

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS**

#### **A. Hasil Studi Kasus**

##### **1. Gambaran Lokasi Studi Kasus**

Lokasi penelitian dilakukan di RSUD Ende yang merupakan salah satu Rumah Sakit Pemerintah bertipe C yang berada di jalan Prof. W. Z. Yohanes. Sebagai salah satu pelayanan Kesehatan RSUD Ende telah menyediakan berbagai fasilitas pelayanan seperti, instalasi gawat darurat, instalasi rawat jalan (poli penyakit dalam, poli bedah, poli kandungan, poli anak, poli gigi, poli fisioterapi), instalasi rawat inap (ruang penyakit dalam, ruang rawat penyakit bedah, ruang rawat penyakit kandungan dan kebidanan, ruang rawat penyakit anak, ruang rawat perinatal, ruang rawat intensif/ICU, ruang rawat paviliun, ruang perawatan khusus), unit penunjang medis (farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisioterapi) sedangkan unit penunjang non medis (administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, instalasi pemeliharaan sarana Rumah Sakit/IPSRS, unit kamar jenazah, bilik basuh, sentral oxygen dan sistem informasi manajemen Rumah Sakit.

Ruangan perinatal merupakan salah satu ruangan rawat inap yang melakukan perawatan kepada bayi-bayi yang mengalami gangguan kesehatan dan tidak bisa dirawat gabung dengan ibunya. Ruangan Perinatal terdiri dari 1 ruang perawat atau ners station, 4 ruang perawatan dengan 17 bed, diantaranya 1 bed diruangan tindakan, 8 bed dilevel I, 4 bed dilevel II,

dan 4 bed dilevel III (NICU), 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang pojok laktasi.

## **2. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Juni 2025 pada klien yang berinisial By. Ny. C.A lahir pada tanggal 17 Juni 2025 yang berumur 0 hari, berjenis kelamin laki – laki, alamat Wolowaru dan beragama Islam dengan diagnosa asfiksia berat.

### **a. Biodata klien**

By. Ny. C. A berumur 0 hari, klien di rawat di ruang perinatal kamar NICU, klien beragama Islam, beralamat di Wolowaru dan klien merupakan anak pertama. Penanggung jawab klien yaitu Ny. N.E yang berumur 68 tahun dan beragama Islam, bekerja sebagai ibu rumah tangga, yang berasal dari Wolowaru. Pengkajian di lakukan pada tanggal 17-19 Juni 2025

### **b. Keluhan utama**

By. Ny. C.A di lahirkan pada tanggal 17 Juni 2025 di Puskesmas Wolowaru secara normal dengan usia 31 – 32 minggu dengan berat badan 1.700 gram. Sesudah di lahirkan kemudian klien langsung mendapatkan penanganan berupa membrikan salap mata dan pemotongan tali pusat dan di anjurkan untuk melakukan rujukan ke RSUD ende untuk mendaptkan penangan yang lebih lanjut dan perjalanan rujukan dari puskesmas wolowaru ke RSUD Ende klien tidak diberikan oksigen hanya diberikan metode kangguru. Jam 15.00 setiba di rumah sakit klien langsung di bawa ke ruang perinatal dan di pindahkan

ke ruangan NICU untuk mendapatkan perawatan yang intensif. Ibu klien juga mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan klien serta menanyakan tentang keadaan klien baik secara langsung maupun tidak langsung (via whatsapp)

c. Riwayat kehamilan dan kelahiran

1) Antenatal Care (ANC)

Ibu klien mengatakan selama hamil dirinya melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 5 kali dan hanya mendapatkan imunisasi TT di puskesmas Wolowaru dengan HPHT 25 desember 2024 dan HPL 1 oktober 2025, selama pemeriksaan ibu klien mendapatkan obat – obatan berupa SF, Vit. C, kalk serta Pendidikan Kesehatan yang ia dapatkan seperti makanan makanan yang bergizi, minum air putih yang cukup, dan minum obat yang teratur. Ibu klien mengatakan pada saan kehamilan 1-3 bulan bulan ibu klien pernah mengonsumsi obat – obatan untuk mengugurkan kandungan tetapi gagal, dan pada kehamilan yang pertama ini ibu klien tidak perna merasakan mual muntah, ibu klien juga mengatakan saat hamil pola makannya sangat tidak teratur seperti tidak mengonsumsi sayur - sayuran, buah – buahan, susu untuk pertumbuhan janin dan makan selalu tidak di habiskan. Hb ibu saat hamil 10gr/dl, pada usia kehamilan 4 -7 bulan ia mulai memperbaiki pola makan tetapi dalam porsi yang kecil, makan 1-2 kali sehari, ibu klien juga mengatakan ia sering melakukan aktivitas yang berat seperti mencuci pakian dalam jumlah yang

banyak, mencuci piring dan mengangkat air dari sumur. Ibu klien juga mengatakan bahwa selama kehamilan berat badannya bertambah yang awalnya 40kg naik hingga 45kg.

## 2) Intranatal Care (INC)

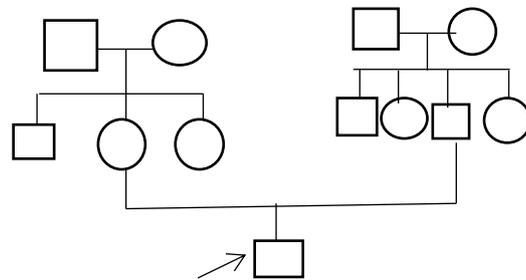
Ibu klien mengatakan awal persalinannya ia merasa sakit perut bagian bawah kurang lebih 1 – 2 menit dan semakin lama rasa sakit mulai bertambah hingga area pinggang dan pada saat itu juga keluarganya langsung membawa ibu klien ke puskesmas. Waktu persalinan 4 jam, persalinan dilakukan secara normal di puskesmas Wolowaru dengan usia kehamilan 31 - 32 minggu dan bayi lahir pada pukul 09.45 WITA. Ibu klien mengatakan tidak mengalami komplikasi saat persalinan berlangsung.

## 3) Post Natal Care (PNC)

Setelah lahir klien bernapas spontan, APGAR SCORE 7 dimenit pertama dan 9 di menit kelima, dengan berat 1.700 gram, Panjang badan 44s cm, lingkaran kepala 33 cm, lingkaran perut 24 cm, lingkaran dada 28 cm, lingkaran lengan 20 cm, kulit lemak subkutan tipis. Obat – obat yang di dapatkan oleh klien berupa Hb0. Interaksi ibu dan klien kualitasnya rendah dikarenakan klien di rawat terpisah dari ibu. Ibu klien hanya bisa memberikan ASI dengan cara mengisi asi dalam dot yang kemudian diberikan atau di layani kepada klien melalui OGT.

d. Riwayat keluarga

Genogram :



Ket: □ laki – laki      ↗ klien  
○ perempuan      ✕ meninggal

**Gambar 4.1 Genogram**

e. Riwayat sosial

Ibu klien mengatakan keluarga yang dapat dihubungi ialah ibu dan omnya.

f. Riwayat psikologis

Ny. C . A mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan klien serta menanyakan tentang keadaan klien secara langsung.

g. Keadaan saat ini

Klien dengan diagnosa medis asfiksia berat, klien berusia 0 hari tampak lemah, sianosis, berat badan 1.700gram, kulit lemah subkutan tipis. Status nutrisi klien asi/OGT 5cc/6jam dan terpasang infus dengan cairan infus DI/2,5% drip 6cc/jam. Terdapat beberapa tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada klien seperti pemasangan O2CPAP (*continuous positive airway pressure*) Babel, pemasangan infus umbilical, pemasangan OGT, pengaturan posisi tidur, pemberian

penghangatan aktif eksternal menggunakan selimut bayi serta meletakkan klien dibawah infant warmer dan memantau tanda-tanda vital.

h. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum: klien tampak lemah, tampak kecil, mukosa bibir kering, kulit teraba dingin, kulit tubuh merah muda tetapi ekstremitas sianosis, akral teraba dingin, kulit lemak subkutan tipis sehingga bisa terlihat pembuluh darah, banyak lanugo pada tangan, perawatan dibawah infant warmer, berat badan 1.700 gram, Panjang badan 44cm, lingkar kepala 33cm, lingkar dada 28cm, lingkar perut 28cm, lingkar lengan 20cm. tanda-tanda vital : suhu: 35<sup>0</sup>c, RR: 42x/menit, HR: 145x/menit, SPO2: 80x/menit CRT ≤ 3 detik.

1) Refleks:

- a) Reflex kejut (refleks moro) : klien menunjukkan kaget pada saat diberi rangsangan.
- b) Reflex menggengam (*grasping/palmar grasp reflex*): klien menunjukkan refleks menggegam namun belum kuat.
- c) Reflex mengisap (*sucking reflex*): klien menunjukkan refleks mengisap masih lemah.
- d) Reflex mencari (*rooting reflex*): klien menunjukkan reflex mencari saat diberikan rangsangan disekitr area mulut.
- e) Reflex berkedip (*glabella reflex*): klien menunjukkan reflex mengerutkan dahi pada saat diberikan rangsangan ketukan pada dahi.
- f) Reflex telapak kaki (*Babinski reflex*): klien menunjukkan reflex

mencengkran pada saat diberikan rangsangan.

g) Reflex leher (tonic neck reflex): klien tidak memberikan rangsangan apapun.

- 2) Tonus/aktivitas: gerak masih lemah menangis merintih.
- 3) Kepala/leher: bentuk bulat, ubun-ubun cembung, sutura sagitalis tepat, rambut tipis, wajah simetris, tidak terdapat caput secedeneum, dan cepalohematoma.
- 4) Mata : simetris antara kiri dan kanan, mata tampak bersih.
- 5) Telinga : simetris, tampak bersih, daun telinga lunak dan lentur
- 6) Hidung : normal, adanya sekret, terpasang 02 CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*), babel flo 40% 8lpm.
- 7) Mulut : normal, reflex mengisap dan menelan masih lemah, terpasang OGT, membran mukosa kering.
- 8) Dada : terdapat retraksi dinding dada, simetris, bunyi ronchi, RR : 42x/menit, terpasang 02 CPAP(Continuous Positive Airway Pressure) babel flo 40% 8 lpm.
- 9) Abdomen :  
  
Inspeksi : tampak kembung, terpasang infus pada umbilikus  
  
Auskultasi : frekuensi 10x/menit  
  
Palpasi : lunak
- 10) Jantung : 145x/menit
- 11) Ekstremitas atas : simetris, terdapat lanugo disekitar tangan dan jari-jari lengkap, tidak ada kelainan gerak lemah, reflex menggengam

masih lemah.

12) Ekstremitas bawah : simetris, jari-jari lengkap, akral teraba dingin, gerak lemah tidak ada kelainan.

13) Genetalia tidak ada keluhan

14) Anus : normal

15) Kulit : tampak kemerahan, kulit tipis lemak subkutan dan bisa terlihat pembuluh darah, teraba dingin.

16) Suhu : 36°C

i. Pengkajian perpola

1) pola sirkulasi

suhu tubuh : 36°C, HR : 140x/menit

2) pola oksigenasi : pernapasan belum teratur dan terdapat retraksi dinding dada frekuensi pernapasan 45x/menit serta terpasang O<sub>2</sub> CPAP (*continuous positive airway pressure*) Babel FIO 40% 8 lpm

3) pola nutrisi

menghisap dan menelan belum sempurna, ASI /OGT

4) pola eliminasi

menggunakan popok BAB 1 kali pada saat lahir, BAK 1 kali.

j. Pemeriksaan khusus

Pemeriksaan APGAR SCORE

A : Appearance (warna kulit) : badan merah ekstremitas biru (sianosis) 1

P : Pulse (nadi / frekuensi jantung) : >100x/menit 2

G : Grimace (rangsangan/reflek) : sedikit gerakan mimik 1

A : Activity (tonus otot) : beberapa ekstremitas sedikit fleksi 1

R : Respiration (pernapasan) : ireguler,lambat,lemah 1

Interptasi score apgar : 6 asfiksia sedang

k. Pemeriksaan Diagnostik

**Tabel 4. 1 Pemeriksaan Darah Tanggal 17 Juni 2025**

WBC	14.73*	[10 <sup>3</sup> /uL]	(9.40 – 34.00)
LYMPH#	6.05*	[10 <sup>3</sup> /uL]	(1.00 – 3.70)
MONO#	1.25*	[10 <sup>3</sup> /uL]	(0.00 – 0.70)
EO#	0.09*	[10 <sup>3</sup> /uL]	(0.00 – 0.40)
BASO#	0.14*	[10 <sup>3</sup> /uL]	(0.00 – 0.10)
NEUT#	7.20*	[10 <sup>3</sup> /uL]	(1.50 – 7.00)
LYMPH%	41.1*	[%]	(20.0 – 50.0)
MONO%	8.5*	[%]	(0.0 – 14.0)
EO%	0.6*	[%]	(0.0 – 4.0)
BASO%	1.0*	[%]	(0.0 – 1.0)
NEUT%	48.8*	[%]	(37.0 – 72.0)
IG#	0.09*	[10 <sup>3</sup> /uL]	(0.0 – 7.00)
IG%	0.6*	[%]	(0.0 – 72.0)
RBC	4.18 -	[10 <sup>6</sup> /uL]	(4.30 – 6.30)
HGB	15.2	[g/dL]	(15.2 – 23.6)
HCT	47.0	[%]	(44.0 – 72.0)
MCV	112.4	[fL]	(98.0 – 122.0)
MCH	36.4	[pg]	(33.0 – 41.0)
MCHC	32.3	[g/dL]	(31.0 – 35.0)
RDW-SD	64.5 +	[fL]	(37.0 – 54.0)
RDW-CV	15.0	[%]	(11.0 – 14.0)
PLT	278	[10 <sup>3</sup> /uL]	(150 – 450)
MPV	10.2	[fL]	(9.0 – 13.0)
PCT	0.28	[%]	(0.17 – 0.35)
PDW	10.2	[fL]	(9.0 – 17.0)
P-LCR	25.0	[%]	(13.0 – 34.0)

l. Obat/Terapi

Terapi dan pengobatan yang diberikan kepada klien saat di rawat di ruangan perinatal ialah O2 CPAP (Continuous Airway Pressure), OGT, ampicillin, gentamicin, aminofilin, nistatin, dobutamin.

**Tabel 4.2 Therapy pengobatan**

Nama obat	Dosis	Indikasi
O2 CPAP Babel	8 lpm	Membantu menjaga alveolus

		agar tetap terbuka dan meningkatkan pertukaran gas
Ampicilin	3x120 mg	Ampicillin merupakan obat antibiotic yang di gunakan untuk mencegah infeksi
Gentamicin	1 x 6 mg	Gentamicin adalah obat antibiotic golongan aminoglikosida yang berfungsi untuk membunuh bakteri gram negative dan beberapa gram positif
Aminofilin	3 x 6 mg	Aminofilin adalah Obat jenis bronkodilator yang digunakan untuk melemaskan otot-otot saluran pernapasan di paru-paru, sehingga mempermudah bernapas
Nistatin	3 x 1 cc	Nistatin adalah obat anti jamur (anti fungi) yang digunakan untuk mengobati infeksi jamur
Infus D1 2,5% drip	6cc/jam	Untuk memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi serta dapat membantu dalam pencegahan dehidrasi

#### m. Tabulasi Data

Klien berusia 0 hari, tampak lemah, tampak kecil, kulit tubuh merah tetapi ekstremitas sianosis, tampak kecil, berat badan 1.700 gram, panjang badan 44 cm, lingk kepala 33 cm, loingkar dada 28 cm, lingk perut 28 cm, lingk lengan 20 cm, mukosa bibir kering, terdapat retraksi dinding dada, terpasang O2 CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) Babel FLO 40% 8 lpm, kulit teraba dingin, kulit lemak subkutan tipis sehingga bisa terlihat pembuluh darah, banyak lanugo pada ekstremitas atas, reflek menghisap dan menelan masi lemah, reflek menggenggam belum kuat, daun telinga lunak dan lentur, abdomen kembung dan lunak,

suara nafas ronchi, akral teraba dingin, semua ekstremitas bergerak lemah, Asi/OGT 5cc/jam, terpasang infus d1/2,5% drip 6cc/jam pada umbilicus, menggunakan infant warmer, suhu tubuh naik turun naik ke angka normal 36<sup>0</sup>C dan turun ke angka tidak normal 35<sup>0</sup>C, RR 42x/menit, spo2 80%, HR 145x/menit, ibu klien mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan bayinya karena dirawat terpisah, ibu klien tampak cemas, ibu klien datang untuk memberikan asi itupun tidak secara langsung lamanya kurang lebih 1 jam, ibu klien juga mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan klien serta menanyakan tentang keadaan klien baik secara langsung maupun tidak langsung (via whatsapp)

n. Klasifikasi Data

DS : ibu klien mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan bayinya karena dirawat terpisah, ibu klien tampak cemas, ibu klien datang untuk memberikan asi itupun tidak secara langsung lamanya kurang lebih 1 jam, ibu klien juga mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan klien serta menanyakan tentang keadaan klien baik secara langsung maupun tidak langsung (via whatsapp)

DO : Klien berusia 0 hari, tampak lemah, tampak kecil, kulit tubuh merah tetapi ekstremitas sianosis, retraksi dinding dada, adanya secret pada hidung, berat badan 1.700 gram, panjang badan 44 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 28 cm, lingkar perut 28 cm, lingkar lengan 20 cm, mukosa bibir kering, terpasang O2 CPAP (Continuous Positive Airway

Pressure) Babel FLO 40% 8 lpm, kulit teraba dingin, kulit lemak subkutan tipis sehingga bisa terlihat pembuluh darah, banyak lanugo pada ekstremitas atas, reflek menghisap dan menelan masi lemah, reflek menggenggam belum kuat, daun telinga lunak dan lentur, abdomen kembung dan lunak, suara nafas ronchi, akral teraba dingin, semua ekstremitas bergerak lemah, Asi/OGT 5cc/jam, terpasang infus d1/2,5% drip 6cc/jam pada umbilicus, menggunakan infant warmer, suhu tubuh naik turun naik ke angka normal 36<sup>0</sup>C dan turun ke angka tidak normal 35<sup>0</sup>C, RR 42x/menit, spo2 80%, HR 145x/menit

o. Analisah data

**Tabel 4.3 Analisa Data**

No	Data DS/DO	Etiologi/ Penyebab	Masalah keperawatan
1	DS : DO : Terdapat retraksi dinding dada, adanya secret pada hidung, sianosis, bunyi nafas ronchi, TTV: Suhu 36 <sup>0</sup> C dan turun ke angka tidak normal 35 <sup>0</sup> C, RR 42x/menit, spo2 80%, HR 145x/menit.	Hipersekresi jalan napas	Bersihkan jalan napas tidak efektif
2	DS : DO : Klien berusia 0 hari, tampak lemah, kulit tubuh merah tetapi ekstremitas sianosis, retraksi dinding dada, mukosa bibir kering, terpasang O2 CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) Babel FLO 40% 8 lpm, , RR 42x/menit, spo2 80% HR 145x/menit.	kekurangan oksigen (hipoksia)	Gangguan pertukaran gas
3	DS : DO : klien berusia 0 hari, menggunakan infant warmer, suhu tubuh naik turun naik ke angka normal 36 <sup>0</sup> C dan turun ke angka tidak normal 35 <sup>0</sup> C, akral teraba dingin, kulit teraba	Lemak subkutan tipis	Termoregulasi

	dingin, kulit lemak subkutan tipis sehingga pembuluh darah bias terlihat		
4	DS : DO :klien berusia 0 hari, tampak lemah, berat badan 1.700 gram, , terpasang infus d1/2,5% drip 6cc/jam pada umbilicus	Imunitas	Risiko infeksi
5	DS : Ibu klien mengatakan berat badan saat hamil naik 5kg dari 40kg ke 45kg. DO : Klien berusia 0 hari, tampak lemah, tampak kecil, , berat badan 1.700 gram, panjang badan 44 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 28 cm, lingkar perut 28 cm, lingkar lengan 20 cm, reflek menghisap dan menelan masi lemah, reflek menggenggam belum kuat, daun telinga lunak dan lentur, abdomen kembung dan lunak, semua ekstremitas bergerak lemah, Asi/OGT 5cc/jam,	Intake intra uterin inadekuat	Defisit nutrisi
6	DS : ibu klien mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan bayinya karena dirawat terpisah, ibu klien tampak cemas, ibu klien datang untuk memberikan asi itupun tidak secara langsung lamanya kurang lebih 1 jam, ibu klien juga mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan klien serta menanyakan tentang keadaan klien baik secara langsung maupun tidak langsung (via whatsapp) DO : ibu klien tampak cemas, ibu klien datang untuk memberikan asi itupun tidak secara langsung lamanya kurang lebih 1 jam	Kekhawatiran mengalami kegagalan (kondisi bayinya)	Ansietas

p. Prioritas masalah

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif
- 2) Gangguan pertukaran gas
- 3) Termoregulasi

4) Risiko infeksi

5) Defisit nutrisi

6) Ansietas

### 3. Diagnosa Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekresi jalan napas ditandai dengan

DS :

DO : Terdapat retraksi dinding dada, adanya secret pada hidung, sianosis, bunyi nafas ronchi, TTV: Suhu  $36^{\circ}\text{C}$  dan turun ke angka tidak normal  $35^{\circ}\text{C}$ , RR 42x/menit, spo2 80%, HR 145x/menit.

- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kekurangan oksigen (hipoksia) ditandai dengan

DS :

DO : Klien berusia 0 hari, tampak lemah, kulit tubuh merah tetapi ekstremitas sianosis, retraksi dinding dada, mukosa bibir kering, terpasang O<sub>2</sub> CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) Babel FLO 40% 8 lpm, , RR 42x/menit, spo2 80% HR 145x/menit,

- c. Termoregulasi berhubungan dengan lemak subkutan tipis ditandai dengan

DS :

DO : klien berusia 0 hari, menggunakan infant warmer, suhu tubuh naik turun ke angka normal  $36^{\circ}\text{C}$  dan turun ke angka tidak normal  $35^{\circ}\text{C}$ , akral teraba dingin, kulit teraba dingin, kulit lemak subkutan tipis

sehingga pembuluh darah bias terlihat

- d. Risiko infeksi berhubungan dengan imunitas ditandai dengan

DS :

DO : klien berusia 0 hari, tampak lemah, berat badan 1.700 gram, ,  
terpasang infus d1/2,5% drip 6cc/jam pada umbilicus

- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan Intake intra uterin inadkuat ditandai dengan

DS :

DO : Klien berusia 0 hari, tampak lemah, tampak kecil, berat badan  
1.700 gram, panjang badan 44 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada  
28 cm, lingkar perut 28 cm, lingkar lengan 20 cm, reflek menghisap dan  
menelan masi lemah, reflek menggenggam belum kuat, daun telinga  
lunak dan lentur, abdomen kembung dan lunak, semua ekstremitas  
bergerak lemah, Asi/OGT 5cc/jam

- f. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan  
(kondisi bayinya) di tandai dengan

DS : ibu klien mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan  
bayinya karena dirawat terpisah, ibu klien tampak cemas, ibu klien  
datang untuk memberikan asi itupun tidak secara langsung lamanya  
kurang lebih 1 jam, ibu klien juga mengatakan bahwa ia merasa cemas  
dengan keadaan klien serta menanyakan tentang keadaan klien baik  
secara langsung maupun tidak langsung (via whatsapp) DO : ibu klien  
tampak cemas, ibu klien datang untuk memberikan asi itupun tidak

secara langsung lamanya kurang lebih 1 jam

#### 4. Intervensi keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Hipersekreasi jalan napas ditandai dengan

DS : - DO : Terdapat retraksi dinding dada, adanya secret pada hidung, sianosis, bunyi nafas ronchi, TTV: Suhu 36<sup>0</sup>C dan turun ke angka tidak normal 35<sup>0</sup>C, RR 42x/menit, spo2 80%, HR 145x/menit. Tujuan Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan bersihan jalan napas membaik dengan kriteria hasil : Produksi sputum berkurang, sesak napas berkurang, warna kulit berangsur membaik, frekuensi nafas membaik.

Intervensi : 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, ronchi kering) rasional : Pemantauan bunyi napas tambahan dapat membantu mendeteksi gangguan pernapasan, seperti wheezing, crackles, atau ronchi. 3). Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

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. 9). kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kekurangan oksigen (hipoksia) ditandai dengan

DS :- DO : Klien berusia 0 hari, tampak lemah, kulit tubuh merah tetapi ekstremitas sianosis, retraksi dinding dada, mukosa bibir kering, terpasang O<sub>2</sub> CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) Babel FLO 40% 8 lpm, , RR 42x/menit, spo<sub>2</sub> 80% HR 145x/menit. Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil : retraksi dinding

dada menurun, suara napas ronchi menurun, mukosa bibir kering menurun, frekuensi napas membaik, tampak lemah menurun.

Intervensi : 1). Monitor pola napas (mis. Frekuensi napas, kedalaman napas, usaha napas), 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 keaktifan pola napas serta mencegah komplikasi lebih lanjut. 2). Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling/ronchi, wheezing/mengi), rasional : pemantauan bunyi napas tambahan dapat memberikan petunjuk langsung mengenai kondisi sistem pernapasan dan membantu mendeteksi masalah yang mungkin tidak terlihat secara kasat mata pemantauan bunyi napas dapat mengidentifikasi kondisi patologis pada pasien. 3). Posisikan semi fowler atau fowler, rasional : dengan memberikan posisi semi fowler atau fowler dalam keperawatan sangat penting karena dapat mendukung fungsi pernapasan, meningkatkan sirkulasi, mencegah aspirasi dan memastikan kenyamanan klien terutama pada kondisi medis yang memerlukan penanganan spesifik terkait pernapasan. 4). Berikan oksigen, jika perlu, rasional : pemberian oksigen dapat memastikan bahwa klien mendapatkan suplai oksigen yang cukup guna memenuhi kebutuhan metabolik tubuh, terutama pada klien yang mengalami hipoksia (kekurangan oksigen) atau gangguan pernapasan.

c. Termoregulasi berhubungan dengan lemak subkutan tipis ditandai dengan

DS : - DO : klien berusia 0 hari, menggunakan infant warmer, suhu tubuh naik turun naik ke angka normal 36 °C dan turun ke angka tidak normal 35°C, akral teraba dingin, kulit teraba dingin, kulit lemak subkutan tipis sehingga pembuluh darah bisa biterlihat

Intervensi : 1). Monitor suhu tubuh bayi setiap 1–3 jam menggunakan termometer aksila atau skin probe rasional : untuk mendeteksi perubahan suhu secara dini dan menghindari komplikasi seperti hipotermia atau hipertermia 2). Letakkan bayi di dalam inkubator dengan suhu dan kelembapan yang sesuai (sesuai berat badan & usia gestasi) rasional : inkubator menyediakan lingkungan termal yang stabil, membantu bayi menghemat energi untuk tumbuh 3). lakukan metode Kangaroo Mother Care (KMC) bila kondisi bayi stabil rasional: kontak kulit dengan ibu meningkatkan suhu bayi secara alami, memperbaiki ikatan emosional dan menyusui 4). Pakaikan topi, kaus kaki, dan selimut secukupnya sesuai suhu lingkungan rasional : kepala dan ekstremitas adalah tempat kehilangan panas terbanyak, perlindungan ini mengurangi risiko kehilangan panas 5). Cegah paparan angin dan udara dingin, misalnya dari kipas, jendela terbuka, atau permukaan logam rasional : bayi sangat sensitif terhadap lingkungan sekitar karena regulasi suhu tubuh belum sempurna 6). Pantau tanda-tanda klinis hipotermia seperti kulit marmar, napas lambat, tangisan lemah rasional : gejala klinis membantu mengenali kondisi lebih cepat sebelum terjadi komplikasi system

d. Risiko infeksi berhubungan dengan imunitas ditandai dengan DS : - DO

: klien berusia 0 hari, tampak lemah, berat badan 1.700 gram, , terpasang infus d1/2,5% drip 6cc/jam pada umbilicus. Tujuan dan kriteria hasil : Setelah mendapatkan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan status imun membaik dengan kriteria hasil :sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi.

Intervensi : 1). Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, rasional : memantau tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik sangat penting karena dapat deteksi dini karena memungkinkan deteksi awal infeksi serta evaluasi kondisi umum seperti gejala sistemik (demam atau penurunan kondisi umum dapat memberikan informasi penting tentang respons tubuh terhadap infeksi dan kesehatan secara keseluruhan). 2). Batasi jumlah pengunjung, rasional : pembatasan jumlah pengunjung adalah langkah awal dalam menjaga kesehatan pasien dan mencegah infeksi serta dapat mengurangi risiko penyebaran infeksi, meningkatkan fokus perawatan. 3). Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, rasional : mencuci tangan adalah langkah dasar dan krusial dalam menjaga kesehatan dan keselamatan pasien serta staf medis, dengan mencuci tangan dapat mencegah penyebaran patogen serta menghindari infeksi nosokomial. 4). Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, rasional : memantau tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik sangat penting karena dapat deteksi dini karena memungkinkan deteksi awal infeksi serta evaluasi kondisi umum seperti

gejala sistemik (demam atau penurunan kondisi umum dapat memberikan informasi penting tentang respons tubuh terhadap infeksi dan kesehatan secara keseluruhan. 5). Pemberian antibiotik jika perlu, rasional : pemberian antibiotik dapat mengeliminasi infeksi bakteri dan mencegah penyebaran infeksi.

- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan intake intra uterin inadequate ditandai dengan DS : Ibu klien mengatakan berat badan saat hamil naik 5kg dari 40kg ke 45 kg. DO : Klien berusia 0 hari, tampak lemah, tampak kecil, berat badan 1.700 gram, panjang badan 44 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 28 cm, lingkar perut 28 cm, lingkar lengan 20 cm, reflek menghisap dan menelan masih lemah, reflek menggenggam belum kuat, daun telinga lunak dan lentur, abdomen kembung dan lunak, semua ekstremitas bergerak lemah, Asi/OGT 5cc/jam.

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah mendapatkan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan status nutrisi bayi membaik dengan kriteria hasil : berat badan meningkat, panjang badan meningkat, reflek menghisap dan menelan meningkat, gerakan kaki dan tangan meningkat, reflek menggenggam meningkat.

Intervensi : 1). Identifikasi status nutrisi, rasional : status nutrisi merupakan kondisi kesehatan seseorang yang dipengaruhi oleh asupan dan penggunaan zat gizi. Dengan mengidentifikasi status nutrisi perawat dapat menilai kesehatan umum dan mencegah komplikasi seperti malnutrisi atau obesitas. 2). monitor asupan makanan, rasional : monitor

asupan makanan sangat penting karena memuat informasi mengenai jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi agar dapat meningkatkan daya tahan tubuh. 3). Monitor berat badan, rasional : dengan monitor berat badan mencerminkan status gizi saat ini seperti jumlah protein, lemak, air dan mineral yang ada dalam tubuh serta melacak efektivitas pengobatan. 4). Monitor hasil pemeriksaan laboratorium, rasional : pemeriksaan laboratorium dalam manajemen nutrisi dapat meningkatkan perencanaan nutrisi mengenai informasi akurat yang dapat membantu dalam merencanakan asupan nutrisi yang sesuai dan seimbang sesuai dengan kebutuhan pasien.

- f. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan (kondisi bayinya) di tandai dengan DS : ibu klien mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan bayinya karena dirawat terpisah, ibu klien tampak cemas, ibu klien datang untuk memberikan asi itupun tidak secara langsung lamanya kurang lebih 1 jam, ibu klien juga mengatakan bahwa ia merasa cemas dengan keadaan klien serta menanyakan tentang keadaan klien baik secara langsung maupun tidak langsung (via whatsapp) DO : ibu klien tampak cemas, ibu klien datang untuk memberikan asi itupun tidak secara langsung lamanya kurang lebih 1 jam Tujuan dan kriteria hasil : Setelah mendapatkan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, tampak

cemas menurun

Intervensi : 1). Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stresor), rasional : identifikasi perubahan tingkat ansietas dapat mendeteksi dini terkait stres berlebih yang dapat memperburuk emosional. 2). Identifikasi kemampuan mengambil keputusan, rasional : identifikasi kemampuan mengambil keputusan dapat membuat penilaian kognitif dan emosional, menentukan kebutuhan dukungan dan meningkatkan kualitas perawatan. 3). Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), rasional : dengan monitor tanda-tanda ansietas perawat dapat mendukung kesejahteraan psikologis dan mengurangi dampak negatif pada keluarga pasien. 4). Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, rasional : menciptakan suasana terapeutik dapat meningkatkan keterbukaan orang tua pasien kepada perawat, membangun hubungan yang kuat dalam penanganan pasien, serta dapat mengurangi ansietas dan stres. 5). Pahami situasi yang membuat ansietas, rasional : dengan memberikan pemahaman situasi ansietas pada orang tua pasien dapat mengurangi ketidakpastian dalam mengambil langkah-langkah dan menjelaskan situasi medis dan dapat memberikan tingkat kepercayaan diri untuk mampu menghadapi tantangan. 6). Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, rasional : menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan dapat meningkatkan komunikasi orang tua pasien dengan perawat serta dapat membentuk rasa kepercayaan. 7). Informasikan secara faktual mengenal

diagnosis, pengobatan, dan prognosis, rasional : memberikan informasi faktual adalah kunci untuk mendukung pasien dan keluarga dalam menghadapi situasi medis yang sulit. 8). Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu, rasional : kehadiran keluarga bukan hanya memberikan dukungan emosional tetapi juga memberikan peran mereka dalam proses perawatan pasien.

#### 5. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada By.Ny.C. A dilakukan selama 3 hari yaitu dari tanggal 17- 19 juni 2025. Implementasi pertama dilakukan pada hari selasa tanggal 17 juni 2025, dengan diagnosa pertama yakni bersihan jalan napas tidak efektif yang berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Tindakan yang di lakukan pada pukul 15.00 monitor pola napas (menghitung jumlah pernapasan permenit dengan hasil RR 40x/menit), pukul 15.05 memonitor bunyi napas tambahan ( suara napas ronchi), pukul 15.10 memepertahankan kepatenan jalan napas (dengan cara memberikan posisi semi fowler meninggikan kepala bayi menggunakan dua kain yang di lipat dan di letakan pada bagian belakang pundak), pada 15.15 melakukan penghisapan lendir (melakukan section dengan hasil residu negative), pada pikul 15.20 mengatur posisi O2 CPAP ke posisinya. Implementasi hari pertama diagnosa kedua yakni gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan kekurangan oksigen (hipoksia). Tindakan yang di lakukan yaitu pada pukul 15.22 mengamati pola napas (RR 42x/menit, frekuensi napas cepat, terdapat retraksi dinding dada, terpasang O2 CPAP Babel FLO 40% 8 lpm, pukul

15.24 mendengar bunyi nafas tambahan bunyi nafas ronchi), pada pukul 15.30 memposisikan semi fowler (meninggikan bagian kepala klien menggunakan 2 buah selimut bayi, dan mengatur posisi bayi menggunakan teknik nastyn), pukul 15.40 mengatur kembali O2 CPAP Babel FLO 40% 8 lpm. Pukul 15.56 mengamati kembali pola napas (RR 47 x/menit, frekuensi napas cepat teratur, terpasang O2 CPAP Babel FLO 40% 8lpm), pukul 16.10 mengatur kembali posisi O2 CPAP Babel FLO 40% 8 lpm. Implementasi hari pertama diagnosa termoregulasi berhubungan dengan kulit subkutan tipis tindakan yang dilakukan yakni pada pukul 15.00 memonitor suhu tubuh klien (suhu 35°C) pukul 15.20 melakukan penghangatan pada klien (melakukan bedong dan menutup tubuh klien dengan selimut bayi), pukul 15.22 (mengoleskan tubuh bayi menggunakan minyak telon untuk menjaga kehangatan), pukul 16.11 (memberikan Asi/OGT 5cc/jam), pukul 16.21 memonitor suhu tubuh klien (suhu 36,3°C),pukul 16.36 memonitor kembali suhu tubuh klien (suhu 35,5°C), pukul 16.50 menyediakan lingkungan yang hangat (mengaktifkan infant warmer) pukul 17.00 mengganti pakian atau linen yang basah (menggantikan popok, baju dan selimut bayi) sekaligus melakukan penghangatan aktif eksternal mbedong klien menggunakan selimut bayi dan memakaikan topi. implementasi hari pertama diagnosa keempat yakni risiko infeksi berhubungan dengan imunitas. Tindakan yang dilakukan yaitu pada pukul 15.00 mencuci tangan sebelum ke klien (mencuci tangan menggunakan sabun antiseptic, kemudian memakai handscon dan masker

sebelum ke klien), pukul 15.06 memeriksa tanda dan gejala infeksi local dan siskemik (sianosis), pukul 16.24 mencuci tangan sebelum ke klien. 16:30 berkolaborasi pemberian antibiotik (melayani injeksi ampicillin 3x120mg dan injeksi gentamicin 1x6mg). implementasi hari pertama diagnose ke-5 yakni defisit nutrisi yang berhubungan dengan intake intra uteri inadikuat. Tindakan yang dilakukan yaitu pukul 16:12 menimbang berat badan serta mengukur PB, LK, LD dan LILA (BB: 1.700gr, PB: 44cm, LK: 33cm, LD: 28cm LILA: 20cm. 16:15 mengidentifikasi status nutrisi (status nutrisi asi 5cc/6jam), 16:20 (melayani makanan dengan suhu yang sesuai (melayani asi hangat 5cc/OGT). Implementasi hari pertama diagnosa keenam yakni ansietas yang berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan. (kondisi bayinya) tindakan yang dilakukan yaitu pada pukul 15.00 menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan (mengucapkan salam, memperkenalkan diri sekaligus menyampaikan tujuan, kemudian meminta persetujuan serta meminta tanda tangan untuk persetujuan), mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (ibu klien mengatakan kecemasan mulai muncul ketika dirinya sudah berada diruang perawatan nifas), pukul 15.43 memantau tanda-tanda ansietas (ibu klien tampak cemas), memberikan pemahaman situasi yang membuat ansietas (yang membuat ibu merasa cemas itu karena keadaan bayi ibu yang sedang dalam perawatan dan tidak bisa bersama ibu pada saat sekarang), menganjurkan keluarga untuk tetap bersama klien (jadi untuk mengurangi rasa cemas ibu kepada bayi, saya sarankan kepada ibu untuk sering-sering datang untuk

melihat bayi ibu yang ada disini). Pada pukul 16.20 menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis (jadi begini ibu, dikarenakan adek dilahirkan belum pas waktunya sehingga banyak alat-alat medis yang dipasangkan pada tubuh adek, seperti selang oksigen, selang pada mulut adek, dan adeknya terus berada di bawah alat pemanas tubuh).

Implementasi hari kedua dilakukan pada hari rabu tanggal 18 juni 2025. Diagnosa pertama yakni bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Tindakan pertama yang dilakukan pada pukul 07:00 memonitor pola napas (RR: 43x/menit, terdapat retraksi dinding dada, terpasang 02CPAP Babel FLOW 40% 8LPM. Memonitor bunyi napas tambahan (bunyi napas ronchi), pertahankan kepatenan jalan napas (dengan cara melakukan mengangkat dagu sedikit lebih tinggi dari dada dan meletakkan 2 kain yang sudah dilipat dibelakang leher). 07:20 melakukan pengisapan lendir  $\leq 15$  detik (melakukan suction hasil residu negative), mengatur posisi 02 CPAP Babel. Implementasi hari kedua diagnosa keda gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kekurangan oksigen (hipoksia). Tindakan yang dilakukan pada pukul 07:00 memantau pola napas (RR: 48x/menit, frekuensi napas cepat, adanya retraksi dinding dada, terpaang 02 CPAP Babel FLOW 40% 8LPM). Mendengar bunyi napas tambahan (suara napas ronchi menurun), 07:30 memposisikan semi fowler (meninggikan bagian kepala bayi menggunakan 2 buah selimut bayi dan mengatur posisi bayi nastyn) dan memasang

kembali 02 CPAP Babel flow 40% 8LPM. Pukul 10:00 memantau kembali pola napas (RR: 48x/menit, frekuensi napas cepat teratur, adanya retraksi dinding dada, terpasang 02 CPAP Babel FLOW 40% 8LPM. Implementasi hari kedua diagnosa ke tiga termoregulasi berhubungan dengan lemak subkutan tipis tindakan yang dilakukan yakni pada pukul 07:00 mengukur suhu tubuh ( $36,7^{\circ}\text{C}$ ), melakukan penghangatan dengan cara mengoleskan tubuh klien dengan menggunakan minyak baby oil, menyediakan lingkungan yang hangat (mengaktifkan infant warmer), 07:20 mengganti pakian / linen yang basa (mengganti popok, baju dan selimut bayi), pukul 07:35 mengukur kembali suhu tubuh ( $37,9^{\circ}\text{C}$ ). implementasi hari ke dua diagnosa ke empat risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif. Tindakan yang dilakukan yakni pada pukul 07:00 mencuci tangan sebelum ke klien (menggunakan sabun antiseptik), mempertahankan teknik antiseptik pada klien berisiko tinggi (mencuci tangan dengan benar menggunakan henschend dan masker saat ke klien), 09:00 berkolaborasi pemberian antibiotik (melayani injeksi ampicillin 3x120mg), dan mencuci tangan sesudah kontak dengan pasien menggunakan sabun antiseptik. Implementasi hari kedua diagnosa ke lima defisit nutrisi yang berhubungan dengan intra uteri inadkuat. tindakan yang dilakukan pada pukul 07:40 memberikan asi 5cc/OGT, membersihkan area mulut bayi menggunakan kasa dan air hangat. pukul 07.41 mengidentifikasi status nutrisi (status nutrisi asi 5cc/6jam), 08:20 (melayani makanan dengan suhu yang sesuai (melayani asi hangat 5cc/OGT). Mencuci tangan menggunakan sabun

antiseptic sebelum dan sesudah dari klien. Implementasi hari kedua diagnosa keenam ansietas yang berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan. Tindakan yang dilakukan pada pukul 08.26 mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (ibu klien mengatakan bahwa dirinya cemas dengan keadaan klien ditambah lagi dirinya hanya bisa melihat klien lewat kaca), pukul 08.29 menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis dan prognosis (jadi begini ibu, tadi dokter sudah datang untuk memeriksa keadaan klien dan dokter mengatakan klien masih harus terus dipantau dan dokter juga mengatakan suhu tubuh klien sepanjang hari ini sudah cukup stabil. Klien juga sepanjang pagi tadi hingga siang ini belum menggunakan mesin penghangat lagi, karena suhunya stabil).

Implementasi hari ketiga dilakukan pada hari kamis tanggal 19 juni 2025. Diagnosa pertama yakni bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas Tindakan pertama yang dilakukan pada pukul 07:00 memonitor pola napas (RR: 43x/menit, terdapat retraksi dinding dada, menurunkan folome pada 02CPAP Babel FIO 40% 8LPM ke 35% 8lpm. Memonitor bunyi napas tambahan (bunyi napas ronchi menurun), pertahankan kepatenan jalan napas (dengan cara mengangkat dagu sedikit lebih tinggi dari dada dan meletakan 2 kain yang sudah dilipat dibelakang leher). 07:20 melakukan pengisapan lendir  $\leq$  15 detik (melakukan suction hasil residu negative), mengatur Kembali posisi 02 CPAP Babel. Mendengar bunyi napas tambahan (suara napas ronchi menurun), 07:26 memosisikan semi fowler (meninggikan bagian kepala

bayi menggunakan 2 buah selimut bayi dan mengatur posisi bayi nastyn) dan memasang kembali 02 CPAP Babel flow 35% 8LPM. Pukul 07:30 memantau kembali pola napas (RR: 46x/menit, frekuensi napas cepat teratur, adanya retraksi dinding dada, terpasang 02 CPAP Babel FLOW 35% 8LPM. Implementasi hari kedua diagnosa ke tiga termoregulasi berhubungan dengan lemak subkutan tipis tindakan yang dilakukan yakni pada pukul 07:00 mengukur suhu tubuh (36,90C), melakukan penghangatan dengan cara mengoleskan tubuh klien dengan menggunakan minyak baby oil, menyediakan lingkungan yang hangat (mengaktifkan infant warmer), 07:20 mengganti pakian / linen yang basa (mengganti popok, baju dan selimut bayi), pukul 07:35 mengukur kembali suhu tubuh (37,9°C) menonaktifkan kembali infant warmer karena suhu tubuh bayi meningkat, implementasi hari ke dua diagnosa ke empat risiko infeksi berhubungan dengan imunitas. Tindakan yang dilakukan yakni pada pukul 07:00 mencuci tangan sebelum ke klien (menggunakan sabun antiseptik), mempertahankan teknik antiseptik pada klien berisiko tinggi (mencuci tangan dengan benar menggunakan henschend dan masker saat ke klien), 09:00 berkolaborasi pemberian antibiotik (melayani injeksi ampicillin 3x120mg), dan mencuci tangan sesudah kontak dengan pasien menggunakan sabun antiseptik.

#### 6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada By.Ny.C. A dilakukan selama 3 hari tanggal 17- 19 juni 2025. Evaluasi pertama dilakukan pada hari selasa tanggal 17 juni 2025 pukul 20:30 Wita, dengan diagnosan pertama yakni bersihan jalan napas

tidak efektif yang berhubungan dengan hipersekresi jalan napas **S:-, O:** Retraksi dinding dada menurun dengan frekuensi pernapasan 35x/menit, masih terdapat secret pada hidung, masih sianosis, **A:** masalah bersihan jalan napas belum teratasi, **P:** intervensi di pertahankan 1,2,3,4,5. Evaluasi diagnosa kedua yakni gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan kekurangan oksigen (hipoksia). **S:-, O:** tampak lemah, masih sianosis, retraksi dinding dada berkurang dengan frekuensi pernapasan 45x/menit HR : 140x/menit. **A:** masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi. **P:** intervensi dipertahankan 1,2,3,4. Evaluasi dengan diagnosa ketiga termoregulasi berhubungan dengan kulit subkutan tipis. **S:-, O:** masih menggunakan infant warmer, suhu tubuh 35,6<sup>0</sup>C, akral teraba dingin, kulit teraba dingin, kulit masih tampak tipis, **A:** masalah termoregulasi belum teratasi, **P:** intervensi dipertahankan 1,2,4,5,6. Evaluasi dengan diagnosa keempat yakni risiko infeksi berhubungan dengan imunitas. **S:-, O:** Klien masih tampak lemah, berat badan 1.700gram, terpasang infus d1/2,5% drip 6/jam pada umbilius **A:** masalah risiko infeksi belum teratasi **P:** intervensi di pertahankan 1,2,3,6. Evaluasi dengan diagnose kelima yakni defisit nutrisi yang berhubungan dengan intake intra uteri inadikuat. **S:-, O:** masih tampak lemah, tampak kecil, reflek meneloh masih lemah, reflek menggenggam belum kuat **A:** masalah defisit nutrisi belum teratasi **P:** intervensi di pertahankan 1,2,3,6,7. Evaluasi dengan diagnosa keenam yakni ansietas yang berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan. **S:** ibu klien mengatakan masih kahwatir dengan keadaan

anaknya **O** : ibu klien nampak cemas

## 7. Catatan Perkembangan

Nama : By.Ny.C.A

Umur : 17 juni 2025 (0 hari )

**Tabel 4.4. Catatan Perkembangan**

<b>Hari/tanggal</b>	<b>Diagnosa</b>	<b>Jam</b>	<b>Catatan perkembangan</b>
19,juni 2025	Bersilahan jalan nafas tidak efektif	07.00	S : - O : Retraksi dinding dada menurun dengan frekuensi pernapasan 35x/menit, masih terdapat secret pada hidung, masih sianosis masih terpasang o2 CPAPA Babel 35% 8lpm A : masalah bersihan jalan tidak efektif teratasi sebagian P : intervensi di pertahankan 1,2,3,4,5 I :
		07.10	- . Memonitor bunyi napas tambahan (bunyi napas ronchi menurun)
		07:20	- menurunkan volume pada 02CPAP Babel FIO 40% 8LPM ke 35% 8LPM 8lpm
		07.26	- pertahankan kepatenan jalan
		07.30	- napas (dengan cara mengangkat dagu sedikit lebih tinggi dari dada dan
		07.40	- meletakan 2 kain yang sudah dilipat dibelakang leher).
		07.45	- memposisikan semi fowler
		14.00	E : keadaan klien berangsur membaik RR43x/menit, HR : 140x/menit,spo2: 90% akral teraba dingin kulit teraba hangat, terbungkus selimut bayi.intervensi di pertahankan 1,2,3,4,5
		07.00	S :- O : tampak lemah, masih sianosis, retraksi dinding dada berkurang dengan frekuensi pernapasan 43x/menit HR : 140x/menit trpasang 02CPAP Babel FIO 40% 8LPM

		<p>ke 35% 8LPM 8lpm, bunyi napas ronchi menurun</p> <p>A : masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 3,4</p> <p>I :</p>
	07.10	- monitor bunyi napas tambahan (bunyi napas ronchi menurun)
	07:20	- memposisikan semi fowler (meninggikan kepala bayi menggunakan 2 buah selimut bayi dan mengatur posisi tidur bayi dengan posisi nasying)
	14.00	<p>E : keadaan klien membaik, suhu tubuh 37<sup>0</sup>C, RR : 43x/menit</p> <p>HR: 140x/menit, terpasang O<sub>2</sub>CPAP Babel FLO35% 8 lpm, frekuensi napas cepat teratur bunyi napas ronchi menurun, retraksi</p> <p>Dinding dada menurun, intervensi dipertahankan 1,2,3,4</p>
termoregulasi	07.00	<p>S :-</p> <p>O :suhu tubuh 37<sup>0</sup>C, RR : 43x/menit</p> <p>HR: 140x/menit, akral teraba hangat, kulit teraba hangat</p> <p>P : masalah termoregulasi teratasi sebagian</p> <p>I :</p>
	07.10	- mengukur suhu tubuh menggunakan termometer suhu tubuh 37 <sup>0</sup> C, akral teraba hangat, kulit teraba hangat, kulit masih tampak tipis
	14.00	<p>E : keadaan klien membaik, suhu tubuh 37<sup>0</sup>C, , RR : 43x/menit</p> <p>HR: 140x/menit, akral teraba dingin, kulit teraba dingin. Intervensi di pertahankan</p>
Risiko infeksi	07.00	<p>S : -</p> <p>O : tampak lemah, masih sianosis, retraksi dinding dada berkurang dengan frekuensi pernapasan 45x/menit HR : 140x/menit.</p> <p>A : masalah gangguan pertukaran gas</p>

		sebagian teratasi. P : intervensi dipertahankan 1,2,3,4 I : 14.00 E : keadaan klien membaik, suhu tubuh 37 <sup>0</sup> C, , RR : 43x/menit HR: 140x/menit, akral teraba dingin, kulit teraba dingin. Intervensi di pertahankan
Desifisit nutrisi	07.00	S : - O : masih tampak lemah, tampak kecil, reflek meneloh masih lemah, reflek menggenggam belum kuat A: masalah defisit nutrisi belum teratasi P: intervensi di pertahankan 1,2,3,6,7 A : masalah deficit nutrisi sebagian teratasi P : intervensi di pertahankan 1,2,5 I : 14.00 E: bayi Nampak kecil BB 1.700 gram, suhu tubuh 37 <sup>0</sup> C, RR : 43x/menit HR: 140x/menit, akral teraba dingin, kulit teraba dingin. Intervensi di pertahankan
Ansietas	07.00	S : ibu klien mengatakan tidak merasa cemasnya lagi karena sudah sedikit berkurang setelah mendengar penjelasan secara langsung dari dokter mengenai keadaan klien O : ibu klien tampak sedikit lega A : masalah ansietas teratasi P : intervensi dihentikan I : - 14.00 E : ibu klien mengatakan tidak merasa cemas lagi, tampak ibu klien lebih tenang

## B. Pembahasan

Dalam pengkajian pada By. Ny. C. A dengan asfiksia sedang ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori dimana yang terdapat dalam teori tidak ada dalam kasus yakni menurut jenny( 2013), secara patologis pada klien dengan asfiksia sedang ditemukan masalah keperawatan hipotermia dan pada kasus

nyata setelah dilakukan penelitian selama 3 hari tidak di temukan masalah keperawatan tersebut dengan tanda gejala demam, menggigil, pucat ini dikarenakan klien diletakan di infant warmer sehingga klien tidak mengalami tanda gejala tersebut. Sehingga hanya beberapa masalah keperawatan yang diangkat dalam studi kasus kali ini seperti bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, termoregulasi, risiko infeksi, defisit nutrisi.

Masalah keperawatan yang tidak ada dalam teori namun ada dalam kasus yaitu ansietas dan defisit nutrisi dikarenakan pada saat kehamilan ibu klien tidak mengonsumsi makanan dengan baik seperti tidak makan sayur, buah-buahan, minum susu dan makan selalu tidak dihabiskan sehingga berat badan ibu hanya naik 5kg dari 40kg ke 45kg sedangkan pada masalah keperawatan ansietas ini dikarenakan ibu klien khawatir dengan kondisi anaknya dan juga ibu klien masih di bawah umur sehingga tidak mengerti dengan prosedur yang dilakukan pada klien.

Masalah yang diangkat yaitu bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, termoregulasi, risiko infeksi, defisit nutrisi, ansietas dan prioritas masalah yang diangkat bersihan jalan napas karena klien tersengar bunyi napas ronchi, adanya retraksi dinding dada, sianosis, respirasi 42x/menit, spo2: 80%. Jika bersihan jalan napas tidak di tangani secara cepat maka dampak dari bersihan jalan napas tidak efektif ini dapat mengancam nyawa dikarenakan obstruksi jalan napas seperti bayi akan kesulitan bernapas atau tidak bisa bernapas sama sekali dikarena penumpukan cairan di jalan napas.

Tindakan yang dilakukan berdasarkan perencanaan telah direncanakan. Pelaksanaan pada By. Ny C. A dapat dilaksanakan dengan baik karena didukung sarana, fasilitas dan petugas kesehatan yang ada di Ruang perinatal. Dengan demikian intervensi yang direncanakan dapat dilaksanakan secara tepat namu terpadat tindakan yang tidak ada dalam teori yaitu lakukan fisioterapi dada ini tidak dilakukan karena klien masih bayi dan tulang dada bayi masih lunak, dan juga tindakan metode kangguru tidak dilakukan dikarenakan klien sudah diletakan di infant warmer dan terpasang oksigen O2 CPAP (continues positive airway pressure) Babel.

Menurut Nursalam (2015), dalam Zalvi, Fitriani & Megawati (2020), evaluasi keperawatan merupakan kegiatan kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dihasilkan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektifitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan.

Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 (tiga) hari masalah, ansietas dan termoregulasi teratasi sedangkan bersihan jalan nafas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, risiko infeksi, defisist nutrisi sebagian teratasi.