b. Natal

1) Awal persalinan :-

2) Lama persalinan kala I-IV :Ny.M.N.P mengatakan merasa nyeri selama 15 jam dengan nyeri semakin lama semakin bertambah

3) Komplikasi persalinan : Tidak ada

4) Terapi yang diberikan : Tidak ada

5) Cara melahirkan : Normal

6) Tempat melahirkan : Puskesmas Welamosa

c. POST NATAL

1) Usaha napas : Spontan

2) Kebutuhan resusitasi

3) Apgar Score menit 1 dan 5 : 4/7

| | 1 | 5 |
|-------------|---|---|
| Apperance | 0 | 1 |
| Pulse | 1 | 1 |
| Grimace | 1 | 1 |
| Activity | 1 | 1 |
| Respiration | 1 | 2 |
| Total | 4 | 6 |

4) Obat-obat yang diberikan pada neonatus : Vit K, Salep Chloramphenicol

5) Interaksi orangtua dan bayi (Inisiasi Menyusui Dini=IMD) :
Dilakukan kurang dari 5 menit

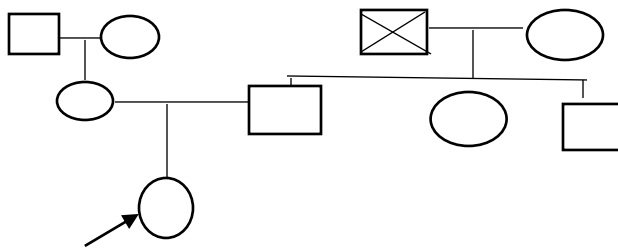
6) Trauma lahir : Tidak ada

7) Keluarnya urin/BAB : Tidak ada

8) Respon fisiologis atau perilaku bermakna : Tidak ada

4. Riwayat Keluarga

a. Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

↗ : Klien

⊗ : Meninggal

5. Riwayat Sosial

a. Sistem pendukung/keluarga yang dapat dihubungi

b. Anak yang lain (BERSAUDARA) : klien merupakan anak pertama

6. Riwayat Psikologis

Ny.M.N.P mengatakan merasa cemas dan gelisah dengan keadaan klien dan menanyakan tentang keadaan klien.

7. Keadaan Kesehatan Saat Ini

a. Diagnosa medik : Asfiksia sedang

b. Tindakan operasi : Tidak ada

c. Status nutrisi : OGT 5cc/jam

d. Status cairan : Infus dextrose 12,5% / drip 5cc/jam

e. Obat/terapi

| Nama obat | Dosis | Indikasi |
|-----------------|---------------|---|
| O2 Nasal Kanul | 1 liter/menit | Sebagai terapi oksigen pada pasien yang dapat bernapas spontan namun membutuhkan dukungan oksigen konsentrasi rendah hingga sedang |
| Meropenem | 3x50 mg | Untuk infeski berat seperti meningitis bakteri, infeksi kulit dan jaringan lunak komplikata, serta intraabdomen komplikata |
| Aminophilin | 3x4 mg | Untuk meredakan keluhan sesak napas, napas berat, atau mengi, pada penderita asma, bronchitis, atau penyakit paru obstruktif kronis |
| Eritromisin | 3x10 mg/PO | Untuk mengatasi infeksi bakteri di berbagai tubuh, seperti kulit, saluran pernapasan, saluran pencernaan, saluran kemih, dan organ genital. |
| Sucralfat sirup | 3x1 cc | Untuk mengatasi tukak lambung, ulkus duodenum, atau gastritis kronis. |
| Nystatin | 3x1 cc | Untuk mengatasi infeksi jamur, khususnya infeksi jamur candida. |

f. Aktivitas : lemah

g. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan

- 1) Meletakkan klien dalam inkubator
- 2) Pemasangan O2 nasal kanul
- 3) Pemasangan infus

h. Hasil laboratorium

| Jenis pemeriksaan | Hasil | Nilai rujukan |
|--------------------------|--------------|----------------------|
| WBC | 14.89 | (3.00-15.00) |
| LYMPH# | 7.50* | (1.00-3.70) |
| MONO# | 1.53 | (0.00-0.70) |
| EO# | 0.43+ | (0.00-0.40) |
| BASO# | 0.19* | (0.00-0.10) |
| NEUT# | 5.24* | (1.50-7.00) |
| LYMPH% | 50.4* | (20.0-50.0) |
| MONO% | 10.3* | (0.0-14.0) |
| EO% | 2.9 | (0.0-6.0) |
| BASO% | 1.3* | (0.0-1.0) |
| NEUT% | 35.1* | (37.0-72.0) |
| IG# | 0.51* | (0.0-7.00) |
| IG% | 3.4* | (0.0-72.0) |
| RBC | 5.37 | (2.50-5.50) |
| HGB | 17.0 | (8.0-17.0) |
| HCT | 51.4+ | (26.0-50.0) |
| MCV | 95.7 | (86.0-110.0) |
| MCH | 31.7 | (26.0-38.0) |
| MCHC | 33.1 | (31.0-37.0) |
| RDW-SD | 66.6+ | (37.0-54.0) |
| RDW-CV | 18.9+ | (11.0-16.0) |
| PLT | 45- | (150-450) |
| MPV | --- | (9.0-13.0) |
| PCT | --- | (0.17-0.35) |
| PDW | --- | (9.0-17.0) |
| P-LCR | --- | (13.0-43.0) |
| ELEKTROLIT | | |
| NATRIUM | 140,6 | 135-145 mmol/L |
| KALIUM | 3,06 | 3.5-5.1 mmol/L |
| CHLORIDA | 110,7 | 98-106 mmol/L |

8. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : lemah, tangisan merintih

Kesadaran : composmentis (GCS : 13, E: 4, V:4, M: 5)

Tanda vital : HR 130x/menit, RR 50x/menit, suhu 36,4°C, SPO2 98%

| | Saat Lahir | Saat Ini |
|----------------|------------|-----------|
| Berat Badan | 1100 gram | 1100 gram |
| Panjang Badan | 34 cm | 34 cm |
| Lingkar Kepala | 23,5 cm | 23,5 cm |
| Lingkar Dada | 19,5 cm | 19,5 cm |
| Lingkar Perut | 20 cm | |
| Lila | 5cm | 5cm |

a. Pemeriksaan head to toe

1) Refleks :

Moro : ada

Grash : ada

Babinsky : ada

2) Tonus/aktivitas : Lemah

3) Kepala /leher : Bentuk kepala bulat, ubun-ubun cekung, sutura sagitalis terpisah, rambut tipis, lurus dan hitam, wajah simetris, tidak terdapat caput succedaneum dan tidak terdapat cephalohematoma.

4) Mata : Simetris antara mata kiri dan mata kanan

5) Telinga : Simetris kiri dan kanan, bersih

6) Hidung : Normal, bersih terpasang nasal kanul

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

- 8) Abdomen : Inspeksi : Kembang, palpasi : lunak, auskultasi : tidak terdengar peristaltik usus, bunyi timpani.
- 9) Thoraks : Simetris, terdapat retraksi dada
- 10) Paru-paru : Suara napas vesikuler, RR : 50x/menit, menggunakan 02 nasal kanul
- 11) Jantung : Bunyi jantung normal, HR : 130x/menit
- 12) Ekstremitas :
 - a) Ekstremitas atas : ekstremitas atas normal, simetris kiri dan kanan
 - b) Ekstremitas bawah : Ekstremitas bawah normal, simetris kiri dan kanan
- 13) Genitalia : Perempuan normal.
- 14) Anus : Normal
- 15) Kulit : Warna kulit sianosis pada jari-jari tangan dan kaki, tampak tipis dan keriput
- 16) Suhu : Menggunakan inkubator.

9. Pengkajian Perpola

a. Pola nutrisi

Berat badan klien 1.100 gram, refleks menghisap dan menelan lemah, saat ini klien mendapatkan diit ASI 5cc/jam per OGT

b. Pola napas

Pernapasan klien belum teratur dan terdapat retraksi dada dengan frekuensi pernapasan 50x/menit serta terpasang nasal kanul, terdapat sianosis di jari-jari tangan dan kaki.

c. Pola Sirkulasi

Suhu tubuh hipotermi 36,° C

d. Pola Aktivitas

Gerakan klien lemah, tangisan lemah dan merintih.

9. Tabulasi Data

Klien tampak lemah, tangisan lemah dan merintih, refleks menghisap dan menelan lemah, berat badan klien 1.100 gram, ubun- ubun cekung, mukosa bibir kering, abdomen kembung, kulit tampak sianosis di jari-jari tangan dan kaki, kulit tipis dan keriput, akral dingin, terpasang OGT diit ASI 5cc/jam, terdapat retraksi dada, terpasang O2 nasal kanul 1 liter/menit, terpasang infus dextrose 12,5% drip 5cc/jam pada umbilicus, menggunakan inkubator, MONO# 1.53, BASO% 1.3, HCT 51.4, RDW-SD 66.6, RDW-CV 18.9, berat badan 1.100 gram, panjang badan 34 cm, lingkar kepala 23,5 cm, lingkar dada 19,5 cm, lingkar perut 20 cm, lila 5cm, suhu 36,0C, HR 130x/menit, RR 50x/menit, SPO2 98 %. Ny.M.N.P mengatakan merasa cemas dan gelisah dengan klien.

10. Klasifikasi Data

Ds : Ny.M.N.P mengatakan merasa cemas dan gelisah dengan klien

Do : Klien tampak lemah, tangisan lemah dan merintih, refleks menghisap dan menelan lemah, berat badan klien 1.100 gram, ubun-ubun cekung, mukosa bibir kering, abdomen kembung, kulit tampak sianosis di jari-jari tangan dan kaki, kulit tipis dan keriput, akral dingin, terpasang OGT diit ASI 5cc/jam, terdapat retraksi dada, terpasang O2

nasal kanul 1 liter/menit, terpasang infus dextrose 12,5% drip 5cc/jam pada umbilicus, menggunakan inkubator, MONO# 1.53, BASO% 1.3, RDW-SD 66.6, RDW-CV 18.9, berat badan 1.100 gram, panjang badan 34 cm, lingkar kepala 23,5 cm, lingkar dada 19,5 cm, lingkar perut 20 cm, lila 5cm, suhu 36,0C, HR 130x/menit, RR 50x/menit, SPO2 98 %.

Ny.M.N.P tampak cemas dan tegang.

11. Analisa Data

| Sign/symptom | Etiologi | Problem |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| Ds :- Do :Terdapat retraksi dada, RR 50x/menit, HR 130x/menit | Ketidakseimbangan O2 dan CO2 | Pola napas tidak efektif |
| DS :- DO : Kulit tampak sianosis di jari-jari tangan dan kaki, terpasang O2 nasal kanul 1 liter/menit | Ketidakseimbangan ventilasi perfusi | Gangguan pertukaran Gas |
| Ds :- Do : Akral dingin, suhu tubuh 36,4°C | Penurunan laju metabolisme | Resiko hipotermi |
| Ds :- Do : MONO# 1.53, BASO% 1.3, HCT 51.4, RDW-SD 66.6, RDW-CV 18.9. | Kerusakan integritas kulit | Resiko infeksi |
| Ds :- Do : Klien tampak lemah, abdomen kembung, terpasang OGT, diit ASI 5 cc/jam, berat badan 1.100 gram, panjang badan 34 cm, kulit tipis dan keriput. | Refleks menelan belum sempurna | Defisit nutrisi |
| Ds : Ny.M.N.P mengatakan merasa cemas dan gelisah dengan klien | Krisis situasional | Ansietas |

| | | |
|--|---------------------------|---------------------|
| Do : tampak gelisah dan tegang | | |
| Ds : Ny.M.N.P mengatakan selama melakukan pemeriksaan tidak pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang kehamilan. Do:- | Kurang terpapar informasi | Defisit pengetahuan |

12. Prioritas Masalah

- a) Pola napas tidak efektif
- b) Gangguan pertukaran gas
- c) Resiko hipotermi
- d) Resiko infeksi
- e) Defisit nutrisi
- f) Ansietas
- g) Defisit pengetahuan

B. Diagnosa Keperawatan

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Ketidakseimbangan O_2 dan

CO₂ yang ditandai dengan :

Ds :-

Do : Terdapat retraksi dada, RR 50x/menit, HR 130x/menit

- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan

ventilasi perfusi yang ditandai dengan :

Ds :-

Do : Kulit tampak sianosis di jari- jari tangan dan kaki

c. Resiko Hipotermi berhubungan dengan penurunan laju metabolisme yang ditandai dengan :

Ds :

Do : Akral dingin, kulit tipis suhu tubuh 36,4°C

d. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit

Ds :-

Do : MONO# 1.53, BASO% 1.3, HCT 51.4, RDW-SD 66.6, RDW-CV 18.9.

e. Defisit nutrisi berhubungan dengan Refleks menghisap belum sempurna yang ditandai dengan :

Ds :-

Do : Klien tampak lemah, abdomen kembung, terpasang OGT, diit ASI 5 cc/jam, berat badan 1. 100 gram, panjang badan 34 cm, kulit keriput dan tipis.

f. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional yang ditandai dengan :

Ds : Ny. M.N.P mengatakan merasa cemas dan gelisah dengan klien

Do : Tampak gelisah dan tegang

g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang ditandai dengan :

Ds : Ny.M.N.P mengatakan selama melakukan pemeriksaan tidak pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang kehamilan.

Do :-

C. Intervensi Keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan/Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
|----|---|--|---|--|
| 1. | Pola napas tidak efektif berhubungan dengan ketidakseimbangan O ₂ dan CO ₂ yang ditandai dengan: Ds :- Do: terdapat retraksi dada, RR 50x/menit, HR 130x/menit | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas efektif meningkat dengan kriteria hasil: -Dispnea menurun/menghilang -Penggunaan otot napas menurun -Frekuensi napas membaik -Kedalaman napas membaik | 1.Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2.Monitor pola napas 3.Auskultasi bunyi napas | 1.Memantau kecepatan biasanya meningkatkan dispnea dan terjadi peningkatan kerja napas, kedalaman dan upaya napas 2.Untuk menentukan tindakan selanjutnya 3.Untuk mendeteksi adanya bunyi napas tambahan |
| 2. | Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi yang ditandai dengan: Ds :- Do: kulit tampak sianosis di jari-jari tangan dan kaki, terpasang O ₂ nasal kanul 1 liter/menit | Setelah dilakukan tindakan keperawatan gangguan pertukaran gas dalam batas normal dengan kriteria hasil: -Sianosis membaik -Warna kulit membaik | 1.Monitor kecepatan aliran oksigen 2.Monitor saturasi oksigen 3.Berikan oksigen tambahan jika perlu | 1. Memaksimalkan kebutuhan oksigen yang diperlukan 2.Mengetahui tingkat oksigenasi sebagai dampak adekuat atau tidaknya proses pertukaran gas pada paru-paru 3.Untuk memenuhi kebutuhan oksigen di dalam tubuh |
| 3. | Resiko hipotermi berhubungan | Setelah dilakukan tindakan | 1.Monitor suhu tubuh | 1.Agar menentukan |

| | | | | |
|----|---|---|--|---|
| | dengan penurunan laju metabolisme yang ditandai dengan: Ds:- Do: akral dingin, suhu tubuh 36,4°C | keperawatan diharapkan hipotermi teratasi dengan kriteria hasil: -Menggigil menurun -Suhu tubuh membaik | 2.Jaga bayi agar tetap hangat 3.Sediakan lingkungan yang hangat 4.Pakaikan pakaian yang bersih dan kering | tindakan selanjutn yang akan dilakukan 2.Agar bayi tidak kehilangan panasnya dari suhu tubuh 3.Menjaga suhu tubuh bayi agar tetap hangat seperti inkubator 4.Agar mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi |
| 4. | Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit yang ditandai dengan: Ds:- Do: MONO# 1.53, BASO% 1.3, HCT 51.4, RDW-SD 66.6, RDW-CV 18.9 | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi infeksi | 1.Monitor tanda dan gejala awal dari proses infeksi 2.Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi lingkungan bayi 3.Pertahankan teknik aseptik pada bayi beresiko tinggi 4.Batasi jumpaln pengunjung | 1.Mengetahui adanya awal dari proses infeksi 2.Mengurangi kontaminasi silang 3.Mencegah masuknya bakteri,menguran gi resiko infeksi nosokomial 4.Jumlah kunjungan yang banyak dapat menyebabkan terjadinya infeksi |
| 5. | Defisit nutrisi berhubungan dengan refleks menelan belum sempurna yang | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status | 1.Kaji ststus nutrisi selama perawatan, perhatikan | 1.Sebagai langkah awal melakukan intervensi |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| | ditandai dengan: Ds:- Do: klien tampak lemah, abdomen kembung, terpasang OGT, diit ASI 5cc/jam, berat badan 1.100 gram, panjang badan 34 cm, kulit keriput dan tipis | nutrisi membaik dengan kriteria hasil: -Berat badan meningkat -Panjang badan meningkat -Refleks menghisap dan menelan meningkat | tingkat energi 2.Periksa residu lambung sebelum pemberian makanan 3.Monitor berat badan | selanjutnya 2.Mengetahui keadaan dan kondisi lambung bayi 3.Membantu dalam meningkatkan status nutrisi |
| 6. | Ansietas berhubungan dengan krisis situasional yang ditandai dengan: Ds: Ny.M.N.P mengatakan merasa cemas dan gelisah dengan klien Do: tampak gelisah dan tegang | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah ansietas menurun dengan kriteria hasil: -Perilaku tampak gelisah dan tegang menurun | 1.Monitor tanda-tanda ansietas 2.Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkembangkan kepercayaan 3.Informasikan secara aktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis klien | 1.Mengetahui penyebab dan gejala awal ansietas 2.Agar ibu pasien tidak merasan cemas dengan kondisi klien 3.Agar keluarga dapat mengetahui kondisi klien |
| 7. | Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang ditandai dengan: Ds: Ny.M.N.P mengatakan selama melakukan pemeriksaan tidak pernah | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: -Perilaku sesuai anjuran meningkat -Kemampuan menjelaskan | 1.Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2.Jelaskan kepada ibu mengenai kebutuhan nutrisi selama kehamilan | 1.Untuk mengetahui apakah klien dan keluarga mau menerima dan siap untuk menerima informasi yang akan disampaikan 2.Untuk memenuhi |

| | | | |
|--|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| mendapatkan pendidikan kesehatan tentang kehamilan Do:- | pengetahuan tentang suatu topik meningkat -Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun | dan makanan bergizi untuk ibu hamil | kebutuhan nutrisi selama kehamilan |
|--|---|-------------------------------------|------------------------------------|

D. Implementasi Keperawatan

| Hari Tanggal | No Dx | Jam | Impelemtasi | Evaluasi |
|------------------------|-------|-------|---|---|
| Jumad, 16 juni 2023 | I | 07.00 | 1.Mengobservasi keadaan umum (hasil : klien tampak lemah dengan TTV HR 130x/menit, RR 50x/menit, suhu 36,4°C,SPO2 98%) | Jam 13.00 S:- O: klien masih sesak, pola napas tidak |
| | | 07.05 | 2.Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas (hasil: RR 50x/menit, klien menggunakan O2 Nasal kanul) | beraturan, terdapat retraksi dada, tidak terdengar bunyi napas |
| | | 07.06 | 3.Memonitor pola napas (hasil pola napas klien belum teratur, terdapat retraksi dada) | tambahan, TTV HR 130x/menit, RR |
| | | 07.10 | 4.Mengauskultasi bunyi napas (hasil: tidak terdengar bunyi napas tambahan) | 50x/menit, suhu 36,4°C, SPO2 98% |
| | | 08.00 | 5.Melayani injeksi meropenem 50 mg/iv, melayani aminophilin 4 mg/iv. | A: masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-5 |
| Jumad, 16 juni 2023 | II | 07.00 | 1.Mengobservasi keadaan umum | S:- O: warna |

| | | | | |
|------------------------|-----|-------|---|---|
| | | | (hasil: keadaan klien tampak lemah, terdapat sianosis di jari-jari tangan dan kaki, TTV HR 130x/menit, RR 50x/menit, suhu 36,4°C, SPO2 98%) | kulit klien masih sianosis di jari-jari tangan dan kaki, masih terpasang O2 |
| | | 07.15 | 2.Memonitor kecepatan aliran oksigen (hasil:oksigen yang diberikan kepada klien 1 liter/menit menggunakan O2 nasal kanul) | nasal kanul, TTV HR 130x/menit, RR 50x/menit, |
| | | 07.16 | 3.Memonitor saturasi oksigen (hasil: SPO2 98%) | suhu 36,4°C, SPO2 98% A: masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-3 |
| Jumad, 16 juni 2023 | III | 07.00 | 1.Mengobservasi keadaan umum (hasil: klien tampak lemah,TTV HR 130x/menit, RR 50x/menit, suhu 36,4°C, SPO2 98%) | S:- O: akral dingin, suhu tubuh 36,4°C, TTV HR 130x/menit, |
| | | 08.05 | 2.Memonitor suhu tubuh (hasil: suhu tubuh bayi 36,4°C) | RR 50x/menit, suhu 36,4°C, |
| | | 08.10 | 3.Menjaga agar bayi tetap hangat (hasil: membungkus bayi dengan kain selimut) | SPO2 98% A: masalah resiko hipotermi |
| | | 08.15 | 4.Menyediakan lingkungan yang hangat (hasil: mematikan AC diruangan NICU) | belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-5 |
| | | 08.20 | 5.Memakaikan pakaian yang bersih dan kering | |

| | | | | |
|------------------------|----|-------|--|---|
| | | | (hasil: menggantikan pakaian yang kotor ke pakaian yang bersih dan kering) | |
| Jumad, 16 juni 2023 | IV | 07.00 | 1.Mengobservasi keadaan umum (hasil: keadaan klien lemah, TTV HR 130x/menit, RR 50x/menit, suhu 36,4°C, SPO2 98%) | S:- O:MONO# 1.53, BASO% 1.3, HCT 51.4, RDW-SD 66.6, RDW- CV 18.9, |
| | | 08.25 | 2.Memonitor tanda dan gejala infeksi | TTV HR 130x/menit, RR 50x/menit, suhu 36,4°C, SPO2 98% |
| | | 08.30 | 3.Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi dengan lingkungan bayi | A: masalah resiko hipotermi belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-4 |
| | | 08.35 | 4.Mempertahankan teknik aseptik pada bayi beresiko tinggi | |
| | | 08.36 | 5.Membatasi jumlah pengunjung | |
| Jumad, 16 juni 2023 | V | 07.00 | 1.Mengobservasi keadaan umum (hasil:keadaan klien lemah, TTV HR 150x/menit, RR 50x/menit, suhu 36,4°C, SPO2 98%) | S:- O: klien masih tampak lemah, residu baik, masih terpasang OGt, diit ASI 5cc/jam, berat badan 1.100 gram, kulit keriput dan tipis, TTV HR 130x/menit, RR 50x/menit, suhu 36,4°C, |
| | | 08.00 | 2.Melayani nyatatin 1cc/OGT | |
| | | 09.00 | 3.Memeriksa residu (hasil: residu baik) | |
| | | 09.05 | 4.Melayani diit ASI 5cc/jam | |
| | | 10.00 | 5.Memonitor berat badan (hasil: berat badan bayi belum mengalami perubahan dari 1.100 gram) | |
| | | 12.00 | 6.Melayani eritromicin 10 mg/OGT | |

| | | | | |
|------------------------|-----|-------|--|--|
| | | | | SPO2 98% A: masalah defisit nutrisi belum teratasi P: alanjutkan intervensi 1-5 |
| Jumad, 16 juni 2023 | VI | 11.00 | 1.Memonitor tanda-tanda ansietas (hasil: Ny.M.N.P masih tampak cemas dan gelisah) | S: Ny.M.M.P masih cemas dan gelisah O: tampak cemas dan gelisah |
| | | 11.05 | 2.Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan (hasil: memahami kondisi ibu klien dan mendengarkan keluhan ibu klien) | A: masalah ansietas belim tetasi P: lanjutkan intervensi 1-4 |
| | | 11.10 | 3.Menginformasikan secara aktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosi (hasil: menjelaskan keadaan bayi pada ibunya) | |
| Jumad, 16 juni 2023 | VII | 08.40 | 1.Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi | S:Ny.M.N.P sudah tampak mengerti |
| | | 08.45 | 2.Menjelaskan kepada ibu hamil mengenai kebutuhan nutrisi selama kehamilan dan makanan bergizi untuk ibu hamil | dengan penjelasan yang diberikan tentang nutrisi selama kehamilan dan makanan bergizi untuk ibu hamil O: Ny.M.N.P tampak sudah mengerti dan paham A: masalah defisit |

| | | | | |
|---------------------|----|-------|--|--|
| | | | | pengetahuan teratasi P: intervensi dihentikan |
| Sabtu, 17 juni 2023 | I | 07.00 | 1.Mengobservasi keadaan umum (hasil: klien masih tampak lemah, TTV HR 134x/menit, RR 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96%) | Jam 13.00 S:- O: klien masih tampak sesak, masih terdapat |
| | | 07.05 | 2.Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas (hasil: RR 52x/menit) | retraksi dada, pola napas belum teratur, tidak |
| | | 07.06 | 3.Memonitor pola napas (hasil: pola napas klien belum teratur, terdapat retraksi dada) | terdengar suara napas tambahan, TTV HR |
| | | 07.10 | 4.Mengauskultasi bunyi napas (hasil: tidak terdengar bunyi napas tambahan) | 134x/menit, RR |
| | | 08.00 | 5.Melayani meropenem 50 mg/iv, melayani aminophilin 4 mg/iv. | 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96% A: masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-5 |
| Sabtu, 17 juni 2023 | II | 07.00 | 1.Mengobservasi keadaan umum (hasil: klien masih tampak lemah, mash terdapat sianosis di jari-jari tangan dan kaki, TTV HR 134x.menit, RR 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96%) | S:- O: warna kulit klien masih sianosis di jari-jari tangan dan kaki, masih |
| | | 07.15 | 2.Memonitor kecepatan aliran oksigen (hasil: oksigen yang | terpasang O2 nasal kanul, TTV HR |

| | | | | |
|------------------------|-----|-------|--|--|
| | | | diberikan 1 liter/menit) 3.Memonitor saturasi oksigen (SPO2 96%) | 134x/menit, RR 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96% A: masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-3 |
| Sabtu, 17 juni 2023 | III | 07.00 | 1.Mengobservasi keadaan umum (hasil: klien masih tampak lemah, TTV HR 134x/menit, RR 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96%) | S:- O: akral dingin, suhu tubuh 36°C, TTV HR 134x/menit, RR |
| | | 08.05 | 2.Memonitor suhu tubuh (hasil: suhu tubuh 36°C) | 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96% |
| | | 08.10 | 3.Menjaga bayi agar tetap hangat (hasil: membungkus bayi dengan kain selimut) | A: masalah hipotermi belum teratasi |
| | | 08.15 | 4.Menyediakan lingkungan yang hangat (hasil: mematikan AC diruangan NICU) | P: lanjutkan intervensi 1-5 |
| | | 08.20 | 5.Memakaikan pakaian yang bersih dan kering (hasil: menggantikan pakaian bayi dengan pakaian yang bersih dan kering) | |
| Sabtu, 17 juni 2023 | IV | 07.00 | 1.Mengobservasi keadaan umum (hasil: keadaan klien masih tampak lemah, TTV HR 134x/menit, RR 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96%) 2.Memonitor tanda dan | S:- O: MONO# 1.53, BASO% 1.3, HCT 51.4, RDW-SD 66.6, RDW- |

| | | | | |
|------------------------|----|-------|---|--|
| | | 08.25 | gejala infeksi | CV 18.9, |
| | | 08.30 | 3.Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi dengan lingkungan bayi | TTV HR 134x/menit, RR |
| | | 08.35 | 4.Mempertahankan teknik septic pada bayi beresiko tinggi | 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96% |
| | | 08.36 | 5.Membatasi jumlah pengunjung | A: masalah resiko infeksi belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-4 |
| Sabtu, 17 juni 2023 | V | 07.00 | 1.Mengobservasi keadaan umum (hasil: klien masih tampak lemah, TTV HR 134x/menit, RR 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96%) | S:- O: klien masih tampak lemah, residu baik, masih terpasang |
| | | 08.00 | 2.Melayani nystatin 1cc/OGT | OGT, diit |
| | | 09.00 | 3.Memeriksa residu (hasil: residu baik) | ASI 5cc/jam, berat badan |
| | | 09.05 | 4.Melayani diit ASI 5cc/OGT | 1.100 gram, kulit keriput dan tipis, |
| | | 10.00 | 5.Memonitor berat badan (hasil: berat badan bayi belum mengalami perubahan) | TTV HR 134x/menit, RR |
| | | 12.00 | 6.Melayani eritromicin 10 mg/OGT | 52x/menit, suhu 36°C, SPO2 96% |
| | | | | A: masalah defisit nutrisi belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-5 |
| Sabtu, 17 juni 2023 | VI | 11.00 | 1.Memonitor tanda-tanda ansietas (hasil: Ny.M.N.P masih tampak cemas dan gelisah) | S: Ny.M.N.P masih cemas dan gelisah |
| | | 11.05 | 2.Menciptakan suasana | O: tampak cemas dan |

| | | | | |
|-------------------------|---|-------|---|--|
| | | | terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan (hasil: memahami kondisi ibu klien dan mendengarkan keluhan ibu klien) | gelisah A: masalah ansietas belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-4 |
| | | 11.10 | 3.Menginformasikan secara aktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis (hasil: memberitahukan kepada ibu klien mengenai kondisi bayinya) | |
| | | 11.15 | 4.Memberitahukan kepada ibu klien untuk sering-sering mengunjungi bayinya di saat jam kunjung. | |
| Minggu, 18 juni 2023 | I | 07.00 | 1.Mengobservasi keadaan umum (hasil: klien masih tampak lemah, TTV HR 130x/menit, RR 40x/menit, suhu 36,5°C, SPO2 99%) | S:- O: klien masih sesak, masih terdapat retraksi dada, |
| | | 07.05 | 2.Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas (hasil: RR 40x/menit) | pola napas belum teratur, tidak terdengar |
| | | 07.06 | 3.Memonitor pola napas (hasil: pola napas klien belum teratur, terdapat retraksi dada) | bunyi suara tambahan, TTV HR 130x/menit, |
| | | 07.10 | 4.Mengauskultasi bunyi napas (hasil: tidak terdapat bunyi napas tambahan) | RR 40x/menit, suhu 36,5°C, SPO2 99% |
| | | 08.00 | 5.Melayani meropenem 50 mg/iv, melayani aminophilin 4 mg/iv | A: masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1-5 |

| | | | | |
|-------------------------|-----|-------|---|--|
| Minggu, 18 juni 2023 | II | 07.00 | 1.Mengobservasi keadaan umum (hasil: klien masih tampak lemah, masih terdapat sianosis di jari-jari tangan dan kaki, TTV HR 130x/menit, RR 40x/menit, suhu 36,5°C, SPO2 99%) | S:- O:warna kulit klien masih sianosis di jari-jari tangan dan kaki, masih terpasang O2 |
| | | 07.15 | 2.Memonitor kecepatan aliran oksigen (hasil: oksigen yang diberikan 1 liter/menit) | nasal kanul, SPO2 99% |
| | | 07.16 | 3.Memonitor saturasi oksigen (hasil: SPO2 99%) | A: masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi P: lanjutkan intervensi 1-3 |
| Minggu, 18 juni 2023 | III | 07.00 | 1.Mengobservasi keadaan umum (hasil: klien masih tampak lemah, TTV HR 130x/menit, RR 40x/menit, suhu 36,5°C, SPO2 99%) | S:- O: akral hangat, suhu tubuh 36,5°C, TTV HR 130xmenit, RR |
| | | 08.05 | 2.Memonitor suhu tubuh (hasil: suhu tubuh 36,5°C) | 40x/menit, SPO2 99% |
| | | 08.10 | 3.Menjaga agar bayi tetap hangat (hasil: membungkus bayi dengan kain selimut) | A: masalah resiko hipotermi sebagian teratasi |
| | | 08.15 | 4.Menyediakan lingkungan yang hangat (hasil: mematiakan AC diruangan NICU) | P: lanjutkan intervensi 1-5 |
| | | 08.20 | 5.Memakaikan pakaian yang bersih dan kering (hasil: menggantikan pakaian bayi yang bersih dan kering) | |
| Minggu, 18 juni 2023 | IV | 07.00 | 1.Mengobservasi keadaan umum (hasil: klien masih tampak | S:- O: MONO# 1.53, |

| | | | | |
|-------------------------|---|-------|--|---|
| | | | lemah, TTV HR 130x/menit, RR 40x/menit, suhu 36,5°C, SPO2 99%) | BASO% 1.3, HCT 51,4, RDW-SD |
| | | 08.25 | 2.Memonitor tanda dan gejala infeksi | 66.6, RDW-CV 18.9 |
| | | 08.30 | 3.Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi dengan lingkungan bayi | A: masalah resiko infeksi belum tertasi |
| | | 08.35 | 4.Mempertahankan teknik aseptik pada bayi beresiko tinggi | P: lanjutkan intervensi 1-4 |
| | | 08.36 | 5.Membatasi jumlah pengunjung | |
| Minggu, 18 juni 2023 | V | 07.00 | 1.Mengobervasi keadaan umum (hasil: keadaan klien masih lemah,TTV HR 130x/menit, RR 40x/menit, suhu 36,5°C, SPO2 99%) | S:- O: klien masih tampak lemah, residu baik, diit ASI 5cc/jam, berat badan 1.100 gram, kulit keriput dan kering |
| | | 08.00 | 2.Melayani nystatin 1cc/OGT | A: masalah defisit nutrisi belum teratasi |
| | | 09.00 | 3.Memeriksa residu (hasil: residu baik) | P: lanjutkan intervensi 1-5 |
| | | 09.05 | 4.Melayani diit ASI 5cc/OGT | |
| | | 10.00 | 5.Memonitor berat badan (hasil: berat badan bayi belum mengalami perubahan) | |
| | | 12.00 | 6.Melayani eritromicin 10 mg/OGT | |

E. Catatan Perkembangan

| Hari Tanggal | Dx | Jam | Catatan perkembangan |
|----------------------|-----|-------|--|
| Minggu, 18 juni 2023 | I | 07.00 | S:- O: klien masih sesak, masih terdapat retraksi dada, pola napas belum teratur, tidak terdengar suara tambahan, TTV RR 40x/menit A: masalah pola napas tidak efektif sebagian tertasi P: lanjutkan intervensi |
| | | 07.05 | -memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas (RR 40x/menit) |
| | | 07.06 | -memonitor pola napas (pola napas belum teratur) |
| | | 07.10 | -mengauskultasikan bunyi napas (tidak terdengar suara tambahan) |
| | | 08.00 | -melayani meropenem 50 mg/iv |
| | | 13.00 | -melayani aminophilin 4 mg/iv |
| | | | E: kesadaran composmentis, klien masih sesak, terdapat retraksi dada, pola napas belum teratur, tidak terdengar suara tambahan |
| | | 13.05 | R: intervensi di lanjutkan |
| Minggu, 18 juni 2023 | II | 07.00 | S:- O: warna kulit masih sianosis di jari-jari tangan dan kaki, masih terpasang O2 nasal kanul 1 liter/menit, TTV SPO2 99% A: masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi P: lanjutkan intervensi |
| | | 07.15 | -memonitor kecepatan aliran oksigen (oksigen yang diberikan 1 liter/menit) |
| | | 07.16 | -memonitor saturasi oksigen (SPO2 99%) |
| | | 13.00 | E: kesadaran composmentis, warna kulit masih sianosis di jari-jari tangan dan kaki, masih terpasang O2 nasal kanul, TTV SPO2 99% |
| | | 13.05 | R: intervensi dilanjutkan |
| Minggu, 18 juni | III | 07.00 | S:- O: akral hangat, suhu 36,5°C |

| | | |
|----------------------|----|---|
| 2023 | | <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>08.05 -memonitor suhu tubuh (suhu tubuh 36,5°C)</p> <p>08.10 -menjaga bayi agar tetap hangat (membungkus bayi dengan kain selimut)</p> <p>08.15 -menyediakan lingkungan yang hangat (mematikan AC diruangan NICU)</p> <p>08.20 -memakaikan pakaian yang bersih dan kering (menggantikan pakaian bayi yang bersih dan kering)</p> <p>13.00 E: kesadaran composmentis, akral hangat, suhu tubuh 36,5°C</p> <p>13.05 R: intervensi dilanjutkan</p> |
| Minggu, 18 juni 2023 | IV | <p>07.00 S:- O: MONO# 1.53, BASO% 1.3, HCT 51.4, RDW-SD 66.6, RDW-CV 18.9 A: masalah resiko infeksi belum teratasi P: lanjutkan intervensi</p> <p>08.25 -memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>08.30 -mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi dengan lingkungan bayi</p> <p>08.35 -mempertahankan teknik aseptik pada bayi beresiko tinggi</p> <p>08.36 -membatasi jumlah pengunjung</p> <p>13.00 E: kesadaran composmentis, MONO# 1.53, BASO% 1.3, HCT 51.4, RDW-SD 66.6, RDW-CV 18.9</p> <p>13.05 R: intervensi dilanjutkan</p> |
| Minggu, 18 juni 2023 | V | <p>07.00 S:- O: klien masih tampak lemah, residu baik, diit ASI 5 cc/OGT, berat badan 1.100 gram ,kulit keriput dan tipis A: masalah defisist nutrisi belum teratasi P: lanjutkan intervensi</p> <p>08.00 -melayani nystatin 1cc/OGT</p> <p>09.00 -memeriksa residu (residu baik)</p> <p>09.05 -melayani diit ASI 5cc/OGT</p> <p>10.00 -memonitor berat badan (berat badan bayi belum mengalami perubahan)</p> <p>12.00 -melayani eritromicin 10 mg/OGT</p> <p>E: kesadaran composmentis, klien masih tampak</p> |

| | | | |
|--|--|-------|---|
| | | 13.00 | lemah, residu baik, diit ASI 5cc/OGT, berat badan 1. 100 garm |
| | | 13.05 | R: intervensi dilanjutkan |

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : Maria Kristina Tembe Dura, dengan judul: ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN DIAGNOSA MEDIS ASFIKSIA di 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, 15 Mei 2023

Yang memberikan persetujuan

Saksi



Keluarga



Pasien

Peneliti



MARIA KRISTINA T. DURA

Nim. PO5303202200523

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 Sedang Di Ruang Perinatal RSUD Ende
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dengan Asfiksia Sedang Di Ruang Perinatal RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa klien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegahan pada bayi dengan Asfiksia Sedang. 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 : 081210162726.

Ende, 16 Juni 2023

Peneliti



Maria Kristina Tembe Dura

PO 5303202200523

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Maria Kristina Tembe Dura
Tempat tanggal lahir : Jopu, 21 Juli 2002
Alamat : Jln. Hayam Wuruk (Onekore)
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Katholik

B. Riwayat Pendidikan

1. SDK JOPU 2
2. SMPK Nirmala Jopu
3. SMKK Muktyaca Ende
4. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende

MOTTO

**“ JANGAN PERNAH MERASA SEGALA SESUATU BERJALAN
TERLALU CEPAT ATAU TERLALU LAMBAT, KARENA ADA WAKTU
YANG TEPAT UNTUK SETIAP ORANG”**



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Maria Kristina Tembe Dura
NIM : PO. 5303202200523
Pembimbing Utama : Martina Bedho, SST.,M.Kes

| NO | TANGGAL | MATERI | REKOMENDASI PEMBIMBING | PARAF |
|----|------------|----------------------|---|-------|
| 1. | 8/03/2023 | Bab I Latar Belakang | <ol style="list-style-type: none">1. Kemas bahasa sesuai pokok pikiran2. Lanjutkan ke tujuan dan seterusnya | |
| 2. | 17/03/2023 | Bab I | <ol style="list-style-type: none">1. Perbaiki yang kurang di Bab I2. Lanjutkan ke Bab II | |
| 3. | 10/04/2023 | Bab II | <ol style="list-style-type: none">1. Definisi asfiksia minimal 2-3 orang2. Di patofisiologi baca baik-baik dan pahami dengan benar3. Pathway harus sesuai dengan patofisiologi4. Pathway harus besertakan dengan sumbernya5. Setiap menemukan istilah yang belum kamu ketahui harus di cari6. Konsep dasar asuhan keperawatan untuk pengumpulan data perpola7. Tabulasi data sesuai dengan manifestasi klinis | |
| 4. | 20/05/2023 | Bab II | <ol style="list-style-type: none">1. Edit tulisan yang benar, lihat pengetikan, titik dan koma2. Pathway harus dilengkapi | |
| 5. | 26/05/2023 | Bab II | <ol style="list-style-type: none">1. Pahami pathway sehingga konsep dasar asuhan keperawatan lengkap2. Intervensi lihat di doengoes3. Belajar sistem tubuh dan pola | |
| 6. | 29/05/2023 | Bb II dan Bab III | <ol style="list-style-type: none">1. Tambahkan prioritas masalah2. Bab III lihat dan edit lagi | |

| | | | | |
|-----|------------|---|--|--------|
| | | | 3. Hafal operasional 4. Ringkas sesuai menurut penulis | |
| 7. | 30/05/2023 | Bab II dan Bab III | 1. Perbaiki intervensi | A B |
| 8. | 31/05/2023 | Bab II | 1. Perbaiki intervensi | A B |
| 9. | 05/06/2023 | Bab I,II,III | Acc ujian proposal | A B |
| 10. | 24/07/2023 | Bab IV Hasil studi kasus dan pembahasan | 1. Identitas klien ditambahkan anak pertama 2. Keluhan utama tambahkan dengan gejala asfiksia sampai bayi bisa dibawa ke RSUD Ende 3. Tambahkan nama obat vitamin tambah darah dan vitamin nafsu makan 4. Post natal care tambahkan data sianosis 5. Cari kepanjangan dari OGT 6. Belajar apas-apas saja refleks 7. Pengkajian per pola di pola napas tambahkan data sianosis 8. Pemeriksaan diagnostik dikasih tanda dimana-mana yang mengalami kenaikan | A B |
| 11. | 31/07/2023 | Bab IV | 1. Pembahasan lihat lagi caranya di proses keperawatan | A B |
| 12. | 3/08/2023 | Bab IV | 1. Perbaiki pembahasan | A B |
| 13. | 4/08/2023 | Bab I,II,III,IV,V | Acc dijilid | A B |

Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende


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



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Maria Kristina Tembe Dura
NIM : PO. 5303202200523
Penguji Utama : Raimunda Woga, SKp., M.Kep

| NO | TANGGAL | MATERI | REKOMENDASI PEMBIMBING | PARAF |
|----|------------|-----------------|---|-------|
| 1. | 9/06/2023 | Revisi Proposal | 1. Perbaiki cover depan 2. Perbaiki lembar persetujuan 3. Perbaiki pengetikan | |
| 2. | 12/06/2023 | Revisi Proposal | ACC | |
| 3. | 11/08/2023 | Revisi KTI | 1. Di kata pengantar tambahkan dengan direktur rumah sakit 2. Tambahkan APGAR SCORE di INC | |
| 4. | 21/08/2023 | Revisi KTI | 1. Tambahkan diagnosa 2. Lihat di data sekunder | |
| 5. | 22/08/2023 | Revisi KTI | ACC | |

Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

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