

BAB II

TEORI KAJIAN

A. Konsep Dasar Bayi

1. Konsep Bayi

a. Pengertian Bayi Baru lahir

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru saja lahir baik dalam metode persalian normal maupun dengan cara lain dengan berat normal 2500-4000 gram. Bayi merupakan suatu anugerah dan sekaligus merupakan titipan yang diberikan oleh maha kuasa. (Suryaningsih.dkk.2022).

b. Pengertian Pertumbuhan

Menurut Whaley dan Wong (2009) dalam Yulizawati & Afrah (2022) mengemukakan pertumbuhan sebagai suatu peningkatan ukuran dan jumlah sel serta jaringan intraseluler berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat. Pertumbuhan berhubungan dengan perubahan pada kuanitas yang maknanya terjadi perubahan pada jumlah dan ukuran sel tubuh yang ditunjukkan dengan adanya peningkatan ukuran dan berat seluruh bagian tubuh.

c. Pengertian Perkembangan

Menurut Whaley dan Wong (2009) dalam Yulizawati & Afrah (2022), perkembangan menitik beratkan pada perubahan yang terjadi secara bertahap dari tingkat yang paling rendah ke tingkat yang paling tinggi dan kompleks melalui proses maturasi dan pembelajaran. Perkembangan berhubungan dengan perubahan secara kualitas, diantaranya terjadi peningkatan kapasitas individu untuk berfungsi yang dicapai melalui

proses pertumbuhan, pematangan dan pembelajaran.

2. Konsep Dasar Asfiksia

a. Pengertian Asfiksia

Asfiksia adalah kegagalan pada neonates untuk memulai dan mempertahankan pernapasan saat lahir yang menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas neonates untuk keberlangsungan hidup di minggu pertama, asfiksia neonatrum adalah kegagalan neonates untuk menangis, bernapas setelah dilahirkan, atau mempertahankan respirasi yang adekuat dalam waktu 60 detik setelah lahir akibat anoksia, kerusakan otak atau narkosis hkal ini dapat diakibatkan oleh hipoksia neonatal Dimana sel – sel mengalami kekurangan oksigen ([Ferasinta, Dkk, 2021](#)).

Jadi asfiksia merupakan suatu keadaan dimana bayi baru lahir dengan kondisi tidak bisa bernafas secara spontan atau mengalami gangguan respirasi sehingga tubuh kekurangan oksigen dan karbon dioksida yang terlalu banyak di tubuh yang menyebabkan terjadinya penurunan kesadaran.

b. Anatomi dan Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Organ Pernapasan (Rury, Trisa Utami, dkk. 2023)

Pernapasan (respirasi) adalah peristiwa menghirup udara dari luar yang mengandung (oksigen) serta menghembuskan udara yang banyak mengandung karbondioksida sebagai sisa dari oksidasi keluar dari tubuh. Pengisapan udara ini disebut inspirasi dan menghembuskan disebut ekspirasi. Sistem respirasi berperan dalam menjamin ketersediaan oksigen untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh dan pertukaran gas. organ pernafasan manusia terdiri dari hidung, faring, laring, trakea, bronkus, bronkiolus dan alveolus. Udara masuk ke dalam lubang hidung melalui rongga hidung yang didalamnya terdapat conchae dan rambut-rambut hidung udara inspirasi berjalan menuruni trakea melalui bronkiolus ke alveolus. Menurut Hapipah (2022), anatomi dan fisiologi sistem pernafasan adalah sebagai berikut:

c. Anatomi pernafasan

1) Hidung

Hidung merupakan organ utama saluran pernapasan yang langsung berhubungan dengan dunia luar yang berfungsi sebagai jalan masuk dan keluarnya udara, mempertahankan dan menghangatkan udara yang masuk, sebagai filter dalam membersihkan benda asing yang masuk dan berperan untuk resonansi suara serta sebagai tempat reseptor olfaktorius

2) Faring

Faring berupa tabung yang terletak di belakang mulut dan rongga hidung dan menghubungkan keduanya ke trakea serta tempat persimpangan antara jalan pernapasan dan jalan makanan. Fungsi faring adalah menyalurkan aliran udara dari hidung dan mulut ke trakea.

3) Laring

Laring merupakan saluran pernapasan yang terletak dibawah persimpangan saluran faring yang membelah menjadi trakea dan kerongkongan berfungsi sebagai jalan masuknya udara dan sebagai produksi suara. Laring sering disebut sebagai kotak suara dan terdiri atas epiglotis yang merupakan daun katup kartilago yang menutupi ostium ke arah laring selama menelan dan glotis yaitu ostium antara pita suara dalam laring. Saat bernapas udara mengalir melewati dua pita suara yang berimpitan sehingga menghasilkan getaran, Getaran

inilah yang kemudian menghasilkan suara saat berbicara.

4) Trakea

Trakea merupakan organ tabung antara laring sampai dengan puncak paru, panjangnya sekitar 10-12 cm, setinggi servikal 6- torakal 5. Ujung trakea bercabang menjadi dua bronkus yang disebut karina, fungsi trakea dalam system pernapasan cukup penting yaitu mengalirkan udara menuju paru-paru.

5) Bronkus

Bronkus merupakan cabang dari trakea yang bercabang dua ke paru-paru kanan dan kiri bronkus kanan lebih pendek dan lebih besar diameternya. Bronkus kiri lebih horizontal lebih panjang dan lebih sempit Bronkus terbagi menjadi bronkus lobaris kanan (3 bronkus) dan bronkus lobaris kiri (2 bronkus) Bronkus lobaris kanan terbagi menjadi 10 bronkus segmental dan bronkus lobaris kiri terbagi menjadi 9 bronkus segmental Bronkus segmentalis ini kemudian terbagi lagi menjadi subsegmental yang dikelilingi oleh jaringan ikat yang memiliki arteri limfatik dan saraf-saraf bronkus segmental bercabangcabang menjadi bronkiolus bronkiolus merupakan cabang dari bronkus yang berfungsi untuk menyalurkan udara dari bronkus ke alveoli bronkiolus juga berfungsi untuk mengontrol jumlah udara yang masuk dan keluar saat proses pernapasan berlangsung.

6) Paru-paru

Paru-paru berfungsi menukar oksigen dari udara dengan karbon

dioksida dari darah jika paru-paru terganggu fungsinya maka kesehatan tubuh manusia bisa terpengaruh secara keseluruhan. Paru-paru kanan dan kiri mempunyai ciri yang berbeda Paru-paru kiri orang dewasa umumnya berbeda paruparu kiri orang dewasa umumnya berbobot sekitar 325-550 gram, bagian kanan memiliki berat sekitar 375-600 gram. Paruparu kanan memiliki tiga bagian (lobus), sedangkan paru-paru bagian kiri memiliki dua bagian lobus.

7) Alveolus

Bagian dari paru yang merupakan kelompok terkecil yang disebut kantung alveolus di ujung bronkiolus. Paru-paru menghasilkan campuran lemak dan protein yang disebut dengan surfaktan paru-paru campuran lemak dan protein ini melapisi permukaan alveoli dan membuatnya lebih mudah untuk mengembang dan mengempis saat bernapas alveoli berfungsi sebagai tempat pertukaran oksigen dan karbon dioksida.

8) Alveoli

Alveoli kemudian menyerap oksigen dari udara yang dibawa oleh bronkiolus dan mengalirkannya ke dalam darah karbon dioksida yang merupakan produk limbah dari sel-sel tubuh mengalir dari darah ke alveoli untuk dihembuskan keluar Pertukaran gas ini terjadi melalui dinding alveoli dan kapiler yang sangat tipis.

d. Fisiologi pernapasan

Fungsi paru-paru ialah pertukaran gas oksigen dan karbon

dioksida. Pada pernapasan melalui paru-paru atau pernapasan eksterna, oksigen diambil melalui hidung dan mulut pada waktu bernapas oksigen masuk melalui trakea dan pipa bronkhial ke alveoli dan dapat berikatan dengan darah didalam kapiler pulmonaris hanya satu lapis membrane yaitu membran alveolikapiler yang memisahkan oksigen dari darah oksigen menembus membran ini dan diambil oleh hemoglobin (sel darah merah) dan dibawa ke jantung selanjutnya dipompa didalam arteri ke semua bagian tubuh darah meninggalkan paru-paru pada tekanan oksigen 100 mmHg dan pada tingkat ini hemoglobin 95% jenuh oksigen di dalam paru-paru, karbon dioksida salah satu hasil buangan metabolisme menembus membran alveolar-kapiler dari kapiler darah ke alveoli dan setelah melalui pipa bronkial dan trakea dikeluarkan melalui hidung dan mulut semua proses ini diatur sedemikian rupa sehingga darah yang meninggalkan paru-paru menerima jumlah tepat karbon oksida (CO_2) dan oksigen (O_2). Pada saat melakukan aktifitas seperti berlari, lebih banyak darah datang di paru-paru membawa terlalu banyak karbon dioksida (CO_2) dan sedikit oksigen (O_2) jumlah karbon dioksida (CO_2) tersebut tidak dapat dikeluarkan maka konsentrasinya dalam darah arteri bertambah hal ini merangsang pusat pernapasan dalam otak untuk memperbesar kecepatan dan dalamnya pernapasan.

Penambahan ventilasi ini mengeluarkan karbon dioksida (CO_2) dan mengambil lebih banyak oksigen (O_2). Pernapasan jaringan atau pernapasan interna, darah yang telah menjenuhkan hemoglobinnnya

dengan oksigen (oksihemoglobin) di distribusikan ke seluruh tubuh dan mencapai kapiler dimana darah bergerak sangat lambat sel jaringan mengambil oksigen dari hemoglobin untuk memungkinkan distribusi oksigen berlangsung dan darah menerima sebagai gantinya yaitu karbondioksida.

e. Sistem Peredaran Darah Janin

Sirkulasi darah janin dalam rahim tidak sama dengan sirkulasi darah pada bayi dan anak. Dalam Rahim paru-paru tidak berfungsi sebagai alat pernafasan, pertukaran gas dilakukan oleh plasenta Pembentukan pembuluh darah dan sel darah dimulai minggu ke tiga dan bertujuan menyuplai embrio dengan oksigen dan nutrien dari ibu. Darah mengalir dari plasenta ke janin melalui vena umbilikal yang terdapat dalam tali pusat. Jumlah darah yang mengalir melalui tali pusat sekitar 125 ml/kg/BB/ menit atau sekitar 500 ml/ menit. Melalui vena umbilikal dan duktus venosus darah mengalir ke dalam vena cava inferior bercampur darah yang kembali dari bagian bawah tubuh masuk atrium kanan dimana aliran darah dari vena cava inferior lewat melalui foramen oval ke atrium kiri, kemudian ke ventrikel kiri melalui arkus aorta, darah dialirkan ke seluruh tubuh darah yang mengandung karbondioksida dari tubuh bagian atas memasuki ventrikel kanan melalui vena cava superior kemudian melalui arteri pulmonalis besar meninggalkan ventrikel kanan menuju aorta melewati ductus arteriosus Darah ini kembali ke plasenta melalui aorta arteri iliaka interna dan arteri

umbilikalis untuk mengadakan pertukaran gas selanjutnya foramen ovale dan duktus arteriosus berfungsi sebagai saluran atau jalan pintas yang memungkinkan sebagai dari cardiac output yang sudah terkombinasi ke plasenta tanpa melalui paru-paru (Kusmiyati, 2010).

f. 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 neonates gangguan ini dapat timbul pada masa kehamilan persalinan atau segera kelahiran (Jumiarni et al., 2022). Menurut Jumiarni et al. (2020), penyebab asfiksia pada bayi yaitu:

1) Asfiksia dalam persalinan

a) Gangguan sirkulasi pada plasenta, yaitu :

a) Partus lama

Merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primipara dan lebih dari 18 jam pada multipara, dimana terjadi kontraksi rahim yang berlangsung lama sehingga dapat menambah resiko pada janin dimana terjadi gangguan pertukaran oksigen (O_2) dan karbon oksida (CO_2) yang dapat menyebabkan asfiksia.

b) Kehamilan lewat waktu

Kehamilan lewat waktu adalah kehamilan yang berlangsung lebih dari 42 minggu dihitung berdasarkan rumus naegle dengan siklus haid rata-rata 28 hari. Permasalahan yang timbul pada

janin adalah asfiksia dimana terjadi insufisiensi plasenta yang menyebabkan plasenta tidak sanggup memberi nutrisi dan terjadi gangguan pertukaran karbon oksida (CO₂) dan oksigen (O₂) dari ibu ke janin.

c) Lilitan tali pusat

Gerakan janin dalam rahim yang aktif pada tali pusat yang panjang memungkinkan terjadinya lilitan tali pusat pada leher sangat berbahaya apalagi bila lilitan terjadi beberapa kali dimana dapat diperkirakan dengan makin masuknya kepala janin ke dasar panggul maka makin erat pula lilitan pada leher janin yang mengakibatkan makin terganggunya aliran darah ibu ke janin.

d) Solusio plasenta

Merupakan suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terletak dari perlekatannya sebelum janin lahir, prognosinya terhadap janin tergantung pada derajat perlepasan plasenta dimana mengakibatkan terjadinya gangguan sirkulasi uterus plasenta yang dapat menyebabkan asfiksia sampai kematian janin dalam rahim.

e) Persalinan Sungsang

Persalinan sungsang dapat menyebabkan asfiksia dimana sering terjadi kemacetan persalinan kepala yang menyebabkan aspirasi air ketuban dan lendar perdarahan atau edema jaringan otak

sampai kerusakan persendiaan tulang leher.

b) Faktor ibu

a. Gangguan his

Tetania uteri adalah his yang kuat dan sering sehingga tidak ada relaksasi rahim hal ini dapat menyebabkan hipoksia janin dan berlanjut menjadi asfiksia setelah bayi lahir.

b. Vasokonstriksi arteri

1. Hipertensi dalam kehamilan berarti wanita telah menderita hipertensi sebelum hamil yang biasa disebut juga dengan pre-eklamsia tidak murni. Prognosis bagi janin kurang baik karena adanya insufisiensi plasenta.

2. Pre-eklamsia merupakan penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karna kehamilan. Prognosis pada janin juga kurang baik karena adanya spasme pembuluh darah arteri menuju organ penting dalam tubuh yang dapat menimbulkan mengecilan aliran darah menuju retroplanta sehingga menimbulkan gangguan pertukaran nutrisi, karbon dioksida (CO_2) dan oksigen (O_2) yang dapat menyebabkan asfiksia.

g. Patofisiologi

Pernapasan spontan Bayi baru lahir (BBL) tergantung pada kondisi janin pada masa kehamilan dan persalinan Proses kelahiran itu sendiri selalu menyebabkan sesak napas. Jika terdapat gangguan

pertukaran gas atau pengangkutan O₂ selama kehamilan atau persalinan akan terjadi asfiksia yang lebih berat keadaan ini akan mempengaruhi fungsi sel-sel tubuh dan bila tidak teratasi akan menyebabkan kematian, kerusakan dan malfungsi ini bisa reversibel atau ireversibel tergantung pada berat dan lamanya asfiksia, asfiksia yang terjadi dimulai suatu periode apneu disertai dengan penurunan frekuensi jantung selanjutnya bayi akan menunjukkan usaha napas yang kemudian diikuti oleh pernapasan, teratur kondisi patofisiologi yang menyebabkan asfiksia antara lain kurangnya oksigenasi sel, retensi karbon dioksida yang berlebihan dan asidosis metabolik kombinasi dari ketiga peristiwa ini menyebabkan kerusakan sel dan lingkungan biokimia yang tidak kompatibel untuk hidup, ujuan resusitasi adalah intervensi tepat waktu yang membalikkan efek biokimia asfiksia dan dengan demikian mencegah kerusakan otak dan organ yang ireversibel (*non-reversibel*) yang akibatnya akan terjadi sepanjang hidup Pada awalnya frekuensi jantung dan tekanan darah akan meningkat dan bayi melakukan upaya megap-megap (*gaspings*) bayi kemudian masuk ke periode apneu primer bayi yang menerima stimulasi adekuat selama apneu primer akan mulai melakukan usaha napas lagi stimulasi dapat terdiri atas stimulasi taktil (*mengeringkan bayi*) dan stimulasi termal (*oleh suhu persalinan yang lebih dingin*) (Jenny J.S 2013)

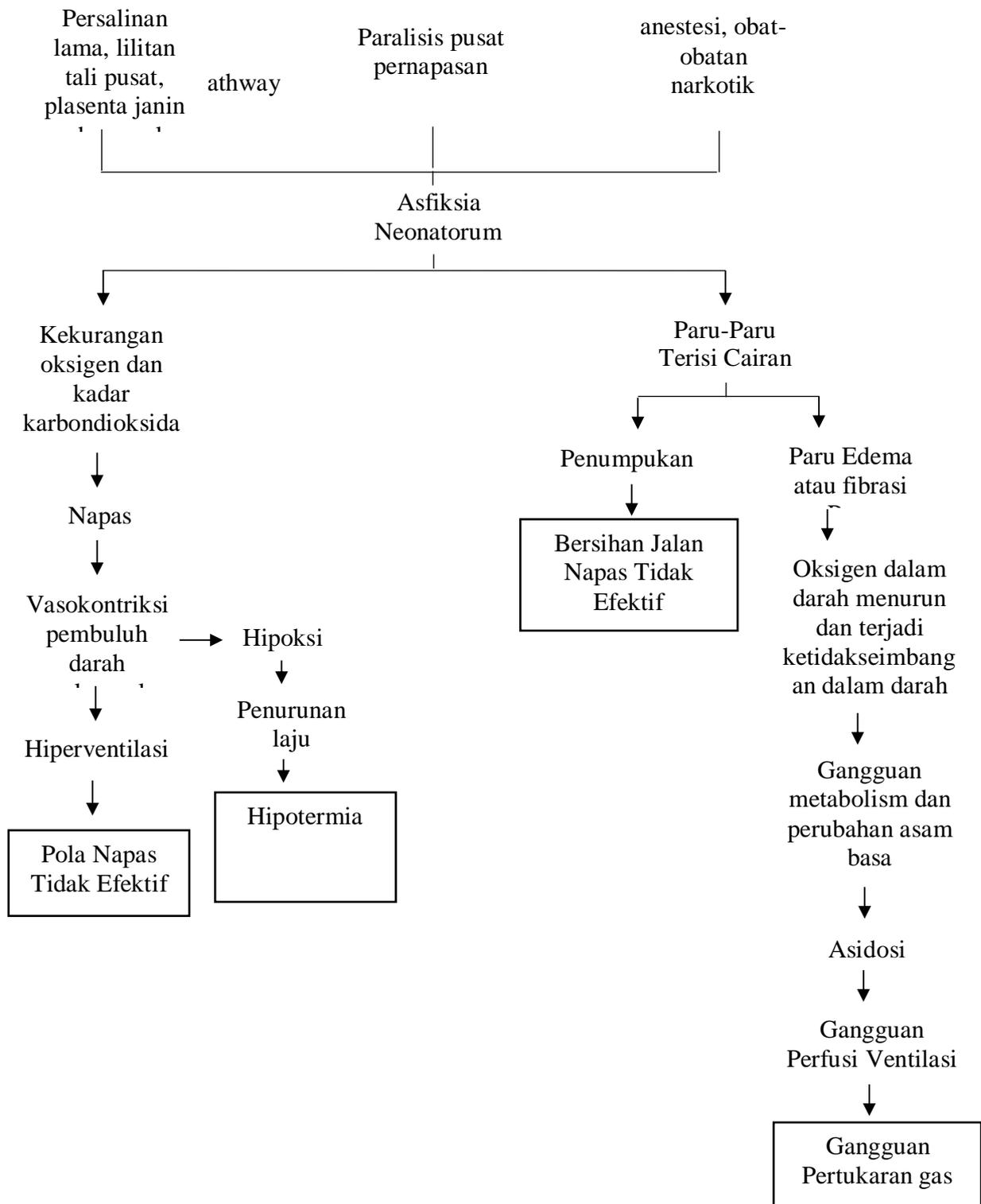
Bayi-bayi yang mengalami proses asfiksia lebih jauh berada dalam tahap apneu sekunder. Apneu sekunder dapat dengan cepat

menyebabkan kematian jika bayi tidak benar-benar didukung oleh pernapasan buatan dan bila diperlukan dilakukan kompresi jantung (Jenny J.S 2013).

Selama apneu penurunan oksigen yang tersedia menyebabkan pembuluh darah di paru-paru mengalami konstriksi keadaan vasokonstriksi ini menyebabkan paru paru resistan terhadap ekspansi sehingga mempersulit kerja resusitasi janin yang persisten. Foramen ovale terus membuat pirau darah dan atrium kanan ke atrium kiri dan duktus arteriosus terus membuat pirau darah ke aorta melewati paru- paru yang konstriksi. (Jenny J.S 2013).

Selama hipoksia perubahan biokimia yang serius menyebabkan penimbunan sampah metabolik akibat metabolisme anaerob. Akibat ketidakadekuatan ventilasi bayi baru lahir cepat menimbun karbon dioksida hiperkarbia ini mengakibatkan asidosis respiratorik yang lebih jauh lagi akan menekan upaya napas (Jenny J.S 2013).

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 kejang selama periode ini merupakan tanda yang mengkhawatirkan dan merupakan tanda peningkatan kemungkinan terjadinya kerusakan otak yang permanen (Jenny J.S 2013).



Gambar 2.2 Pathway
 Sumber: Jeny. J.S (2013)

i. Manifestasi Klinik

Gejala klinis dari bayi asfiksia dapat dilihat pada pemeriksaan fisik jika bayi memiliki detak jantung <100 x/menit atau bahkan tidak ada, tidak bernapas atau napas terengah-engah, meringis, memiliki tubuh merah tetapi ekstremitas biru atau tidak terdapat reaksi terhadap rangsangan apapun. Neonatus dengan keadaan asfiksia dapat ditandai dengan keadaan hiperkarbia, hipoksemia, dan sianosis dapat dilihat pada tampilan bayi saat lahir. Dasar diagnosis dapat dilihat dari bayi tidak bernapas spontan, bayi tidak menangis, Berdasarkan *American Academy of Pediatrics (AAP)* dan *American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG)* asfiksia pada seorang bayi dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Nilai APGAR 0-3 untuk kategori berat dan 4-6 untuk kategori sedang dan 7-2. untuk kategori ringan.
- 2) Memiliki asidosis metabolik atau asidosis metabolik beserta asidosis respiratorik yang diambil pada sampel darah dari arteri umbilikal.
- 3) Manifestasi neurologi pada periode bayi baru lahir seperti kejang atau hipotonia.
- 4) Mengalami koma atau ensefalopatia hipoksik iskemik.
- 5) Mengalami disfungsi sistem multiorgan sesaat periode baru lahir.
- 6) Jika sudah mengalami perdarahan di otak maka ada gejala neurologik, kejang, nistagmus (gerakan ritmik tanpa kontrol pada mata yang terdiri dari tremor kecil yang cepat ke satu arah dan yang lebih besar, lebih lambat, berulang-ulang ke arah yang berlawanan) dan menangis

kurang baik/tidak baik. Hermawan, (2021).

j. Pemeriksaan Diagnostik

Indikator terukur diperlukan untuk menetapkan asfiksia neonatorum yakni dengan melakukan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan penunjang juga dibutuhkan untuk membantu menegaskan diagnosis asfiksia neonatorum di mana beberapa dari pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan diantaranya

1) Laboratorium

Pemeriksaan yang dilakukan adalah pemeriksaan analisa gas darah diambil dari tali pusat dengan hasil $\text{pH} < 7$. Selain itu, disfungsi multiorgan yang terjadi dapat terlihat pada hasil pemeriksaan laboratorium, seperti ginjal, hati, jantung, dan otak.^{15,23}

2) Pencitraan

Pencitraan dari radiologi dapat dilakukan dengan *Electro Encephalo Gram* (EEG) yang dapat memprediksi keadaan klinis termasuk kemungkinan untuk hidup dan munculnya sekuel neurologis jangka panjang.

3) *Ultrasonography* (USG) Doppler Kranial dapat menilai perfusi otak dari nilai *Resistive Index* (RI). Peningkatan RI menunjukkan prognosis buruk.

4) *Computerized Tomography Scan* (CTScan) dapat mendeteksi perdarahan neonatus yang sakit tanpa sedas

5) Nilai APGAR: memberikan pengkajian yang cepat mengenai

kebutuhan untuk resusitasi neonatal

- 6) *Rontgen thoraks dan abdomen*: untuk mengetahui abnormalitas/cedera struktural dan penyebab masalah ventilasi
- 7) Pemeriksaan ultrasonografi kepala: untuk mendeteksi abnormalitas/cedera kranial atau otak atau adanya malformasi kongenital
- 8) Kultur darah: untuk mengetahui atau memastikan adanya bakteremia
- 9) Analisa gas darah tali pusat: menunjukkan hasil asidosis jika $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$, $\text{PaCO}_2 > 55 \text{ mmHg}$ dan $\text{pH} < 7,35 \text{ mmHg}$
- 10) Glukosa darah: untuk mengetahui kadar glukosa darah
- 11) Skrining toksikologi: untuk menemukan adanya toksisitas obat atau kemungkinan sindrom alkohol janin atau fetal alcohol syndrome
- 12) Skrining metabolisme: untuk mengetahui adanya gangguan endokrin atau metabolisme.

k. Penatalaksanaan

1) Keperawatan

Penatalaksanaan asfiksia menurut Syarifuddin (2023), antara lain sebagai berikut:

- a) Melakukan pengkajian awal untuk menentukan tingkat keparahan asfiksia dan mengidentifikasi kebutuhan bayi
- b) Pemantauan vital sign memantau vital sign bayi seperti detak jantung, tekanan darah, SPO_2 , suhu tubuh.
- c) Pemberian nutrisi memberikan nutrisi yang tepat untuk bayi seperti sufor (susu formula) atau ASI (Air susu ibu).

d) Perlu diperhatikan agar bayi mendapat lingkungan yang hangat segera setelah lahir jangan biarkan bayi kedinginan (membungkus bayi dengan kain kering dan hangat), badan bayi harus dalam keadaan kering, jangan memandikan bayi dengan air dingin, gunakan minyak atau baby oil untuk membersihkan tubuh bayi kepala ditutup dengan kain atau topi kepala yang terbuat dari kain.

e) Pengawasan suhu tubuh

Pertahankan suhu tubuh agar bayi tidak kedinginan karena hal ini akan memperburuk keadaan asfiksia. Bayi baru lahir secara relatif banyak kehilangan panas yang diikuti oleh penurunan suhu tubuh. Penurunan suhu tubuh akan mempertinggi metabolisme sehingga kebutuhan oksigen meningkat.

f) Pembersihan jalan nafas

Saluran nafas atas dibersihkan dari lendir dan cairan amnion dengan pengisap lendir, tindakan ini dilakukan dengan hati-hati tidak perlu tergesa-gesa atau kasar. Penghisapan yang dilakukan dengan ceroboh akan timbul penyulit seperti: spasme laring, kolap paru, kerusakan sel mukosa jalan nafas. Pada asfiksia berat dilakukan resusitasi kardiopulmonal.

g) Rangsangan untuk menimbulkan pernafasan

Bayi yang tidak memperlihatkan usaha bernafas selama 20 detik setelah lahir dianggap telah menderita depresi pernafasan dalam

hal ini rangsangan terhadap bayi harus segera dilakukan. Pengaliran oksigen (O₂) yang cepat kedalam mukosa hidung dapat pula merangsang reflek pernafasan yang sensitif dalam mukosa hidung dan faring bila cara ini tidak berhasil dapat dilakukan dengan memberikan rangsangan nyeri dengan memukul kedua telapak bayi.

2) Medis

a) Terapi cairan pada bayi baru lahir dengan asfiksia

Tujuan pemberian cairan untuk bayi baru lahir dengan asfiksia adalah: Mengembalikan dan mempertahankan keseimbangan cairan

b) Memberikan obat-obatan

c) Memberikan nutrisi parenteral

d) Teknik pemasangan infus

e) Pemasangan alat bantu napas seperti CPAP (*Continues Positive Airway Pressure*) prosedur yang di gunakan untuk membantu bayi bernapas lebih efektif

f) Teknik mem

Fiksasi atau mempertahankan kepatenan dari alat kepada bayi asfiksia yang terpasang infus

g) Memberikan cairan dengan menggunakan OGT yaitu memasukkan cairan kedalam lambung bayi dengan menggunakan OGT dengan tujuan memenuhi kebutuhan tubuh akan makanan dan cairan yang

dilakukan pada bayi yang mengalami kesulitan mengisap dan bayi dengan kelainan bawaan misalnya labiopalatoskisis atau atresia esophagus.

1. Komplikasi

Komplikasi yang muncul pada kejadian asfiksia neonatorum diantaranya edema otak, perdarahan otak, anuria atau oliguria, kejang dan koma.

Sedangkan komplikasi pada berbagai organ meliputi otak (dapat terjadi hipoksik iskemik ensefalopati, edema serebri, palsiserebralis), jantung dan paru (dapat terjadi hipertensi pulmonal persisten pada neonates, perdarahan paru, edema paru), gastrointestinal (dapat terjadi enterocolitis nekrotikan), selain itu

- 1) Pada organ otak dapat mengalami hipoksia iskemik ensefalopati, edema serebri, kecacatan, dan *cerebral palsy* (CP).
- 2) Pada organ jantung dan paru dapat mengalami hipertensi pulmonalis persisten, perdarahan paru, dan endema paru.
- 3) Pada saraf dapat terjadi gangguan neurologis dan keterlambatan perkembangan.
- 4) Pada saluran pencernaan dapat terjadi enterokolitis nekrotikans.
- 5) Pada organ ginjal dapat terjadi tubular nekrosis akut dan *Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone* (SIADH) atau dapat disebut sindrom ketidaktepatan sekresi hormon antidiuretik.
- 6) Apabila tidak dapat ditangani dengan baik, maka akan dapat

menyebabkan kematian.

m. Klasifikasi Asfiksia Menurut Vidia & Pongki (2019), klasifikasi asfiksia terdiri dari:

- 1) Bayi normal atau tidak asfiksia: skor APGAR 7-10. Bayi normal tidak memerlukan resusitasi dan pemberian oksigen secara terkendali.
- 2) Asfiksia sedang: skor APGAR 4 – 6 memerlukan resusitasi dan pemberian oksigen samapi bayi dapat bernapas kembali. Pada pemeriksaan fisik di temukan frekuensi jantung lebih dari 100 X/menit, tonus otot kurang baik atau baik, sianosis, refleks iritabilitas tidak ada.
- 3) Asfiksia berat: skor APGAR 0-3. Memerlukan resusitasi segerasecara aktif dan pemberian oksigen terkendali, karena selalu disertai asidosis, maka perlu diberikan natrikus dikalbonas 7,5% dengan dosis 2,4 ml/kg berat badan, dan cairan glukosa 40% 1-2ml/kg berat badan, diberikan lewat vena umbilikus. Padapemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung kurang dari 100x/ menit, tonus otot buruk, sianosis berat, pucat, refleks iritabilitas tidak ada.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajaian dalam asuhan keperawatan merupakan sumber data dasar yang komperhensif yang dapat digunakan oleh perawat untuk menegakan diagnosa, pengkajian meliputi:

a. Identitas

- 1) Identitas pasien: nama, tempat tanggal lahir
- 2) Identitas penanggung jawab: nama ayah/ibu pendidikan ayah/ibu, pekerjaan ayah/ibu, agama
- 3) Keluhan utama: bayi asfiksia
- 4) Riwayat kesehatan sekarang: kulit yang pucat atau kebiru-biruan (sianosis), kesulitan bernapas, denyut nadi yang rendah, detak jantung terlalu kuat atau lemah, anggota badan kaku atau lemas (hiotonia), respons yang buruk terhadap stimulasi.
- 5) Riwayat penyakit dahulu: Hipertensi dalam kehamilan berarti wanita telah menderita hipertensi sebelum hamil yang biasa disebut juga dengan pre-eklamsia tidak murni. Prognosis bagi janin kurang baik karena adanya insufisiensi plasenta.
- 6) Riwayat kehamilan dan kelahiran: Riwayat kehamilan Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan, tempat pemeriksaan kehamilan, HPHT, HPL, kenaikan berat badan selama kehamilan, obat-obatan yang didapatkan, golongan darah, imunisasi. Riwayat persalinan gejala awal persalinan, lama persalinan, komplikasi pada saat persalinan, cara persalinan, tempat persalinan.

b. Pengumpulan data perpola

1) Pola Sirkulasi

Mengamati detak jantung yang tidak teratur tekanan darah yang rendah warna kuli pucat dan memantau suhu tubuh bayi karena Bayi dengan asfiksia dapat mengalami penurunan suhu tubuh.

2) Pola oksigenasi

Menentukan kebutuhan oksigen apakah bayi memerlukan suplementasi oksigen atau tidak

3) Pola Nutrisi

Pada neonatus dengan asfiksia membatasi intake oral

4) Pola Eliminasi

Umumnya klien mengalami gangguan Bab karena organ tubuh terutama pencernaan belum sempurna.

Kebersihan diri perawat dan keluarga pasien harus menjaga kebersihan pasien, terutama saat Bab dan Bak saat Bab dan Bak harus diganti popoknya.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Umumnya bayi dengan asfiksia dalam keadaan lemah, sesak napas, tonus otot lemas atau ekstermitas terkulai, dan pernapasan tidak teratur

2) Tanda-tanda vital

Umumnya (nadi, pernafasan, suhu) tidak normal. TTV normal pada neonatus:

a) Nadi:

100-165 x/menit: Takikardia adalah nadi lebih dari normal (nadi cepat). Bradikardia adalah nadi kurang dari normal (nadi lambat)

b) Pernapasan:

30-55x/menit: Bradipnea: napas teratur namun lambat secara tidaknormal (pernapasan kurang dari 30x/menit). Takipnea: napas teratur namun cepat secara tidak normal (pernapasan lebih dari 55x/menit). Hipernea: napas sulit lebih dari 20x/menit. Apnea: napas berhenti untuk beberapa detik, Hiperventilasi: frekuensi dan kedalaman napas meningkat, hipoventilasi: frekuensi napas abnormal dalam kecepatan dan kedalaman, pernapasan cheyne stokes: frekuensi dan kedalaman napas yang tidak teratur ditandai dengan periode apneu dan hiperventilasi yang berubah ubah. Pernapasan kussmaul: pernafasan dalam secara tidak normal dalam frekuensi napas yang meningkat, pernapasan biot: Napas dangkal secara tidak normal diikuti oleh periode apnea (henti napas) yang tida teratur

c) Suhu:

Saturasi oksigen: 95% - 100% Pada asfiksia nadi menurun <100 x/menit dan pernapasan meningkat >60x/menit

d) Kulit:

Inspeksi: Pucat/sianosis dan ada tanda-tanda syok

e) Kepala:

Inspeksi: bentuk kepala bukit, fontanela mayor dan minor masih cekung, sutura belum menutup dan kelihatan masih bergerak.

f) Mata :

Inspeksi : tidak ada ikterik

g) Hidung :

Inspeksi : Terdapat mukosa dan pergerakan cuping hidung, dan terdapat deformitas akibat tekanan jalan lahir.

h) Telinga:

Inspeksi: Simetris kanan dan kiri, tulang rawan padat dengan bentuk yang baik, berespon terhadap suara dan bunyi lain.

i) Mulut :

Inspeksi : pucat, sianosis, mukosa bibir kering

j) Dada:

Inspeksi : Adanya retraksi dinding ada, puting susu belum terbentuk

Auskultasi : Adanya suara napas ronchi dibagian dada biasanya ditemukan pernapasan yang ireguler, frekuensi yang cepat dan retraksi dinding dada

k) Abdomen:

Inspeksi : Membuncit (pembesaran hati, limpa, tumoraster),

l) Ekstremitas Inspeksi :

Warna kulit kebiruan, gerak tidak aktif

m) Genetalia

Normal, biasanya ada skrotum atau kotoran sejak lahir yang mungkin belum di bersihkan.

n) Reflek

1) Refleks menggenggam (grasping reflex) adalah bila telapak tangan memberi rangsangan akan memberi reaksi seperti

menggenggam.

- 2) Tonik neck reflek pada bayi dalam keadaan tertidur menunjukkan reflek dengan cepat putar kearah satu sisi respon yang khas jika bayi menghadap ke kiri lengan dan kaki pada sisi itu sedangkan lengan dan tungkainya akan bera dalam posisi fleksi (putar kepala kearah kanan dan ekstremitas akan mengambil postur yang berlawanan).
- 3) Refleks menghisap dan membuka mulut (rooting refleks) menimbulkan reflek sentuhan bibir, pipi atau sudut mulut bayi dengan puting. Respon yang khas bayi menoleh kearah stimulus, membuka mulut, memasukkan puting dan menghisap.
- 4) Refleks moro adalah bila di beri rangsangan yang mengagetkan akan terjadi reflek lengan dan tangan terbuka serta kemudian diakhiri dengan aduksi lengan.
- 5) Refleks Babinski adalah respons neurologis yang muncul saat telapak kaki bayi dirangsang, menyebabkan ibu jari kaki terangkat dan jari-jari lainnya melebar. Refleks ini normal pada bayi dan anak kecil hingga usia 2 tahun, dan menghilang seiring bertambahnya usia.

d. Pemeriksaan khusus

1) Apgar Skore

Nilai apgar menurut Maryunani (2014) dapat membantu untuk menilai keseriusan dari depresi bayi baru lahir yang terjadi serta

langkah segera diambil Jumlah nilai seluruhnya didapat dengan cara mengevaluasi kelima tanda. Yaitu :

A : Appearance (penampakan/kelainan warna)

P : Pulse (nadi atas detak jantung)

G : Grimace (rangsangan atau respon wajah bayi ketika kakinya disentuh)

A : Activity (aktivitas tonus otot lengan dan kaki)

R : Respiration (pernapasan)

Tabel 2.1 Apgar Score

Skor	0	1	2
Appearance (warna kulit)	Biru, pucat	Badan pink, ekstremitas biru	Seluruh tubuh pink
pulse (Frekuensi jantung)	Tidak ada	<100x/menit,	>100x/menit
Grimace (reaksi terhadap rangsangan atau reflek)	Tidak ada respons	sedikit gerakan mimik	Menangis, bersin, Batuk
Activity (tonus otot)	Bayi lemah tidak ada tonus otot	Beberapa ekstremitas sedikit fleksi	Semua ekstremitas fleksi dan gerak aktif
respiration (pernapasan)	Tidak ada	Ireguler, lambat, lemah	Napas baik dan kuat menangis

Interpretasi Score Apgar

- 7 – 10 : Normal
- 4 – 6 : Asfiksia sedang
- 0 – 3 : Asfiksia berat

e. Tabulasi data

Keadaan umum lemah, sesak napas, tonus otot lemas atau

ekstermitas terkulai, dan pernapasan tidak teratur <100 x/menit. Bradikardia (nadi lambat), gerak tidak aktif, sianosis, dan terdapat lendir tidak bernafas atau napas megap-megap atau pernapasan cepat, pernapasan cuping hidung. Pernapasan tidak teratur atau adanya retraksi dinding dada tangisan lemah atau merintih, nadi cepat, nilai APGAR kurang dari 6, refleks menghisap lemah, mengalami koma atau ensefalopatia hipoksik iskemik, bentuk kepala bukit, fontanela mayor dan minor masih cekung, sutura belum menutup dan kelihatan masih bergerak, puting susu belum terbentuk adanya suara napas ronchi, di bagian dada biasanya ditemukan pernapasan yang ireguler, frekuensi yang cepat, hipotermia 35°C

f. Klasifikasi Data

DS :

DO: Keadaan umum lemah, sesak napas, tonus otot lemas atau ekstermitas terkulai, dan pernapasan tidak teratur <100 x/menit. Bradikardia, gerak tidak aktif, sianosis, dan terdapat lendir tidak bernafas atau napas megap- megap atau pernapasan cepat, pernapasan cuping hidung. Pernapasan tidak teratur atau adanya retraksi dinding dada tangisan lemah atau merintih, pernapasan cuping hidung, pernapasan cepat, nadi cepat, nilai APGAR kurang dari 6, refleks menghisap lemah, mengalami koma atau ensefalopatia hipoksik iskemik bentuk kepala bukit, fontanela mayor dan minor masih cekung, sutura belum menutup dan kelihatan masih bergerak, puting susu belum terbentuk adanya suara

napas ronchi di bagian dada biasanya ditemukan

pernapasan yang ireguler, frekuensi yang cepat dan hipotermia 35°C.

g. Analisah Data

Tabel 2.2 Tabulasi Data

DS/DO	ETIOLOGI	PROBLEM
DS : DO: demam, menggigil, kulit merah, pucat, sianosis, takikardi	Kebutuhan oksigen kurang	Hipotermia
DS: - DO : Sesak napas, sianosis, penggunaan otot bantu pernafasan, pernapasan cuping hidung,	Kekurangan oksigen (hipoksia)	Pola napas tidak efektif
DS:- DO: dispnea, sianosis, naas cuping hidung, warna kulit abnormal (pucat, kebiruan) kesadaran menurun	ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.	Gangguan pertukaran gas
DS: DO: Nafas terengah-engah, tidak dapat bernafas secara spontan, adanya secret/sputum	Hipersekresi jalan napas	Bersihan jalan napastiadak efektif

h. Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan baglan vital dalam menentukan asuhan

keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal mengingat pentingnya diagnosis keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan, maka dibutuhkan standar diagnosis keperawatan yang dapat diterapkan secara nasional di Indonesia dengan mengacu pada standar diagnosis internasional yang telah dibakukan sebelumnya (SDKI, 2017).

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus asfiksia yaitu:

1) Hipotermia berhubungan dengan kebutuhan oksigen kurang di Tandai dengan :

DS:

DO: Demam, menggigil, kulit merah, pucat, sianosis, takikardi,

2) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas di tandai dengan

DS :

DO: Nafas terengah-engah, tidak dapat bernafas secara spontan, adanya secret/sputum,

3) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan kekurangan oksigen (hipoksia) di tandai dengan

DS: -

DO : Sesak napas, sianosis, penggunaan otot bantu pernafasan, pernapasan cuping hidung

4) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi di tandai dengan

DS:-

DO: dispnea, sianosis, naas cuping hidung, warna kulit abnormal
(pucat, kebiruan) kesadaran menurun

2. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan.

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan Intervensi keperawatan (SIKI, 2018).

a. Hipotermia berhubungan dengan kebutuhan oksigen kuran di tandai dengan

DS:

DO: Demam, menggigil, kulit merah, pucat, sianosis, takikardi,

Tujuan Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: (Luaran.14134)

1) Suhu tubuh membaik

Intervensi

Manajemen Hipotermi (Intervensi.14586)

Observasi

a) Monitor suhu tunuh

Rasional : Bayi sangat rentan terhadap perubahan suhu tubuh sehingga memantau suhu dapat mencegah terjadinya hipotermia dan hipertermia

b) Identifikasi penyebab hipotermia (mis: terpapar suhu lingkungan, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)

Rasional: Hipotermia dapat disebabkan oleh paparan lingkungan yang dingin, atau lingkungan yang tidak memadai

c) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (mis: hipotermia ringan: takipnea, disartria, menggigil, hipertensi)

Rasional : Dengan memantau standar dan mengidentifikasi gejala hipotermia, dapat dilakukan intervensi yang tepat untuk mencegah dan mengobati hipotermia.

Terapeutik

d) Sediakan lingkungan yang hangat (mis: atur suhu ruangan, inkubator)

Rasional: Dengan menyediakan lingkungan yang hangat, dapat membantu mencegah hipotermia dan menjaga kenyamanan

e) Lakukan penghangatan pasif (mis : selimut, menutupi kepala, pakaian tebal)

Rasional : Penghangatan pasif dapat membantu meningkatkan suhu tubuh secara perlahan lahan

f) Ganti pakaian atau linen yang basah

Rasional: Pakaian atau linen yang basah dapat meningkatkan kehilangan panas tubuh, sehingga menggantinya dapat membantu menjaga suhu tubuh

g) Lakukan penghangatan aktif internal (mis: infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

Rasional: Penghangatan akses internal dapat membantu mempercepat pemulihan pasien hipotermia dengan mengembalikan suhu tubuh dan fungsi tubuh yang normal

Kolaborasi

h) Kolaborasi pemberian tipiretik, jika Implementasi

Rasional: Antipiretik dapat membantu mengurangi gejala demam, sakit kepala dan nyeri otot

b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan mekonium di jalan napas, dyspnea, gelisah, sianosis, frekuensi napas berubah, pola napas berubah.

DS :

DO: Nafas terengah-engah, tidak dapat bernafas secara spontan, adanya secret/sputum,

Tujuan Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan bersihan jalan napas membaik dengan kriteria hasil : (Luaran.01001):

- 1) Produksi sputum berkurang
- 2) Sesak napas berkurang
- 3) Warna kulit berangsur membaik
- 4) Frekuensi napas membaik

Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi

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

Rasional : Mendeteksi gangguan pernapasan, dan mendeteksi tanda-tanda asfiksia

2) Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, ronkhi kering)

Rasional : Pemantuan bunyi napas tambahan dapat membantu mendeteksi gangguan pernapasan, seperti wheezing, crackles, atau ronchi.

3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Terapeutik

Rasional : Membantu menilai kondisi pernapasan pasien dan mendeteksi adanya gangguan pernapasan.

4) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head tilt dan chin lift

Rasional : Head-tilt chin-lift membantu mengoptimalkan posisi jalan napas dengan mengangkat dagu dan memiringkan kepala ke belakang, sehingga meningkatkan patensi jalan napas.

5) Posisikan semi fowler

Rasional : Produksi sputum, baik jumlah, warna, bau, maupun konsistensi, dapat memberikan indikasi penting terkait status infeksi, kemampuan batuk efektif, dan potensi gangguan pertukaran gas.

6) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu

Rasional : Dapat membantu mengoptimalkan fungsi paru-paru dengan meningkatkan ventilasi dan mengurangi sekresi, Fisioterapi dada juga dapat membantu mengurangi sekresi paru-paru dan bronkus, sehingga mengurangi risiko komplikasi pernapasan.

7) Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik

Rasional : Penghisapan lendir yang efektif dan aman dapat membantu mengurangi risiko komplikasi, seperti pneumonia atau gagal napas.

8) Berikan oksigen, jika perlu

Rasional : Pemberian oksigen dapat memastikan bahwa pasien mendapatkan suplai oksigen yang cukup guna memenuhi kebutuhan metabolik tubuh, terutama pada pasien yang mengalami hipoksia (kekurangan oksigen) atau gangguan pernapasan.

Kolaborasi

9) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan kekurangan oksigen ditandai dengan dyspnea, pernapasan cuping hidung

DS: -

DO : Sesak napas, sianosis, penggunaan otot bantu pernafasan, pernapasan cuping hidung,

Tujuan Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil : (Luaran.01004):

1) Tidak ada penggunaan otot bantu napas

2) Frekuensi napas membaik

Pemantauan respirasi (Intervensi.01014)

Observasi

1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas

Rasional : Perubahan irama dan kedalaman napas dapat menunjukkan adanya kelainan pernapasan seperti bradikardi, takikardi, atau hipoventilasi

2) Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul)

Rasional : Pernapasan adalah salah satu tanda vital utama yang mencerminkan status kesehatan pasien secara langsung. Dengan monitor pola napas perawat dapat mendeteksi dini masalah pernapasan, menilai keefektifan pola napas serta mencegah komplikasi lebih lanjut.

3) Monitor adanya produksi sputum

Rasional : Produksi sputum, baik jumlah, warna, bau, maupun konsistensi, dapat memberikan indikasi penting terkait status infeksi, kemampuan batuk efektif, dan potensi gangguan pertukaran gas.

4) Aukultasi bunyi napas

Rasional : Auskultasi bunyi napas dapat membantu mendeteksi gangguan pernapasan

5) Monitor saturasi oksigen

Rasional : saturasi oksigen dapat membantu menentukan kebutuhan oksigen pasien dan memandu intervensi yang tepat

Terapeutik

- 1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

Rasional : Pemantauan yang tepat waktu dapat membantu mengoptimalkan perawatan dan intervensi yang di berikan

- 2) Dokumentasikan hasil pemantauan

Rasional : dokumentasi yangt akurat dapat membantu mengurangi risiko kesalahan dan meminimalkan komplikasi juga untuk memantau perubahan kondisi pasien

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantaun

Rasional : Informasi yang jelas tentang tujuan dan prosedur pemantauan dapat membantu mengurangi kecemasan pasien dan menambah pengetahuan

- 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Rasional : Menginformasikan hasil pemantauan dapat membantu pasien memahami kondisi kondis dan perubahan yang terjadi pada dirinya.

- d. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi ditandai dengan dispnea, bunyi napas tambahan, sianosis, gelisah, napas cuping hiung, pola nafas abnormal (D.0003)

DS:-

DO: dispnea, sianosis, naas cuping hidung, warna kulit abnormal(pucat,

kebiruan) kesadaran menurun

Tujuan Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan pertukara gas meningkat dengan kriteria hasil

Luaran (L.01003):

- 1) Tdak ada bunyi napas tambahan
- 2) Tidak menggunakan napas cuping hidung
- 3) Pola napas membaik

Intervensi

Terapi oksigen (Intervensi.01026)

Observasi

- 1) Monitor kecepatan aliran oksigen

Rasional : Memantau kecepatan aliran oksigen dapat membantu mengoptimalkan oksigenasi pasien dan memastikan bahwa pasien menerima jumlah oksigen yang tepat

- 2) Monitor tanda-tanda hipoventilasi

Rasional : Hipoventilasi dapat menyebabkankomplikasi serius, seperti asidosis respiratorik dan gagal napas memantau tanda-tanda hipoventilasi dan membantu mencegah komplikasi lain

- 3) Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen

Rasional : Pemasangan alat bantu oksigen dapat menyebabkan kerusakan mukosa hidung jika tidak di pantau dengan baik dan dapat menyebabkan infeksi

Terapeutik

- 1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

Rasional : Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien dapat membantu mengoptimalkan perawatan dan intervensi yang di berikan

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantaun

Rasional : Informasi yang jelas tentang tujuan dan prosedur pemantauan dapat membantu mengurangi kecemasan pasien dan menambah pengetahuan

- 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Rasional : Menginformasikan hasil pemantauan dapat membantu pasien memahami kondisi kondis dan perubahan yang terjadi pada dirinya

3. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteri hasil yang diharapkan. Pada tahap ini untuk melaksanakan intervensi atau perencanaan dan aktivitas-aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan pasien. agar implementasi/pelaksanaan ini dapat berjalan sesuai dengan rencana dan tepat waktu serta dapat efektif maka perlu mengidentifikasi prioritas perawatan, memantau, dan mencatat respon

pasien terhadap setia intervensi/perencanaan yang dilaksanakan serta mendokumentasikan pelaksanaan perawatan .

4. Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu proses kontinue yang terjadi saat setelah melakukan asuhan keperawatan untuk mengetahui tingkat keberhasilan dari asuhan keperawatan yang diberikan agar bisa menentukan apakah tindakan tersebut dilanjutkan atau dihentikan.