



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE**



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

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

---

## **INFORMED CONSENT**

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa: Saya telah penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh: Dengan judul : **Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dengan Diagnosa Medis Asfiksia**

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

Ende, 28 Juni 2025

Mahasiswa

Maria Sabela Renata Dhiki  
PO53032022200119

Yang Memberi Persetujuan

LAMPIRAN 2

Orang Tua Pasien

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE**

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

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



---

### **PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS**

1. Saya adalah mahasiswa dari Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dengan Asfiksia Sedang di Ruang Perinatal RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dengan Asfiksia Sedang di Ruang Perinatal RSUD Ende. Studi kasus ini dilaksanakan selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan rencana keperawatan implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20 – 30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan keperawatan yang diberikan.
5. Namun jati diri serta seluruh informasi Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan

6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor telepon : 085238406306

LAMPIRAN 3

### **FORMAT PENGKAJIAN BAYI RESIKO TINGG**

Nama Mahasiswa : Maria Sabela Renata Dhiki  
Tempat Praktek : Ruangan Perinatal  
Tanggal pengkajian : 17 Juni 2025

#### **I. IDENTITAS**

Nama : Bayi Ny. C. A  
Tempat/tgl lahir : Ende, 17 Juni 2025  
Nama ayah dan ibu : Ny. C. A dan Tn. H. S  
Pekerjaan ayah : petani  
Pendidikan ayah : SMA  
Pekerjaan ibu : IRT  
Pendidikan ibu : SMA  
Alamat/no.Tlp : Wolowaru  
Suku : Lio  
Agama : Islam

#### **II. KELUHAN UTAMA**

Bayi Asfiksia sedang

#### **III. RIWAYAT KEHAMILAN DAN KELAHIRAN**

##### **A. PRENATAL**

###### **1. ANC:**

- a) Berapa kali kunjungan : ibu pasien mengatakan jumlah kunjungan selama ia hamil yakni sebanyak 5 kali
- b) Tempat periksa : ibu pasien mengatakan bahwa selama hamil dirinya rajin memeriksa kehamilannya di puskesmas wolowaru

- c) Penkes yang didapat : ibu pasien mengatakan bahwa selama hamil, pendidikan kesehatan yang didapat yakni, makan-makanan yang bergizi, minum air putih yang cukup dan minum obat yang teratur
  - d) HPHT : ibu pasien mengatakan HPHT pada tanggal 25 desember 2024
  - e) HPL : ibu pasien mengatakan HPL pada tanggal 1 oktober 2025
2. Kenaikan BB selama hamil : Ibu pasien mengatakan selama hamil berat badannya naik dari 5 kg sampai dengan 40 kg
  3. Komplikasi kehamilan : ibu pasien mengatakan tidak ada komplikasi selama dirinya hamil
  4. Komplikasi obat : ibu pasien mengatakan tidak ada komplikasi obat
  5. Obat-obat yang didapat : ibu pasien mengatakan obat yang didapat selama hamil yakni tablet tambah darah, Vit.K, asam Folat
  6. Riwayat hospitalisasi : ibu pasien mengatakan selama hamil dirinya tidak mengalami hospitalisasi apapun
  7. Golongan darah ibu : O

#### B. NATAL

1. Awal persalinan : 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
2. Lama persalinan Kala I-IV : ibu pasien mengatakan lama persalinannya dari pukul 06.20 samapai pukul 09.45 WITA
3. Komplikasi persalinan : ibu pasien mengatakan tidak terjadi komplikasi selama persalinan
4. Terapi yang diberikan : ibu pasien mengatakan terapi yang didapatkan tarik napas dalam
5. Cara melahirkan : ibu pasien mengatakan cara lahirnya secara normal atau pervaginam
6. Tempat melahirkan : tempat persalinannya di puskesmas Wolowaru

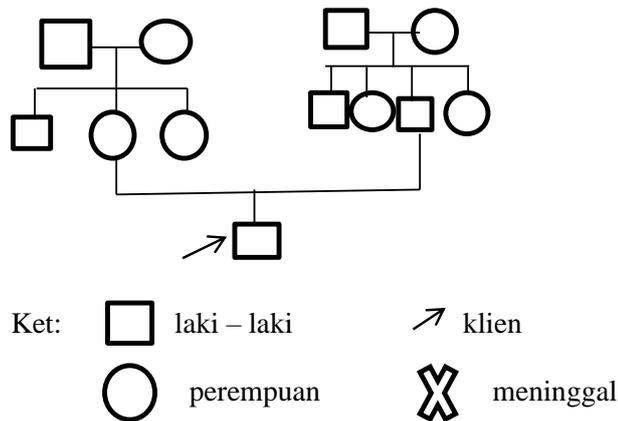
#### C. POSTNATAL

1. Usaha nafas;

- ( ) dengan bantuan
- (√) spontan
- 2. Kebutuhan resusitasi
  - Apgar Score menit I: 7 dan 5: 9
- 3. Obat-obatan yang diberikan pada neonatus: Hb0
- 4. Interaksi orang tua dan bayi
  - Kualitas : rendah karena bayi dirawat terpisah dan ibunya cemas dengan keadaan bayinya.
  - Lamanya: kurang lebih 1 jam hanya datang untuk memberikan asi, itupun tidak secara langsung
- 5. Trauma lahir
  - ( )Ada,.....(√)Tidak
- 6. Keluarnya urin/BAB
  - Urin (—), BAB (—)
- 7. Respon fisiologis atau perilaku bermakna : tidak ada

**IV.RIWAYAT KELUARGA**

Genogram :



**Gambar 4.1 Genogram**

**V.RIWAYAT SOSIAL**

- A. Sistem pendukung/keluarga yang dapat dihubungi : neneknya sendiri
- B. Hubungan orangtua dengan bayi : ibu kandung

C. Anak yang lain (BERSAUDARA)

Jenis kelamin anak	Riwayat Persalinan	Riwayat Imunisasi
Laki-laki	Normal (Prematur-BBLR)	Hb0

D. Lingkungan rumah : rumah yang nyaman

**VI. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI**

1. Diagnosa medik : Asfiksia sedang
2. Tindakan operasi :-
3. Status nutrisi : Asi 6x 5cc/OGT/6 jam
4. Status cairan : Kebutuhan cairan 100 cc
5. 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.
6. Aktivitas :-
7. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan : observasi tanda-tanda vital, pemasangan alat bantu pernapasan CPAP Babel, pengaturan posisi tidur (semi fowler dan pemberian teknik nastyn), melayani ASI/OGT, penghangatan aktif eksternal menggunakan plastik bening dan selimut bayi, dan penyediaan lingkungan yang hangat
8. Hasil laboratorium

**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)

## VII. PEMERIKSAAN FISIK

Keadaan Umum : bayi tampak kecil, mukosa bibir lering, tampak lemah, terpasang CPAP Babel FI 0,35% 8 Lpm, kulit teraba dingin, kulit kemerahan, akral teraba dingin, kulit tipis dan banyak lanugo.

	Saat Lahir	Saat Ini
Berat Badan	1.700 gram	1.700 gram
Panjang Badan	44cm	44cm
Lingkar Kepala	33cm	33cm

### 1) Refleks :

- a) Reflex kejut (refleks moro) : klien menunjukkan kaget pada saat diberi rangsangan.
- b) Reflex menggengam (*grasping/palmar grasp reflex*): klien menunjukkan refleks menggengam 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 mencengkrang pada saat diberikan rangsangan.

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

1) Tonus/aktivitas: gerak masih lemah menangis merintih.

2) Kepala/leher: bentuk bulat, ubun-ubun cembung, sutura sagitalis tepat, rambut tipis, wajah simetris, tidak terdapat caput secedeneum, dan cepalohematoma.

3) Mata : simetris antara kiri dan kanan, mata tampak bersih.

4) Telingan : simetris, tampak bersih, daun telinga lunak dan lentur

5) Hidung : normal, adanya sekret, terpasang 02 CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*), babel flo 40% 8lpm.

6) Mulut : normal, reflex mengisap dan menelan masih lemah, terpasang OGT, membran mukosa kering.

7) Dada : terdapat retraksi dinding dada, simetris, bunyi ronchi, RR : 42x/menit, terpasang 02 CPAP(*Continuous Positive Airway Pressure*) babel flo 45% 8 lpm.

8) Abdomen :

Inspeksi : tampak kembung, terpasang infus pada umbilikus

Auskultasi : frekuensi 10x/menit

Palpasi : lunak

9) Jantung : 145x/menit .

10) Anus : normal

2) Ekstermitas :

a) Ekstermitas atas : Ekstremitas atas : simetris, terdapat lanugo disekitar tangan dan jari-jari lengkap, tidak ada kelainan gerak lemah, reflex menggengam masih lemah

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

3) Genitalia : laki-laki normal, testis belum turun dan normalnya pada BBLR testis akan turun pada usia 6 bulan.

4) Anus : normal

5) Kulit : tampak kemerahan tetapi ekstremitas biru, kulit tipis lemak subkutan dan bisa terlihat pembuluh darah, teraba dingin

6) Suhu : 36,0°C

7) Pengkajian Perpola

a) Pola eliminasi :

1) BAB (Buang Air Besar) : klien BAB 1 kali dalam sehari dengan konsistensi encer, berwarna kuning kehijauan, bau khas feses bayi pada umumnya dan menggunakan pampers.

2) BAK (Buang Air Kecil) : klien BAK menggunakan pampers dan diganti 3 kali dalam sehari.

b) Pola Nutrisi

Berat badan klien 1.700 gram, refleks menghisap dan menelan masih lemah, saat ini klien mendapatkan nutrisi asi/OGT 5cc/6 jam.

c) Pola napas

Pernapasan belum teratur dan terdapat retraksi dinding dada dengan frekuensi pernapasan 42x/menit serta terpasang O2CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) Babel FIO 45% 8 lpm.

d) Pola sirkulasi : suhu tubuh 36,0°C.

- e) Pola aktivitas : gerakan klien masih lemah, tangisan keras, klien lebih banyak tidur dan hanya bergerak sedikit jika merasa terganggu, rata-rata tidur klien 22-23 jam perhari
- f)

### VIII. 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

### IX. Tabulasi Data

Klien berusia 0 hari, tampak lemah, tampak kecil, kulit tubuh merah tetapi ekstremis sianosis, tampak kecil, berat badan 1.700 gram, panjang badan 44 cm, lingkar kepala 33 cm, loingkar dada 28 cm, lingkar perut 28 cm, lingkar 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)

#### **X. 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 ekstremis sianosis, retraksi dinding dada, adanya secret pada hidung, berat badan 1.700 gram, panjang badan 44 cm, lingk kepala 33 cm, lingk dada 28 cm, lingk perut 28 cm, lingk 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.

#### **XI. Analisa Data**

<b>No</b>	<b>Data DS/DO</b>	<b>Etiologi/ Penyebab</b>	<b>Masalah keperawatan</b>
1	<p>DS :</p> <p>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.</p>	<p>Hipersekresi jalan napas</p>	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif</p>

2	<p>DS :</p> <p>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.</p>	<p>kekurangan oksigen (hipoksia)</p>	<p>Gangguan pertukaran gas</p>
3	<p>DS :</p> <p>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 bias terlihat</p>	<p>Lemak subkutan tipis</p>	<p>Termoregulasi</p>
4	<p>DS :</p> <p>DO :klien berusia 0 hari, tampak lemah, berat badan 1.700 gram, , terpasang infus d1/2,5% drip 6cc/jam pada umbilicus</p>	<p>Imunitas</p>	<p>Risiko infeksi</p>
5	<p>DS : Ibu klien mengatakan berat badan</p>	<p>Intake intra</p>	<p>Defisit nutrisi</p>

	<p>saat hamil naik 5kg dari 40kg ke 45kg.</p> <p>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,</p>	uterin	
6	<p>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</p>	<p>Kekhawatiran</p> <p>mengalami kegagalan (kondisi bayinya)</p>	<p>Ansietas</p>

---

tidak langsung (via whatsapp)

DO : ibu klien tampak cemas, ibu

klien datang untuk memberikan asi

itupun tidak secara langsung lamanya

kurang lebih 1 jam

---

a. Prioritas masalah

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif
- 2) Gangguan pertukaran gas
- 3) Termoregulasi
- 4) Risiko infeksi
- 5) Defisit nutrisi
- 6) Ansietas

2. 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<sup>0</sup>C dan turun ke angka tidak normal 35<sup>0</sup>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 O2 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°C dan turun ke angka tidak normal 35°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.





No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	Bersihan jalan nafas tidak efektif	<p>1) Tujuan</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan bersihan jalan napas membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>1). Produksi sputum berkurang,  2). sesak napas berkurang,  3). warna kulit berangsur membaik, frekuensi napas membaik.</p>	<p>Manajermen Hipertermia</p> <p>1) Manajemen Jalan Napas  2) Monitor pola napas (mis. Frekuensi napas, kedalaman napas, usaha napas.  3) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling/ronchi, wheezing/mengi).  4) Posisikan semi fowler atau fowler.  5) Berikan oksigen, jika perlu.</p>	<p>a. 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</p> <p>b. 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</p> <p>c. 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</p>

- 
- d. 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.
-

2. Gangguan pertukaran gas	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retraksi dinding dada menurun.</li> <li>2. Suara napas ronchi menurun</li> <li>3. Mukosa bibir kering menurun.</li> <li>4. Frekuensi napas membaik.</li> <li>5. Tampak lemah menurun.</li> </ol>	<p>Manajemen Jalan Napas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1). Monitor pola napas (mis. Frekuensi napas, kedalaman napas, usaha napas</li> <li>2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling/ronchi, wheezing/mengi).</li> <li>3) Posisikan semi fowler atau fowler.</li> <li>4) Berikan oksigen, jika perlu.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. 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</li> <li>b. 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</li> <li>c. 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</li> <li>d. 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.</li> </ol>
----------------------------	--	---	---

3	Termoregulasi	Setelah mendapatkan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan termoregulasi tidak terjadi dengan kriteria hasil : 1). Turgor kulit tidak menurun	Manajemen Hipovolemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. untuk mendeteksi perubahan suhu secara dini dan menghindari komplikasi seperti hipotermia atau hipertermia</li> <li>b. inkubator menyediakan lingkungan termal yang stabil, membantu bayi menghemat energi untuk tumbuh</li> <li>c. kontak kulit dengan ibu meningkatkan suhu bayi secara alami, memperbaiki ikatan emosional dan menyusui</li> <li>d. kepala dan ekstremitas adalah tempat kehilangan panas terbanyak, perlindungan ini mengurangi risiko kehilangan panas</li> <li>e. bayi sangat sensitif terhadap lingkungan sekitar karena regulasi suhu tubuh belum sempurna</li> <li>f. gejala klinis membantu mengenali kondisi lebih cepat sebelum terjadi komplikasi system</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor suhu tubuh bayi setiap 1–3 jam menggunakan termometer aksila atau skin probe</li> <li>2) Letakkan bayi di dalam inkubator dengan suhu dan kelembapan yang sesuai (sesuai berat badan &amp; usia gestasi)</li> <li>3) lakukan metode Kangaroo Mother Care (KMC) bila kondisi bayi stabil</li> <li>4) Pakaikan topi, kaus kaki, dan selimut secukupnya sesuai suhu lingkungan rasional</li> <li>5) Cegah paparan angin dan udara dingin, misalnya dari kipas, jendela terbuka, atau permukaan logam</li> <li>6) Pantau tanda-tanda klinis hipotermia seperti kulit marmar, napas lambat, tangisan lemah rasional :</li> </ul>	

4 Risiko Infeksi	<p>Setelah mendapatkan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan status imun membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sianosis tidak terjadi</li> <li>2) Kemerahan di area tertentu tidak terjadi</li> <li>3) Muntah berulang tidak terjadi</li> <li>4) Bengkak serta nanah tidak terjadi.</li> </ol>	<p>Pencegahan Infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik, ke.</li> <li>2) Batasi jumlah pengunjung,</li> <li>3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.</li> <li>4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.</li> <li>5) Pemberian antibiotik jika perlu..</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memantau tanda gejala infeksi lokal dan sistemik sangat penting karena dapat mendeteksi 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).</li> <li>b. Pembatasan jumlah pengunjung ialah langkah awal dalam menjaga kesehatan pasien dan mencegah infeksi serta dapat mengurangi risiko penyebaran infeksi, meningkatkan fokus perawatan.</li> <li>c. Mencuci tangan merupakan langkah dasar yang krusial dalam menjaga kesehatan dan keselamatan pasien serta staf medis, dengan mencuci tangan dapat mencegah penyebaran patogen serta menghindari infeksi nosokomila.</li> <li>d. Memantau tanda 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</li> </ol>
------------------	---	---	--

- 
- respons tubuh terhadap infeksi dan kesehatan secara keseluruhan.
- e. Pemberian antibiotik dapat mengeliminasi infeksi bakteri dan mencegah penyebaran infeksi.
-

5 Defisit Nutrisi	<p>Setelah mendapatkan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan status nutrisi bayi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berat badan meningkat</li> <li>2) Panjang badan meningkat</li> <li>3) Refleks menghisap dan menelan meningkat</li> <li>4) Gerakkan kaki dan tangan meningkat</li> <li>5) Refleks menggenggam meningkat.</li> </ol>	<p>Manajemen Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi status nutrisi.</li> <li>2) monitor asupan makanan,</li> <li>3) Monitor berat badan.</li> <li>4) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium..</li> <li>5) Sajikan makanan secara menarik dengan suhu yang sesuai,</li> <li>6) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan. tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana menyusun rencana diet yang sesuai berdasarkan kondisi medis pasien.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Status nutrisi adalah 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.</li> <li>b. monitor asupan makanan sangat penting karena memuat informasi mengenai jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi agar dapat meningkatkan daya tahan tubuh.</li> <li>c. Dengan monitor berat badan mencerminkan status gizi saat ini seperti jumlah protein, lemak, air dan mineral yang ada dalam tubuh serta melacak efektivitas pengobatan.</li> <li>d. 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.</li> <li>e. Menyajikan makanan secara menarik dengan suhu yang sesuai dapat meningkatkan nafsu makan, mendukung nutrisi, mendorong kebiasaan makan sehat serta meningkatkan kualitas hidup.</li> </ol>
-------------------	---	--	--

---

f. Karena ahli gizi memiliki keahlian yang spesifik mengenai pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana menyusun rencana diet yang sesuai

---

6	Ansietas	<p>Setelah mendapatkan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>1) verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</p> <p>2) tampak cemas menurun</p>	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stresor).</p> <p>2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan.</p> <p>3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal).</p> <p>4) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan,</p> <p>5) Pahami situasi yang membuat ansietas,</p> <p>6) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.</p> <p>7) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis.</p> <p>8) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu.</p>	<p>a. identifikasi perubahan tingkat ansietas dapat mendeteksi dini terkait stres berlebih yang dapat memperburuk emosional</p> <p>b. identifikasi kemampuan mengambil keputusan dapat membuat penilaian kognitif dan emosional, menentukan kebutuhan dukungan dan meningkatkan kualitas perawatan.</p> <p>c. dengan monitor tanda-tanda ansietas perawat dapat mendukung kesejahteraan psikologis dan mengurangi dampak negatif pada keluarga pasien.</p> <p>d. menciptakan suasana terapeutik dapat meningkatkan keterbukaan orang tua pasien kepada perawat, membangun hubungan yang kuat dalam penanganan pasien, serta dapat mengurangi ansietas dan stres.</p> <p>e. 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 tingkat kepercayaan diri untuk mampu menghadapi tantangan.</p>
---	----------	--	--	---

- 
- f. menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan dapat meningkatkan komunikasi orang tua pasien dengan perawat serta dapat membentuk rasa kepercayaan
  - g. memberikan informasi faktual adalah kunci untuk mendukung pasien dan keluarga dalam menghadapi situasi medis yang sulit.
  - h. kehadiran keluarga bukan hanya memberikan dukungan emosional tetapi juga memberikan peran mereka dalam proses perawatan pasien
-

#### 4.Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
1	Selasa, 17 juni 2025	I	07.00	1) monitor pola napas (menghitung jumlah pernapasan permenit dengan hasil RR 40x/menit),	<b>S:-</b> , <b>O:</b> Retraksi dinding dada menurun dengan frekuensi pernapasan 35x/menit, masih terdapat secret pada hidung, masih sianosis, <b>A:</b> masalah bersihan jalan napas belum teratasi, <b>P:</b> intervensi di pertahankan 1,2,3,4,5.
			07.01	2) memonitor bunyi napas tambahan ( suara napas ronchi)	
			07.02	3) 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	
			08.02	4) melakukan penghisapan lendir (melakukan section dengan hasil residu negative)	
			10.00	5) 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	
			12.30		

II	15.24	1) mengamati pola napas dengan hasil RR 42x/menit, frekuensi napas cepat tidak teratur, terdapat retraksi dinding dada,	19.00	S :- O : tampak lemah, masih sianosis, retraksi dinding dada berkurang dengan frekuensi pernapasan 43x/menit
	15.30	terpasang O <sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 8 lpm 2) mendengar bunyi nafas tambahan dengan hasil bunyi napas ronchi		HR : 140x/menit trpasang 02CPAP Babel FIO 40% 8LPM
	15.40	3) memposisikan semi fowler dengan hasil meninggikan bagian kepala klien menggunakan 3 buah selimut bayi, dan mengatur posisi bayi menggunakan teknik nastyn		ke 35% 8LPM 8lpm, bunyi napas ronchi menurun A : masalah gangguan pertukaran gas sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan 3,4
	15.56			
	16.00	1). memonitor suhu tubuh klien (suhu 35°C) 2). mengoleskan tubuh bayi menggunakan minyak telon untuk menjaga kehangatan), pukul (memberikan Asi/OGT 5cc/jam), memonitor suhu tubuh klien (suhu 36,3°C),pukul memonitor kembali suhu tubuh klien (suhu 35,5°C), menyediakan lingkungan yang hangat (mengaktifkan infant warmer) pukul mengganti pakian atau linen yang basah (menggantikan popok, baju dan selimut bayi) sekaligus melakukan penghangatan aktif	14.00	S :- O :suhu tubuh 370C, RR : 43x/menit HR: 140x/menit, akral teraba hangat, kulit teraba hangat A : masalah termoregulasi teratasi sebagian

---

III	eksternal mbedong klien menggunakan P : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4
15.00	selimut bayi dan memakaikan topi.
16.11	
16.21	
16.36	
16.50	
17.00	

---

IV	07.00	1) mencuci tangan sebelum ke pasien dengan hasil mencuci tangan menggunakan sabun antiseptik	14.00
	07.06	2) mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi dengan hasil mencuci tangan menggunakan sabun antiseptik, kemudian memakai handscon dan masker sebelum ke klien	S :-, O : suhu 36 <sup>0</sup> C, HR 131x/menit, RR 48x/menit, SPO <sub>2</sub> 96%, sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi A : Masalah risiko infeksi tidak terjadi P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1,3,4,5.
	10.00	3) memeriksa tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi	
	12.00	4) mencuci tangan sebelum ke klien dengan hasil mencuci tangan menggunakan sabun antiseptik	
	12.01	5) mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi dengan hasil mencuci tangan menggunakan sabun antiseptik, kemudian memakai handscon dan masker sebelum ke klien	
		6) mencuci tangan sebelum ke klien dengan hasil mencuci tangan menggunakan sabun antiseptik	
		7) mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi dengan hasil mencuci tangan menggunakan sabun antiseptik,	

---

kemudian memakai handscon dan masker  
sebelum ke klien

- 8) berkolaborasi pemberian antibiotik  
(melayani injeksi ampicillin 2x90 mg dan  
injeksi gentamicin 2x9 mg).

---

V	08.00	1) menimbang berat badan serta mengukur PB, LK, LD dan LILA dengan hasil BB 1.800 gram, PB 44 cm, LK 29 cm, LD 29 cm dan LILA 20 cm	14.00
	08.01	2) mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil status nutrisi asi 3 cc/6jam	S :-, O : suhu 36 <sup>0</sup> C, HR 131x/menit, RR 48x/menit, SPO <sub>2</sub> 96%, terpasang OGT, area mulut tampak bersih dari sisa residu, bayi tampak kecil, ekstremitas bergerak lemah
	08.02	3) membersihkan area mulut dari sisa-sisa residu dengan hasil menggunakan kasa dan air hangat	A : masalah defisit nutrisi belum teratasi P : intervensi dilanjutkan dengan nomor 3, 5, 6
	12.00	4) melayani makanan dengan suhu yang sesuai dengan hasil melayani asi hangat 3 cc/OGT	

---

---

VI	06.40	1) menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan dengan hasil mengucapkan salam, memperkenalkan diri sekaligus menyampaikan tujuan, kemudian meminta persetujuan serta meminta tanda tangan untuk persetujuan	14.00
	06.41	2) mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah dengan hasil ibu pasien mengatakan kecemasan mulai muncul ketika dirinya sudah berada diruang perawatan nifas	S : ibu pasien mengatakan bahwa dirinya cemas serta kepikiran dengan kondisi kesehatan pasien dan takut akan hal-hal yang tidak diinginkan terjadi O : ibu pasien tampak cemas P : masalah ansietas belum teratasi intervensi dilanjutkan dengan nomor 3, 7, 8.
	13.00	3) memantau tanda-tanda ansietas dengan hasil ibu pasien tampak cemas 4) memberikan pemahaman situasi yang membuat ansietas dengan hasil yang membuat ibu merasa cemas itu karena keadaan bayi ibu yang sedang dalam perawatan dan tidak bisa bersama ibu pada saat sekarang 5) menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien dengan hasil jadi untuk mengurangi rasa cemas ibu kepada bayi, saya sarankan kepada ibu untuk sering-sering datang untuk melihat bayi ibu yang ada disini 6) menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis dengan hasil begini ibu, dikarenakan adek	

---

---

dilahirkan belum pas pada waktunya sehingga banyak alat-alat medis yang dipasangkan pada tubuh adek, seperti selang oksigen, selang pada mulut adek, dan adek terus berada di bawah alat pemanas tubuh

No	Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
2	Rabu, 18 juni 2025	I	07.00 07.30 07.31 10.00 12.30	) monitor pola napas (menghitung jumlah pernapasan permenit dengan hasil RR 40x/menit), ) memonitor bunyi napas tambahan ( suara napas ronchi) ) 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 ) melakukan penghisapan lendir (melakukan section dengan hasil residu negative) ) 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	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.
		II	07.00 07.01 07.32	1) memantau pola napas dengan hasil RR 48x/menit, frekuensi napas cepat teratur, retraksi dinding dada menurun, terpasang O <sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 8 lpm 2) mendengar bunyi napas tambahan dengan hasil suara napas ronchi menurun 3) memosisikan semi fowler dengan hasil meninggikan bagian kepala bayi menggunakan 2	14.00 S :-, O : suhu 37,7 <sup>0</sup> C, HR 162x/menit, RR 49x/menit, SPO <sub>2</sub> 96%, retraksi dinding dada menurun, bunyi napas ronchi menurun, terpasang O <sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 6 lpm A : masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi

		buah selimut bayi dan mengatur posisi bayi menggunakan teknik nastyn	P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 2, 3, 4.
	10.00	4) memasang kembali O <sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 8 lpm.	
		5) memantau kembali pola napas dengan hasil RR 48x/menit, frekuensi napas cepat teratur, retraksi dinding dada menurun, terpasang O <sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 8 lpm	
	12.01	5) mengatur kembali posisi O <sub>2</sub> CPAP Babel FIO 35% 8 lpm menjadi 6 lpm.	
III	07.02	1) memonitor suhu tubuh klien (suhu 35°C)	S :-
		2) mengoleskan tubuh bayi menggunakan minyak telon untuk menjaga kehangatan),	O :suhu tubuh 37°C, RR : 43x/menit
	07.03	3) pukul (memberikan Asi/OGT5cc/jam), memonitor suhu tubuh klien (suhu 36,3°C),pukul	HR: 140x/menit, akral teraba hangat, kulit teraba hangat
	12.01	4) memonitor kembali suhu tubuh klien (suhu 35,5°C),	P : masalah termoregulasi teratasi sebagian
	13.00	5) menyediakan lingkungan yang hangat (mengaktifkan infant warmer) pukul	I :
		6) mengganti pakian atau linen yang basah (menggantikan popok, baju dan selimut bayi) sekaligus melakukan penghangatan aktif eksternal membedong klien menggunakan selimut bayi dan memakaikan topi.	

IV	07.00	1) mencuci tangan sebelum ke pasien dengan hasil menggunakan sabun antiseptik	14.00
	07.04	2) mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi dengan hasil mencuci tangan dengan benar, menggunakan handscon dan masker saat ke pasien	S :-, O : suhu 37,7 <sup>0</sup> C, HR 162x/menit, RR 49x/menit, SPO <sub>2</sub> 96%, sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi A : masalah risiko infeksi tidak terjadi P : intervensi dipertahankan dengan nomor 1, 4, 5, 7
		3) memeriksa tanda gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil sianosis tidak terjadi, kemerahan di area tertentu tidak terjadi, muntah berulang tidak terjadi, bengkak serta nanah tidak terjadi	
	12.00	4) mencuci tangan sesudah ke pasien dengan hasil menggunakan sabun antiseptik	
		5) mencuci tangan sebelum ke pasien dengan hasil menggunakan sabun antiseptik	
		6) mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi dengan hasil mencuci tangan dengan benar, menggunakan handscon, dan masker saat ke pasien	
	12.02	7) berkolaborasi pemberian antibiotik dengan hasil melayani injeksi ampicillin 2x90 mg dan injeksi gentamicin 2x9 mg	
		8) mencuci tangan sesudah kontak dengan pasien dengan hasil menggunakan sabun antiseptik	

V	07.30 12.01	1) membersihkan area mulut bayi menggunakan kasa dan air hangat 2) menyajikan makanan dengan suhu yang hangat dengan hasil menarik cairan residu 8 cc dan melayani asi hangat 3cc/OGT	14.00 S :-, O : suhu 37,7 <sup>0</sup> C, HR 162x/menit, RR 49x/menit, SPO <sub>2</sub> 96%, terpasang OGT, area mulut tampak bersih dari sisa residu, semua ekstremitas bergerak lemah A : masalah defisit nutrisi belum teratasi P : intervensi dilanjutkan dengan nomor 3, 5, 6.
VI	14.00 14.01	1) mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah dengan hasil ibu pasien mengatakan bahwa dirinya cemas dengan keadaan pasien ditambah lagi dirinya hanya bisa melihat pasien lewat kaca 2) menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis dan prognosis dengan hasil jadi begini ibu, tadi dokter sudah datang untuk memeriksa keadaan pasien dan dokter mengatakan pasien masih harus terus dipantau dan dokter juga mengatakan suhu tubuh pasien sepanjang hari ini sudah cukup stabil. Pasien juga sepanjang pagi tadi hingga siang ini belum menggunakan mesin penghangat lagi, karena suhunya masih stabil	14.02 S : ibu pasien mengatakan syukur Puji Tuhan kalau suhu tubuh pasien sudah stabil, setidaknya keadaan pasien sudah sedikit membaik dan saya juga akan terus berdoa untuk kesembuhan anak saya O : tampak cemas, namun sedikit tersenyum setelah mendengar kondisi anaknya, A : masalah ansietas sebagian teratasi P : intervensi dipertahankan dengan nomor 3, 7, 8.

## 5. 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 : <ul style="list-style-type: none"><li>- . Memonitor bunyi napas tambahan (bunyi napas ronchi menurun)</li><li>- menurunkan volume pada 02CPAP Babel FIO 40% 8LPM ke 35% 8LPM 8lpm</li><li>- pertahankan kepatenan jalan</li></ul>
		07.10	- napas (dengan cara mengangkat dagu sedikit lebih tinggi dari dada dan meletakan 2 kain yang sudah dilipat dibelakang leher).
		07:20	- memposisikan semi fowler
			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
		07.26	
		07.30	

	07.40	
	07.45	
	14.00	
Gangguan pertukaran gas	07.00	<p>S :-</p> <p>O : tampak lemah, masih sianosis, retraksi dinding dada berkurang dengan frekuensi pernapasan 43x/menit  HR : 140x/menit trpasang O2CPAP Babel FIO 40% 8LPM 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor bunyi napas tambahan (bunyi napas ronchi menurun)</li> <li>- memposisikan semi fowler (meninggikan kepala bayi menggunakan 2 buah selimut bayi dan mengatur posisi tidur bayi dengan posisi nastying)</li> </ul>
	07.10	<p>E : keadaan klien membaik, suhu tubuh 37<sup>0</sup>C, RR : 43x/menit  HR: 140x/menit, terpasan O2CPAP Babel FLO35% 8 lpm, frekuensi napas cepat teratur bunyi napas ronchi menurun, retraksi</p>
	07:20	Dinding dada menurun, intervensi dipertahankan 1,2,3,4
	14.00	
termoregul	07.00	S :-

asi		<p>O :suhu tubuh 37<sup>0</sup>C, RR : 43x/menit  HR: 140x/menit, akral teraba hangat, kulit teraba hangat  P : masalah termoregulasi teratasi sebagian  I :</p> <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  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</p>
	14.00	
Risiko infeksi	07.00	<p>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  I :</p> <p>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</p>
	14.00	
Desifisit nutrisi	07.00	<p>S : -  O : masih tampak lemah, tampak kecil, reflek meneloh masih lemah, reflek menggenggam belum kuat <b>A:</b> masalah defisit nutrisi belum teratasi <b>P:</b> intervensi di pertahankan 1,2,3,6,7  A : masalah deficit nutrisi sebagian teratasi  P : intervensi di pertahankan 1,2,5</p>

---

		<p>I :</p> <p>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</p>
	14.00	
Ansietas	07.00	<p>S : ibu klien mengatakan tidak merasa cemasnya lagi karena sudah sedikit berkurang setelah mendengar penjelasan secara langsung dari dokter mengenai keadaan klien</p> <p>O : ibu klien tampak sedikit lega</p> <p>A : masalah ansietas teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p> <p>I : -</p> <p>E : ibu klien mengatakan tidak merasa cemas lagi, tampak ibu klien lebih tenang</p>
	14.00	

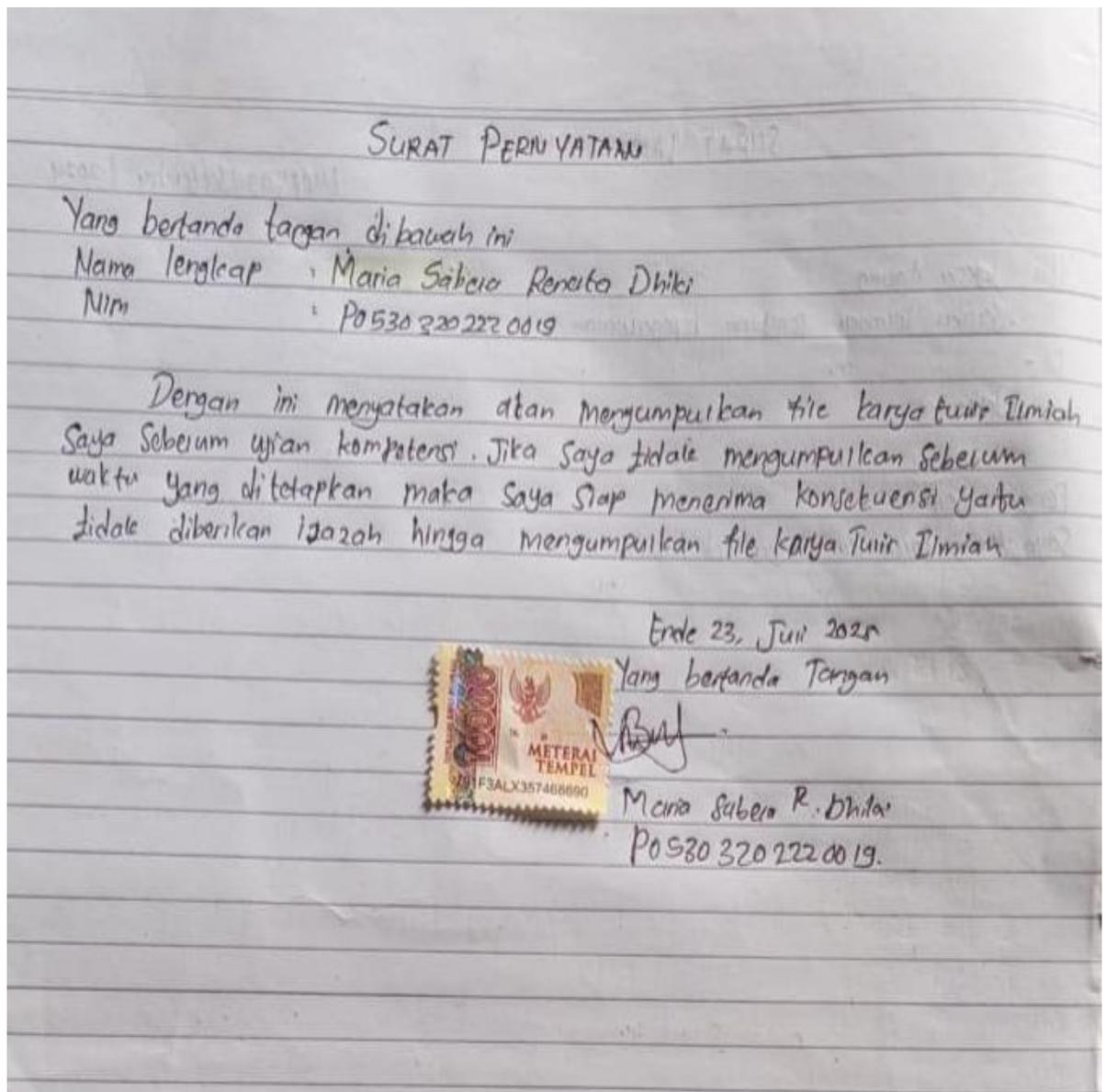
---

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE

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

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



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE**  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256  
Fax (0380) 8800256; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT



Kementerian Kesehatan  
Poltekkes Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oebobo,  
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111  
(0380) 8800256  
<https://poltekkeskupang.ac.id>

### PERPUSTAKAAN TERPADU

<https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/> ; e-mail: [perpustakaanterpadu61@gmail.com](mailto:perpustakaanterpadu61@gmail.com)

#### SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Maria Sabela Renata dhiki  
Nomor Induk Mahasiswa : P05303202220019  
Dosen Pembimbing : Marthina Bedho, S.ST.,M.Kes  
Dosen Penguji : Dr.Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc  
Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Ende  
Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA BY.NY.C.A**

**DENGAN DIAGNOSA MEDIS ASFIKSIA SEDANG DI RUANGA PERINATAL RSUD ENDE**

**Laporan Tugas Akhir** yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **26,32%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 11 Agustus 2025

Admin Strike Plagiarism

  
Murry Hermias Kale SST  
NIP. 19850704201012100

LAMPIRAN 5



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE**  
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256  
 Fax (0380) 8800256; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



LAMPIRAN 5

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
 PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE  
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256  
 Fax (0380) 8800256; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL**

Nama : Maria Sabela Renita Dhiki  
 NIM : P05303202220019  
 Nama Pembimbing : Marthina Badho, S.ST.M.Kes

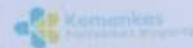
No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	15/05/2025	Judul : Asfiksia	1. Perdalam materi. 2. Lanjut BAB I	
2	20/05/2025	BAB I	1. Tambahkan data	
3	24/09/2024	BAB I BAB II BAB III	1. Perbaiki penulisan (cover-kata pengantar) 2. Edit dibaca lembar perlembar. 3. Tambahkan data asfiksia NTT tentang KIA 4. Peran perawat di hapus 5. Tambahkan kata pembuka 6. Tambahkan rasional pada intervensi 7. Masukan dan lengkapi daftar pustaka	
4	20/50/2025	BAB I BAB II BAB III	1. Tambahkan sumber pada pathway 2. Tambahkan tabel apgar score 3. Perbaiki pengetikan titik, koma, spasi	
5	22/12/2025	BAB I BAB II BAB III	1. Perbaiki pengetikan 2. Daftar pustaka	

137

Mengetahui  
 Ketua Program Studi DIII Keperawatan  
 Ende  
  
**Aris W. Romeo, M.Kep.Ns.Sp.Kep.Kom**  
 NIP. 196601141991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256  
Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI REVISI PROPOSAL

Nama : Maria Sabela Renata Dhiki  
NIM : PO5303202220019  
Nama Pembimbing : Marthina Bedho, S.ST.,M.Kes  
Nama Penguji : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1	03/06/2025	BAB I – BAB V	1. Perbaiki pengetikan dari depan sampai belakang 2. Daftar pustaka buat dengan mendelay 3. Perbaiki nama pada lembar pengesahan dan persetujuan 4. Pada anatomi dan fisiologi ditambah gambar 5. Tambahkan daftar pustaka	
2	12/06/2025	BAB I – BAB V	ACC, lanjut studi kasus	

Mengetahui



Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

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

NIP. 19660114 1991021001



LEMBAR KONSULTASI REVISI KTI

Nama : Maria Sabeta Remana Diki  
NIM : PC15303202220019  
Nama Pembimbing : Mathius Bedbo, S. ST., M.Kes  
Nama Penguji : Dr. Sindia Lany Cahyani, S.Kep.Ns.,MSc

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1	07/08/2025	BAB I – BAB V	1. Perbaiki pengetikan 2. Rapikan daftar pustaka 3. Cari pengertian asfiksia pada buku 4. Perbaiki dan rubah pada hal 3 dari proposal jadi KTI 5. Perbaiki pengetikan pada kata pengantar 6. Perbaiki pathway pada bagian keterangan 7. Perbaiki kalimat lebih dan kurang huruf 8. Periksa lah di beti garis tangan pada bagian yang belum diberi garis Urutkan pemeriksaann fisik dengan benar	

2	2018/2023	BAB I - BAB V	ACC	
---	-----------	------------------	-----	--

Mengetahui



Ketua Komisi Studi DHI Keperawatan

*Edda*

Edda Widyadana, M.Kep.Ns.Sp.Kep.Kom  
NIP. 196601141991021001

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

Nama : Maria Sabela Renata Dhiki  
Tempat/Tanggal Lahir : Ende, 22 Mei 2004  
Alamat : Jln. Sultan Hasanudin  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Katholik

### B. Riwayat Pendidikan

1. Paud Rerawete : 2010  
2. SDK Nabe : 2011-2016  
3. SMPS Rewarangga : 2017-2019  
4. SMAN 1 Ende : 2020-2022  
5. Poltekkes Kemenkes Kupang  
Program Studi DIII Keperawatan Ende : 2025

### MOTTO

**“DARI ORANG TUA, DEMI ORANG TUA, UNTUK ORANG TUA ”**

**“SEGALA PERKARA DAPAT KUTANGGUNG DIDALAM DIA YANG  
MEMBERI KEKUATAN”**

**(Filipi 4:13)**