



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI M DENGAN  
ASFIKSIA NEONATORUM DI RUANG PERINA  
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

**NADYA SEPTYA DIRANY**

**2011028**

**PROGRAM DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA  
JAKARTA, 2023**



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI M DENGAN  
ASFIKSIA NEONATORUM DI RUANG PERINA  
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

**Laporan Tugas Akhir**

**Diajukan Sebagai Persyaratan Dalam Menyelesaikan  
Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

**NADYA SEPTYA DIRANY**

**2011028**

**PROGRAM DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA  
JAKARTA, 2023**

## HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS

**Laporan Tugas Akhir Ini Adalah Hasil Karya Saya Sendiri,  
Dan Semua Sumber Baik Yang Dikutip Maupun Dirujuk  
Telah Saya Nyatakan Dengan Benar**

Nama : Nadya Septya Dirany

Nim : 2011028

Tanda Tangan :



Tanggal : 12 Juni 2023

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI M DENGAN  
ASFIKSIA NEONATORUM DI RUANG PERINA  
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

Jakarta, 12 Juni 2023

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ernawati', written over a horizontal line.

(Ns. Ernawati, M.Kep., Sp.Kep.An)

**LEMBAR PENGESAHAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI M DENGAN  
ASFIKSIA NEONATORUM DI RUANG PERINA  
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

**Pembimbing**



(Ns. Ernawati, M.Kep., Sp. Kep. An)

**Penguji I**



(Dameria Br Saragih, S.Kp. M .Kep)

**Penguji II**



(Ns. Sangadah, S. Kep)

**Menyetujui,**

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada



(Ellynia, SE., M.M)

Ketua

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat Rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Bayi M Dengan Asfiksia Neonatorum Di Ruang Perina Rumah Sakit Umum Daerah Koja. Penulisan laporan tugas akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di Stikes RS Husada. Penulis menyadari bahwa dalam proses penyusunan laporan tugas akhir ini, tanpa bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan tugas akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ellynia, SE.,MM., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang selalu memberikan semangat dan motivasi kepada seluruh mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada.
2. Ns. Veronica Y.R., M.Kep., Sp.Kep.Mat, Ketua Prodi Diploma Tiga Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang sudah memberikan arahan untuk para mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada.
3. Ns. Tri Setyaningsih, M.Kep., Sp.Kep.J., Selaku wali kelas 3A Diploma Tiga Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang sudah memberikan arahan untuk para mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada.
4. Ns. Ernawati, M.Kep.,Sp.Kep.An., selaku dosen pembimbing Laporan Tugas Akhir yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Dameria Br Saragih, S.Kp. M.Kep., selaku penguji umum dalam Tugas Akhir yang telah banyak memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
6. Ns. Sangadah, S.Kep., selaku penguji umum selaku penguji umum dalam Tugas Akhir yang telah banyak memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

7. Dosen beserta Staf STIKes RS Husada yang telah membimbing dari semester pertama sampai semester terakhir.
8. Direktur RSUD Koja dan CI Ruang Rawat Inap Perina, yang telah mengizinkan penulis memberikan Asuhan Keperawatan Anak kepada pasien dan memberi dukungan kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
9. Keluarga bayi M yang telah menerima kedatangan penulis dan kooperatif dalam menjalani asuhan keperawatan dari awal sampai akhir.
10. Kedua Orang Tua saya Doni Yuliyadi dan Ira Mawasopa, yang selalu memberikan doa, semangat, dukungan dan motivasi untuk belajar bersungguh-sungguh
11. Kiyah, Sulis, Vita, Alfina, Rici, Faizah, Hani, yang menjadi sahabat baik selama di kampus
12. Teman-teman seperjuangan di Tim Anak kelompok 2 (Nia, Rosa, Isti, Mirda) yang telah melewati Ujian Akhir ini Bersama-sama.
13. Rekan-rekan mahasiswa/i angkatan XXXIII yang telah berjuang selama 3 tahun.
14. Calon suami saya Riky Novyardi yang selalu menyemangati dan memberi dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan KTI.

Penulis menyadari bahwa laporan tugas akhir ini masih banyak terdapat kekurangan. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun motivasi kepercayaan diri. Akhir kata, penulis berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga laporan tugas akhir ini membawa manfaat bagi perkembangan ilmu.

Jakarta, 12 Juni 2023



Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITIS .....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	iv
LEMBAR PENGESAHAN .....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN .....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. LATAR BELAKANG .....	1
B. TUJAN PENULIRSAN .....	4
C. RUANG LINGKUP .....	5
D. METODE PENULISAN.....	5
E. SISTEMATIKA PENULISAN .....	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	7
A. Konsep Masalah Asfiksia Neonatorum.....	7
1. Pengertian .....	7
2. Patofisiologi.....	8
3. Pelaksanaan Keperawatan .....	16
4. Konsep Tumbuh Kembang Bayi Baru Lahir .....	18
B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	20
1. Pengkajian Fokus Keperawatan.....	20
2. Pemeriksaan Fisik .....	21
3. Diagnosis Keperawatan .....	22
4. Perencanaan Keperawatan .....	23
5. Pelaksanaan Keperawatan .....	31
6. Evaluasi Keperawatan.....	32
BAB III TINJAUAN KASUS.....	33
A. Pengkajian .....	33

<b>B. Data Fokus .....</b>	<b>43</b>
<b>C. Analisa Data.....</b>	<b>44</b>
<b>D. Diagnosis .....</b>	<b>47</b>
<b>E. Perencanaan .....</b>	<b>47</b>
<b>BAB IV PEMBAHASAN .....</b>	<b>59</b>
<b>A. Pengkajian .....</b>	<b>59</b>
<b>B. Diagnosis Keperawatan .....</b>	<b>61</b>
<b>C. Perencanaan .....</b>	<b>63</b>
<b>D. Pelaksanaan .....</b>	<b>64</b>
<b>E. Evaluasi .....</b>	<b>65</b>
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>67</b>
<b>A. Kesimpulan .....</b>	<b>67</b>
<b>B. Saran .....</b>	<b>70</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>72</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>74</b>

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Pathway
- Lampiran 2 : Analisa Obat
- Lampiran 3 : Lembar Konsultasi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Asfiksia Neonatorum merupakan suatu keadaan dimana bayi baru lahir yang mengalami gangguan tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur setelah lahir. Keadaan ini biasanya disertai dengan keadaan hipoksia dan hiperkapnu serta sering berakhir dengan asidosis (Nurarif, 2016).

Asfiksia Neonatorum merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada bayi baru lahir baik di negara berkembang maupun negara maju. Asfiksia paling sering terjadi pada periode segera setelah lahir dan menimbulkan sebuah kebutuhan resusitasi dan intervensi segera untuk meminimalkan mortalitas dan morbiditas (Ani & Eka, 2013).

Asfiksia Neonatorum menjadi salah satu masalah pada bayi baru lahir, apabila tidak ditangani akan mengakibatkan komplikasi yaitu hipoksia, iskemik ensefalopati, edema serebri, dan palsi serebralis. Masalah ini berkaitan dengan kesehatan ibu atau masalah pada bayi selama atau sesudah persalinan. Bila ini tidak segera teratasi akan menyebabkan kematian yang terjadi dimulai kekurangan O<sub>2</sub>, penumpukan CO<sub>2</sub> dan akan terjadi apneu yang mempengaruhi fungsi sel tubuh dan kerusakan jaringan pada otak. Tindakan yang akan dilakukan pada bayi bertujuan mempertahankan kelangsungan hidupnya dan membatasi gejala-gejala lanjut yang mungkin timbul (Nurhidayanti, 2022).

Menurut data dari *World Health Organization* (WHO) pada awal periode kehidupan bayi baru lahir. Kematian bayi baru lahir yang disebabkan

oleh Asfiksia Neonatorum menduduki urutan ke 3 di dunia. Pada tahun 2017 angka kematian bayi yang disebabkan oleh asfiksia di usia 0 - 27 hari terbanyak terdapat di India sebanyak 114.306 bayi, diikuti oleh Nigeria sebanyak 76.154 bayi, kemudian Pakistan sebanyak 53.110 bayi, sedangkan di Indonesia sebanyak 13.843 bayi (WHO, 2017). Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia (2019) menunjukkan penyebab tertinggi kematian neonatal adalah bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) yaitu sebesar 7.150 (35,3%) kasus dan diikuti oleh bayi baru lahir dengan asfiksia yaitu sebesar 5.464 (27,0%) kasus (Kemenkes RI, 2020).

Berdasarkan data dari Riskesdas Provinsi Bengkulu di dapatkan jumlah bayi sebanyak 785 bayi dan yang mengalami Asfiksia sebanyak 139 (17,7%), tahun 2017 terdapat 524 jumlah bayi dan sebanyak 100 (19%) bayi yang mengalami asfiksia, tahun 2018 terdapat 462 jumlah bayi dan sebanyak 70 orang yang mengalami asfiksia (Riskesdas, 2018).

Menurut catatan rekam medis di RSUD Koja Jakarta Utara pada periode Maret 2022 – Maret 2023, jumlah keseluruhan Penderita Asfiksia Neonatorum yang di ruang rawat inap perina ada 82 kasus atau (7.2%). Asfiksia menempati urutan ke tiga penyakit terbanyak pada kasus neonatus yang dirawat di ruang perina RSUD Koja Jakarta Utara setelah RDS 530 kasus (47%) dan BBLR 520 kasus (46%). Berdasarkan catatan rekam medis RSUD Koja Jakarta Utara jumlah pasien yang di rawat pada tahun 2022-2023 ada 29.038 kasus.

Berdasarkan hal tersebut, maka peran perawat sangat penting dalam upaya membantu orang tua dan masyarakat dalam mengenal dan mencegah Asfiksia

Neonatorum. Perawat dapat melakukan upaya promotif dengan memberikan promosi kesehatan tentang pencegahan Asfiksia Neonatorum serta tanda bahaya yang perlu diwaspadai selama kehamilan. Upaya preventif pada ibu hamil yaitu dilakukan dengan cara pemeriksaan secara rutin, mengkonsumsi tablet Fe dan asam folat, serta pengaturan pola makan dan diet yang tepat. Upaya kuratif yaitu dengan memonitor tanda – tanda vital, memberikan ASI, mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, memberikan lingkungan yang nyaman pada pasien, dan tindakan kolaboratif yaitu dengan memberikan pasien oksigen nasal kanul 1 liter, dan menganjurkan kepada keluarga untuk selalu melakukan pemeriksaan kepada bayi diposyandu atau pelayanan kesehatan terdekat agar tidak terjadi penyakit yang berulang serta melanjutkan imunisasi yang belum terpenuhi (Budiono, 2015).

Mengingat kejadian Asfiksia Neonatorum terus meningkat maka penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut bagaimana memberikan asuhan keperawatan dengan Asfiksia Neonatorum di RSUD Koja, melalui pendekatan proses keperawatan.

## **B. Tujuan Penulisan**

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah :

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penulisan Karya Tulis Ilmiah yaitu agar penulis dapat memahami dan mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Anak dengan Asfiksia Neonatorum di ruang Perina RSUD Koja Jakarta Utara.

## **2. Tujuan Khusus**

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada kasus Asfiksia Neonatorum di ruang Perina RSUD Koja Jakarta Utara.
- b. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosis keperawatan pada kasus Asfiksia Neonatorum di ruang Perina RSUD Koja Jakarta Utara.
- c. Mahasiswa mampu merencanakan tujuan dan kriteria hasil pada kasus Asfiksia Neonatorum di ruang Perina RSUD Koja Jakarta Utara.
- d. Mahasiswa mampu merencanakan tindakan perawatan pada kasus Asfiksia Neonatorum di ruang Perina RSUD Koja Jakarta Utara.
- e. Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan pada kasus Asfiksia Neonatorum di ruang Perina RSUD Koja Jakarta Utara.
- f. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada kasus Asfiksia Neonatorum di ruang Perina RSUD Koja Jakarta Utara.
- g. Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian pada kasus Asfiksia Neonatorum di ruang Perina RSUD Koja Jakarta Utara.

## **C. Ruang Lingkup**

Ruang lingkup penulisan ini membahas asuhan keperawatan pada Anak dengan kasus Asfiksia Neonatorum menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi pada keluarga dengan masalah kesehatan Asfiksia Neonatorum dan dilakukan pada tanggal 15 Maret 2023 sampai dengan 17 Maret 2023.

#### **D. Metode Penulisan**

Metode yang digunakan penulis dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dan studi kepustakaan dengan membaca dan mempelajari buku sumber yang berhubungan terkait masalah Asfiksia Neonatorum, penulis mengambil kasus mengenai masalah kesehatan individu yaitu Asfiksia Neonatorum. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan antara lain wawancara: melalui tanya jawab dengan orang tua tentang masalah yang sedang dialami oleh anaknya. Pemeriksaan fisik digunakan dengan cara inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi pada bayi. Penulis juga menggunakan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana tindakan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi.

#### **E. Sistematika Penulisan**

BAB I, pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulis, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan, Bab II Tinjauan teori tister diri dari pengertian, klasifikasi, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, komplikasi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, konsep dasar askep, pengkajian keperawatan, Diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab III Tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian, keperawatan, implementasi Diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV Pembahasan tentang membandingkan dan masalah. Bab V Penutup meliputi

kesimpulan dan saran. Dalam karya tulis ilmiah ini dilengkapi dengan lampiran-lampiran dan Daftar Pustaka menganalisis teori dan kasus termasuk factor penghambat dan pendukung serta alternatif pemecahan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Masalah Asfiksia Neonatorum**

##### **1. Pengertian**

Asfiksia Neonatorum merupakan kegagalan bayi baru lahir untuk memulai dan melanjutkan pernafasan secara spontan dan teratur. Keadaan ini biasanya disertai dengan keadaan hipoksia. Asfiksia dapat terjadi karena kurangnya kemampuan organ pernapasan bayi dalam menjalankan fungsinya seperti mengembangkan paru (Nurhidayanti, 2022).

Akibat Asfiksia Neonatorum bayi mengalami kegagalan untuk memulai dan melanjutkan pernafasan secara spontan dan teratur pada saat bayi baru lahir atau beberapa saat sesudah lahir. Bayi mungkin lahir dalam kondisi asfiksia beberapa saat setelah lahir (Asfiksia Sekunder) (Sudarti dan Fauziah, 2018).

Klasifikasi Asfiksia Neonatorum menurut (Anik dan Eka, 2016).

##### **a. Asfiksia berat (nilai APGAR 0-3)**

Didapatkan frekuensi jantung <100 kali/menit, tonus otot buruk, sianosis, keadaan pada bayi dengan asfiksia berat memerlukan resusitasi segera secara tepat dan pemberian oksigen secara terkendali, apabila bayi dengan asfiksia berat maka berikan terapi oksigen 2-4 ml per kg berat badan karena pada bayi asfiksia berat dapat disertai asidosis.

b. Asfiksia sedang (nilai APGAR 4-6)

Pada bayi dengan asfiksia sedang memerlukan resusitasi dan pemberian oksigen sampai bayi dapat kembali bernapas normal.

c. Bayi normal atau asfiksia ringan (nilai APGAR 7-9).

Asfiksia biasanya merupakan akibat dari hipoksia janin yang menimbulkan denyut jantung janin lebih dari 100x/menit atau lebih dari 100 menit tidak teratur. mekonium dalam air ketuban pada janin letak kepala, apnea, pucat, sianosis, dan penatalaksanaan yang dapat dilakukan dalam merawat pasien asfiksia adalah dengan cara resusitasi.

d. Bayi normal dengan nilai APGAR 10

Pada bayi dengan nilai APGAR 10 atau dapat dikatakan normal tidak memerlukan tindakan khusus.

## **2. Patofisiologi**

### **a. Etiologi**

Asfiksia dalam kehamilan dapat disebabkan oleh usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. penyakit pembuluh darah ibu yang mengganggu pertukaran gas janin seperti hipertensi, hipotensi, gangguan kontraksi uterus penyakit infeksi akut atau kronis, anemia, berat, keracunan obat bius, uremia, toksemia gravidarum, cacat bawaan atau trauma (Kristiyanasari, 2019).

Menurut Nurarif (2016), Asfiksia dapat terjadi karena beberapa faktor, yaitu:

### 1) Faktor ibu

- a) Penyakit kronis (Diabetes Melitus, jantung, kekurangan gizi, dan ginjal).
- b) Hipoksia ibu.
- c) Gangguan aliran darah fetus (Gangguan kontraksi uterus pada hipertoni, hipotoni, tetani uteri, hipotensi mendadak pada ibu karena perdarahan, hipertensi pada penyakit toksemia, eklamsia).
- d) Penyakit selama kehamilan (Preeklamsia dan eklamsia).
- e) Persalinan patologis (presentasi bokong, letak lintang, partus lama, ketuban pecah dini, infeksi, vakum ekstraksi, forseps).
- f) Kehamilan lebih bulan ( $> 42$  minggu kehamilan).

### 2) Faktor plasenta

- a) Infark plasenta Terjadi pematangan plasenta, noduler, dan keras sehingga tidak berfungsi dengan pertukaran nutrisi
- b) Solusio plasenta Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri sebelum janin lahir. Biasanya terjadi pada trimester III, walaupun dapat pula terjadi pada setiap saat dalam kehamilan
- c) Plasenta previa Plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta terletak dibagian atas uterus.

### 3) Faktor neonatus

- a) Bayi prematur (kehamilan atresia/stenosis saluran pernafasan, hipoplasia paru.

#### **b. Proses Terjadinya Asfiksia Neonatorum**

Menurut Anik dan Eka (2016) Patofisiologi Asfiksia Neonatorum, dapat dijelaskan dalam dua tahap yaitu dengan mengetahui cara bayi memperoleh oksigen sebelum dan setelah lahir, dan dengan mengetahui reaksi bayi terhadap kesulitan selama masa transisi normal, yang dijelaskan sebagai berikut :

1. Cara bayi memperoleh oksigen sebelum dan setelah lahir: sebelum lahir paru janin tidak berfungsi sebagai sumber oksigen atau jalan untuk mengeluarkan karbondioksida. Pembuluh arterior yang ada di dalam paru janin dalam keadaan konstriksi sehingga tekanan oksigen ( $pO_2$ ) parsial rendah, hampir seluruh darah dari jantung kanan tidak dapat melalui paru karena konstriksi pembuluh darah janin, sehingga darah dialirkan melalui pembuluh yang bertekanan lebih rendah yaitu duktus arteriosus kemudian masuk ke aorta. Setelah lahir, bayi akan segera bergantung pada paru-paru sebagai sumber utama oksigen. Cairan yang mengisi alveoli akan diserap kedalam jaringan paru, dan alveoli akan berisi udara. Pengisian alveoli oleh udara akan memungkinkan oksigen mengalir kedalam pembuluh darah disekitar alveoli. Arteri dan vena umbilikus akan menutup sehingga menurunkan tahanan pada sirkulasi plasenta dan

meningkatkan tekanan darah sistemik. Akibat tekanan udara dan peningkatan kadar oksigen di alveoli, pembuluh darah paru akan mengalami relaksasi sehingga tahanan terhadap aliran darah berkurang. Keadaan relaksasi tersebut dan peningkatan tekanan darah sistemik, menyebabkan tekanan pada arteri pulmonalis lebih rendah dibandingkan tekanan sistemik sehingga aliran darah paru meningkat sedangkan aliran pada duktus arteriosus menurun. Oksigen yang diabsorpsi di alveoli oleh pembuluh darah di vena pulmonalis dan darah yang banyak mengandung oksigen kembali ke bagian jantung kiri, kemudian dipompakan keseluruh tubuh bayi baru lahir. Pada kebanyakan keadaan, udara menyediakan oksigen (21%) untuk menginisiasi relaksasi pembuluh darah paru, pada saat kadar oksigen meningkat dan pembuluh paru mengalami relaksasi, duktus arteriosus mulai menyempit, Darah yang sebelumnya melalui duktus arteriosus sekarang melalui paru-paru, akan mengambil banyak oksigen untuk dialirkan keseluruh jaringan tubuh. Pada akhir masa transisi normal, bayi menghirup udara dan menggunakan paru-parunya untuk mendapatkan oksigen. Tangisan pertama dan tarikan nafas yang dalam akan mendorong cairan dari jalan nafasnya, Oksigen dan pengembangan paru merupakan rangsang utama relaksasi pembuluh darah paru, Pada saat oksigen masuk adekuat dalam pembuluh darah, warna kulit bayi akan berubah dari abu-abu/biru menjadi kemerahan.

2. Reaksi bayi terhadap kesulitan selama masa transisi normal: Bayi baru lahir akan melakukan usaha untuk menghirup udara kedalam paru-parunya, Hal ini mengakibatkan cairan paru keluar dari alveoli ke jaringan interstitial di paru sehingga oksigen dapat dihantarkan arteriol pulmonal dan menyebabkan arteriol berelaksasi, Jika keadaan ini terganggu maka arteriol pulmonal akan tetap berkonstriksi, alveoli tetap terisi cairan dan pembuluh darah arteri sistemik tidak mendapat oksigen. Pada saat pasokan oksigen berkurang, akan terjadi konstriksi arteriol pada organ seperti usus, ginjal, otot dan kulit, namun demikian aliran darah ke jantung dan otak tetap stabil atau meningkat untuk mempertahankan pasokan oksigen, penyesuaian distribusi aliran darah akan menolong kelangsungan fungsi organ-organ vital, walaupun demikian jika kekurangan oksigen berlangsung terus maka terjadi kegagalan peningkatan curah jantung, penurunan tekanan darah, yang mengakibatkan aliran darah ke seluruh organ berkurang.
3. Sebagai akibat dari kekurangan perfusi oksigen dan oksigenasi jaringan, akan menimbulkan kerusakan jaringan otak yang irreversible, kerusakan organ tubuh lain, atau kematian. Keadaan bayi yang membahayakan akan memperlihatkan satu atau lebih tanda-tanda klinis: Tanda-tanda tonus otot tersebut seperti: Tonus otot buruk karena kekurangan oksigen pada otak, otot dan organ lain: depresi pernafasan karena otak kekurangan oksigen.

Brakikardia (penurunan frekuensi jantung) karena kekurangan oksigen pada otot jantung atau sel otak. Tekanan darah rendah karena kekurangan oksigen pada otot jantung, kehilangan darah atau kekurangan aliran darah yang kembali ke plasenta sebelum dan selama proses persalinan. Takipneu (pernafasan cepat) terjadi karena kegagalan absorpsi cairan paru-paru dan sianosis karena kekurangan oksigen didalam darah.

### **c. Manifestasi Klinis**

Menurut Sudarti dan Fauziah (2018), gejala dan tanda asfiksia yaitu :

- 1) Tidak bernapas atau napas megap-megap atau pernapasan lambat (kurang dari 30 kali permenit).

Apnea dibagi menjadi dua bagian, yaitu :

- a) Apneu primer : pernapasan cepat, denyut nadi menurun, dan tonus neuromuskular menurun.
  - b) Apneu sekunder : apabila asfiksia berlanjut, bayi menunjukkan pernapasan megap-megap yang dalam, denyut jantung terus menurun, terlihat lemah (pasif), dan pernapasan makin lama makin lemah.
- 2) Pernafasan tidak teratur, dengkur atau retraksi (perlekukan dada)
  - 3) Tangisan lemah atau merintih
  - 4) Warna kulit

- a) Puncat dan ada tanda-tanda syok (untuk tanda asfiksia berat)
- b) Sianosis (untuk tanda asfiksia ringan)
- 5) Tonus otot lemas atau ekstermitas terkulai
- 6) Denyut jantung tidak ada atau lambat
  - a) Bradikardia (kurang dari 100 kali/menit) untuk gejala asfiksia berat
  - b) Takhikardia (lebih dari 140 kali/menit) untuk gejala asfiksia ringan

**d. Komplikasi**

Komplikasi yang muncul pada asfiksia neonatus menurut Anik dan Eka (2016). Asfiksia Neonatorum dapat menyebabkan komplikasi pasca hipoksia, yang dijelaskan menurut beberapa pakar antara lain berikut ini:

- 1) Pada keadaan hipoksia akut akan terjadi redistribusi aliran darah sehingga organ vital seperti otak, jantung, dan kelenjar adrenal akan mendapatkan aliran yang lebih banyak dibandingkan organ lain. Perubahan dan redistribusi aliran terjadi karena penurunan resistensi vascular pembuluh darah otak dan jantung serta meningkatnya asistensi vascular di perifer.
- 2) Faktor lain yang dianggap turut pula mengatur redistribusi vascular antara lain timbulnya rangsangan vasodilatasi serebral akibat hipoksia yang disertai saraf simpatis dan adanya aktivitas kemoreseptor yang diikuti pelepasan vasopressin.

3) Pada hipoksia yang berkelanjutan, kekurangan oksigen untuk menghasilkan energy bagi metabolisme tubuh menyebabkan terjadinya proses glikolisis an aerobik. Produk sampingan proses tersebut (asam laktat dan piruverat) menimbulkan peningkatan asam organik tubuh yang berakibat menurunnya pH darah sehingga terjadilah asidosis metabolik. Perubahan sirkulasi dan metabolisme ini secara bersama-sama akan menyebabkan kerusakan sel baik sementara ataupun menetap.

Komplikasi meliputi berbagai organ yaitu :

- 1) Otak: Hipoksia iskemik ensefalopati, edema serebri, palsiserebralis
- 2) Jantung dan Paru : Hipertensi pulmonal persisten pada neonatus, perdarahan paru, edema paru
- 3) Grastrontensial : Enterokolitis nekrotikan
- 4) Ginjal: Tubular nekrosis akut

#### **e. Tanda dan Gejala**

Tanda dan gejala Asfiksia Neonatorum menurut Menurut Arfiana & Lusiana (2017) antara lain pernafasan megap-mengap dan dalam, pernapasan tidak teratur, tangisan lambat atau merintih, warna kulit pucat atau biru, tonus otot lemas atau ekstremitas lemah, nadi cepat, denyut jantung lambat (bradikardi kurang dari 100 kali per menit), menurunnya O<sub>2</sub>, meningginya CO<sub>2</sub>, dan penurunan Ph. Pada umumnya, Asfiksia Neonatorum dengan masalah kekurangan O<sub>2</sub> menunjukkan pernapasan yang cepat dalam periode yang singkat

apabila asfiksia berlanjut, gerakan pernapasan berhenti dan denyut jantung menurun. Sedangkan tonus neuromuscular berkurang secara berangsur-angsur dan memasuki periode apneu primer.

Adapun gejala dan tanda Asfiksia Neonatorum yang khas antara lain pernapasan cepat, pernapasan cuping hidung dan nadi berdenyut cepat, anak terlihat lemas, menurunnya tekanan  $O_2$  anaerob ( $PaO_2$ ), meningginya tekanan  $CO_2$  darah ( $PaCO_2$ ), menurunnya Ph (akibat asidosis respiratorik dan metabolik), yang digunakan sebagai sumber glikogen bagi tubuh anak dan metabolisme anaerob, serta terjadinya perubahan sistem kardiovaskuler. Pada asfiksia tingkat selanjutnya, juga akan terjadi perubahan yang disebabkan oleh beberapa keadaan, diantaranya adalah hilangnya sumber glikogen dalam jantung sehingga mempengaruhi fungsi jantung, terjadinya asidosis metabolik yang mengakibatkan menurunnya sel jaringan termasuk otot jantung sehingga menimbulkan kelemahan jantung dan pengisian udara alveolus kurang adekuat sehingga darah mengalami gangguan.

### **3. Pelaksanaan Keperawatan**

Menurut Kristyanasari (2019) penanganan pada bayi Asfiksia Neonatorum dapat dilakukan tindakan resusitasi dengan tingkat Asfiksia yaitu :

#### **1. Asfiksia ringan**

Bayi dibungkus dengan kain hangat, bersihkan jalan nafas dengan

penghisapan sekret pada hidung dan mulut, bersihkan badan dan tali pusat, dan lakukan observasi tanda-tanda vital dan apgar score dan masukan kedalam inkubator.

2. Asfiksia sedang (apgar score 4-6)

Bersihkan jalan nafas, berikan oksigen sesuai kebutuhan, rangsang pernafasan dengan menepuk telapak kaki apabila belum ada reaksi, bantu pernapasan melalui masker oksigen, dan bila bayi sudah mulai bernafas tetapi masih sianosis berikan natrium bikarbonat 7,5 % sebanyak 6cc, dekstosa 40% sebanyak 4cc disuntikkan melalui vena umbilicus secara perlahan-lahan, untuk mencegah tekanan intra kranial meningkat.

3. Asfiksia berat (apgar score 0-3)

Bersihkan nafas sambil pompa melalui ambubag, berikan oksigen sesuai kebutuhan, dan apabila bayi sudah mala bernafas tetapi masih sianosis berikan natrium bikarbonat 7,5% sebanyak 6cc, dekstrosa 40% sebanyak 4cc.

#### **4. Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan laboratorium yang menunjang terjadinya asfiksia antara lain, Pemeriksaan lab hematologi merupakan penilaian dasar untuk beberapa komponen darah, mulai dari komponen eritrosit (sel darah merah), leukosit (sel darah putih) hingga komponen trombosit (sel terkecil dari darah) pemeriksaan ini dapat dilakukan untuk mengevaluasi atau mendeteksi berbagai kondisi medis. Analisa Gas Darah (AGD) merupakan

prosedur pemeriksaan medis yang bertujuan untuk mengukur jumlah oksigen dan karbondioksida dalam darah. PH dan basis defisit pada tali pusat atau gas darah pertama berguna untuk menentukan bayi yang baru lahir memiliki asfiksia memerlukan evaluasi lebih lanjut untuk pengembangan hipoksia iskemik ensefalopati. Elektrolit, komplikasi metabolic terjadi didalam tubuh akibatnya persediaan garam garam sektrolit sebagai buffer juga terganggu keseimbangannya. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui kandungan ureum, natrium dan katon atau protein yang dapat menentekukan apakah asfiksia berdampak pada kegagalan ginjal atau tidak, hal ini juga disampaikan dalam penelitian Amelia Nurhidayanti (2022) yang menyatakan bahwa diagnosis dini pada bayi baru lahir dengan asfiksia yang menimbulkan gagal ginjal dapat dilakukan dengan dengan pemantauan kreatinin serum dan urin. Selain itu pemantauan parameter ginjal biokimia juga perlu dilakukan.

Pemeriksaan Apgar juga dapat dilakukan untuk mengetahui tindakan selanjutnya yang akan dilakukan. System skoring cepat yang didasarkan pada respon fisiologi terhadap proses kelahiran, merupakan metode yang sangat baik untuk menilai apakah bayi yang baru lahir membutuhkan resusitasi atau tidak dan dapat juga dengan dilakukan emeriksaan radiologi, USG kepala: kemungkinan dapat mendeteksi perdarahan, CT-scan kepala dan Rontgen thorax (Amelia Nurhidayanti, 2016).

## **5. Konsep tumbuh kembang bayi baru lahir**

Menurut Arfiana & Lusiana (2017) kemampuan perkembangan anak usia

0-3 bulan yaitu :

a. Motorik Kasar

Mengangkat kepala setinggi 45°, menahan kepala tetap tegak, menggerakkan kepala dari kiri/kanan ke tengah dan berguling.

b. Motorik Halus

Melihat dan menatap wajah, meraih dan menendang mainan yang di gantung, merespon dengan senyum, meraba dan memegang benda.

c. Bicara dan Bahasa

Merespon dengan bersuara dan tersenyum, mengajak bayi tersenyum, berbicara dan mengenali berbagai suara.

d. Sosialisasi dan Kemandirian

Mengenal orang terdekat melalui penglihatan, penciuman, pendengaran dan kontak.

Dampak hospitalisasi terhadap tumbuh kembang anak menurut Budiono (2015), Hospitalisasi merupakan salah satu pengalaman yang tidak menyenangkan baik bagi anak maupun orang tua. Beberapa stressor akan dihadapi saat anak akan dirawat, selama perawatan hingga sampai pemulangnya kembali ke rumah. Beberapa faktor yang dapat menimbulkan stress bagi anak yang menjalani hospitalisasi seperti :

- a. Perubahan suasana lingkungan; dimana anak yang dirawat akan merasakan suasana rumah sakit yang berbeda, wajah orang yang banyak tidak dikenal, bau khas rumah sakit, maupun bunyi yang muncul dari alat kesehatan yang digunakan pasien, dan lain-lain.

- b. Orang baru yang tidak dikenal; anak akan merasakan stressor perpisahan dengan orang yang berarti baginya, seperti anggota keluarga, teman-teman lingkungan rumah, sekolah, dan lain-lain.
- c. Faktor berkurang atau hilangnya kebebasan : akibat dirawat maka terdapat beberapa aturan dan prosedur medis yang harus dilakukan, anak juga tidak bisa melakukan kegiatan yang rutin dilakukan sebelum dirawat termasuk aktifitas bermain dan lain-lain.
- d. Faktor fisik ; akibat kondisi sakitnya anak akan mengalami keadaan ketidakberdayaan, anak tidak mampu melakukan aktifitas rutinnnya yang biasanya dapat dilakukan secara mandiri.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

Pengkajian asuhan keperawatan pada bayi baru lahir menurut Novvi & Elsi (2016) antara lain yaitu :

### **1. Pengkajian Fokus Keperawatan**

#### 1. Identitas

Terdiri dari nama, umur atau tanggal lahir, jenis kelamin, anak keberapa, jumlah saudara dan identitas orangtua.

#### 2. Keluhan Utama

Faktor pencetus dan faktor predisposisi yang berhubungan dengan masalah yang sedang terjadi.

#### 3. Riwayat persalinan dan melahirkan

Bagaimana proses persalinan, apakah spontan, premature, aterm, letak bayi dan seberapa lama waktu yang dibutuhkan dalam proses

persalinan.

#### 4. Riwayat Kelahiran

Kondisi kesehatan bayi baru lahir, berat dan panjang badan, waktu peningkatan berat badan, skor apgar.

#### 5. Pertumbuhan dan Perkembangan

Terdapat atau tidak masalah selama kelahiran bayi, tindakan apa saja yang dilakukan.

#### 6. Kebutuhan nutrisi

Nutrisi Pada bayi dengan asfiksia membatasi intake oral, karena organ tubuh terutama lambung belum sempurna, selain itu juga bertujuan untuk mencegah terjadinya aspirasi pneumonia.

#### 7. Pola Tidur

Istirahat tidur kurang karena adanya gangguan sesak nafas.

## 2. Pemeriksaan Fisik

Menurut Masruroh (2016) antara lain :

#### a. Keadaan Umum

Gambaran adanya tanda distress yaitu warna buruk, meringis, alis berkerut, reflek menggenggam, mengisap, menelan dan reflek muntah tidak ada, lemah.

#### b. Tanda-tanda Vital

Pasien bayi dengan asfiksia mengalami peningkatan respirasi dan peningkatan frekuensi denyut jantung.

#### c. Pernapasan

Terdapat penggunaan otot aksesori yaitu pernafasan cuping hidung atau substernal, intercostal, atau retraksi subklavikular. Pernafasan tidak teratur menetap. Terdapat bunyi nafas tambahan, auskultasi bunyi nafas tambahan untuk menentukan perlu atau tidak penghisapan lendir. Takipnea frekuensi dibawah 60 kali/menit dan apnea >15-20 detik.

d. Neuromuskular

Terjadi hipotonia yaitu control kepala yang buruk dan terkulai, serta hipertonia yaitu gelisah, tangan fleksi sangat kencang, kaki kaku terekstensi, mudah terkejut.

e. Kulit

Pada bayi baru lahir dengan asfiksia terlihat sianosis umum dan pucat.

f. Hidung

Pada bayi baru lahir dengan asfiksia terjadi pelebaran cuping hidung.

### 3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada bayi baru lahir dengan Asfiksia menurut Anik dan Eka (2016) antara lain :

- a. Bersihan jalan tidak efektif berhubungan dengan obstruksi lendir
- b. Risiko ketidakseimbangan suhu tubuh berhubungan dengan paparan udara luar
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan hipoksia.
- d. Pola napas tidak efektif hubungan dengan hambatan upaya napas.
- e. Risiko cedera b.d anomali kongenital tidak terdeteksi atau tidak teratasi pemajanan pada agen-agen infeksius.

#### 4. Perencanaan Keperawatan

Intervensi dari beberapa diagnosis yang muncul pada Asfiksia menurut Nurarif & Kusuma (2015) antara lain :

a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi lendir.

1) Kemungkinan dibuktikan oleh

- a) Frekuensi pernapasan.
- b) Suara napas tambahan.
- c) Pernapasan cuping hidung.

2) Intervensi

Manajemen Jalan Napas

Observasi

- a) Monitor bunyi napas. Rasiona: bunyi napas vesikuler
- a) Monitor status pernafasan dan oksigenasi. Rasional: Memonitor respirasi dan keadekuatan oksigen.
- b) Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas. Rasional: Monitor keadekuatan pernafasan.
- c) Monior suara nafas tambahan. Rasional: Mengetahui ada atau tidaknya sumbatan pada jalan nafas.
- d) Monitor pola nafas. Rasional: Memonitor keadaan pernafasan pasien.

Terapeutik

- a) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Rasional : Ventilasi maksimal

- b) Keluarkan sekret dengan suction. Rasional: Sekret dapat keluar dengan suction.
- c) Catat area yang ventilasinya menurun atau tidak dan adanya suara tambahan. Rasional: Untuk memaksimalkan potensial ventilasi.
- d) Catat pergerakan dada, ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas dan retraksi pada otot supraclavicular dan interkosta. Rasional: Melihat apakah ada gangguan pada ventilasi.
- e) Kaji perlunya penyedotan pada jalan nafas dengan auskultasi suara nafas ronkhi di paru. Rasional: Membantu memaksimalkan pernafasan.

#### Kolaborasi

- a) Regulasi asupan cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan cairan. Rasional: Intake cairan terpenuhi secara optimal dan seimbang.
- b) Risiko ketidakseimbangan suhu tubuh berhubungan dengan paparan udara luar.
  - 1) Kemungkinan dibuktikan oleh
    - d) Suhu tidak stabil
    - e) Hipertermi.
    - f) Hipotermi
    - g) Nafas tidak teratur

## 2) Intervensi

Pengaturan suhu.

Observasi

- a) Monitor suhu paling tidak setiap 2 jam. Rasional: Suhu termonitor per 2 jam
- b) Monitor tekanan darah, nadi dan respirasi. Rasional: Tekanan darah, nadi dan respirasi termonitor.
- c) Monitor dan laporkan adanya tanda dan gejala dari hipotermia dan hipertermi. Rasional: Tanda hipotermia dan hipertermia termonitor.
- d) Monitor dan laporkan adanya tanda dan gejala dari hipotermia dan hipertermi. Rasional: Tanda hipotermia dan hipertermia termonitor.
- e) Monitor dan laporkan adanya tanda dan gejala dari hipotermia dan hipertermi. Rasional: Tanda hipotermia dan hipertermia termonitor.

Terepeutik

- a) Tingkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat. Rasional: Untuk memenuhi kebutuhan intake cairan dan nutrisi.
- b) Selimuti bayi segera setelah lahir untuk mencegah kehilangan panas. Rasional: Selimuti tubuh sehingga pasien tidak kehilangan panas tubuh.
- c) Informasikan mengenai indikasi adanya hipotermia dan

- d) penanganan emergensi yang tepat. Rasional: Keluarga mengetahui tentang hipotermia dan penanganannya.

Manajemen obat.

- a) Tentukan obat apa yang diperlukan menurut resep atau protocol.  
Rasional: Mencukupi kebutuhan obat yang diperlukan.
- b) Monitor efektifitas cara pemberian yang sesuai. Rasional:  
Mengetahui cara pemberian obat yang sesuai pada neonatus.
- c) Monitor efek samping obat. Rasional: Mengetahui dampak yang akan terjadi setelah pemberian obat
- c) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan hipoksia.
- 1) Kemungkinan dibuktikan oleh
    - a) Saturasi oksigen menurun.
    - b) Sianosis.
  - 2) Intervensi:
 

Manajemen jalan nafas.

Observasi

    - d) Monitor bunyi napas. Rasional: bunyi napas vesikuler
    - f) Monitor status pernafasan dan oksigenasi. Rasional:  
Memonitor respirasi dan keadekuatan oksigen.
    - g) Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas.  
Rasional: Monitor keadekuatan pernafasan.
    - h) Monitor suara nafas tambahan. Rasional: Mengetahui ada atau tidaknya sumbatan pada jalan nafas.

- i) Monitor pola nafas. Rasional: Memonitor keadaan pernafasan pasien.

#### Terapeutik

- e) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Rasional : Ventilasi maksimal
- f) Keluarkan sekret dengan suction. Rasional: Sekret dapat keluar dengan suction.
- g) Catat area yang ventilasinya menurun atau tidak dan adanya suara tambahan. Rasional: Untuk memaksimalkan potensial ventilasi.
- h) Catat pergerakan dada, ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas dan retraksi pada otot supraclavículas dan interkosta. Rasional: Melihat apakah ada gangguan pada ventilasi.
- j) Kaji perlunya penyedotan pada jalan nafas dengan auskultasi suara nafas ronkhi di paru. Rasional: Membantu memaksimalkan pernafasan.

#### Kolaborasi

- b) Regulasi asupan cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan cairan. Rasional: Intake cairan terpenuhi secara optimal dan seimbang.

#### Terapi oksigen.

- a) Bersihkan mulut, hidung dan sekresi trakea dengan tepat.

Rasional: Membantu memaksimalkan pernafasan.

- b) Pertahankan kepatenan jalan nafas. Rasional : Menjaga keadekuatan ventilasi.
  - c) Siapkan peralatan oksigen. Rasional: Membantu dalam upaya pernafasan.
  - d) Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan. Rasional : Mencukupi kebutuhan oksigen sesuai kebutuhan.
  - e) Memonitor aliran oksigen. Rasional : Menjaga aliran oksigen mencukupi kebutuhan pasien
- d) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.
- 1) Kemungkinan dibuktikan oleh
    - a) Penggunaan otot bantu nafas.
    - b) Suara nafas tambahan.
    - c) Retraksi dinding dada.
  - 2) Intervensi:
 

Manajemen jalan nafas.

Observasi

    - e) Monitor bunyi napas. Rasional: bunyi napas vesikuler
    - k) Monitor status pernafasan dan oksigenasi. Rasional: Memonitor respirasi dan keadekuatan oksigen.
    - l) Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas. Rasional: Monitor keadekuatan pernafasan.
    - m) Monitor suara nafas tambahan. Rasional: Mengetahui ada atau

tidaknya sumbatan pada jalan nafas.

- n) Monitor pola nafas. Rasional: Memonitor keadaan pernafasan pasien.

#### Terapeutik

- a) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Rasional : Ventilasi maksimal
- b) Keluarkan sekret dengan suction. Rasional: Sekret dapat keluar dengan suction.
- c) Catat area yang ventilasinya menurun atau tidak dan adanya suara tambahan. Rasional: Untuk memaksimalkan potensial ventilasi.
- d) Catat pergerakan dada, ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas dan retraksi pada otot supraclavículas dan interkosta. Rasional: Melihat apakah ada gangguan pada ventilasi.
- o) Kaji perlunya penyedotan pada jalan nafas dengan auskultasi suara nafas ronkhi di paru. Rasional: Membantu memaksimalkan pernafasan.

#### Kolaborasi

- a) Regulasi asupan cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan cairan. Rasional: Intake cairan terpenuhi secara optimal dan seimbang.

#### Monitor pernapasan.

- a) Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas.  
Rasional: Monitor keadekuatan pernafasan.
  - b) Catat pergerakan dada, ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot bantu nafas dan retraksi pada otot supraclavicular dan interkosta. Rasional: Melihat apakah ada gangguan pada ventilasi.
  - c) Memonitor suara nafas tambahan. Rasional: Mengetahui ada atau tidaknya sumbatan pada jalan nafas.
  - d) Memonitor pola nafas. Rasional: Memonitor keadaan pernafasan pasien.
  - e) Kaji perlunya penyedotan pada jalan nafas dengan auskultasi suara nafas ronkhi di paru. Rasional: Membantu memaksimalkan pernafasan.
- e) Risiko Cidera b.d normal kongenital tidak terdeteksi atau tidak teratasi pemajanan pada agen-agen infeksius.
- 1) kemungkinan dibuktikan oleh:
    - a) Memegang/menggendong bayi tidak tepat.
    - b) Memelihara lingkungan untuk mencegah jatuh.
  - 2) Intervensi
- Pengajaran : Keselamatan Bayi 0-3 Bulan.
- Observasi
- a) Monitor tanda dan gejala adanya infeksi sistemik dan local.  
Rasional: mengetahui adanya tanda dan gejala infeksi sistemik

dan local.

- b) Monitor kerentanan terhadap infeksi. Rasional: mengetahui kerentanan terhadap infeksi.

Terapeutik

- a) Memasang side rail tempat tidur. Rasional: Untuk mencegah jatuh.
- b) Menganjurkan orang tua untuk menemani pasien. Rasional: Untuk menjaga kedekatan antara ibu dengan bayi.

Kolaborasi

- c) Berikan agen imunisasi. Rasional: pasien sudah diberikan imunisasi.

## 5. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan yang ditemukan menurut Kristiyanasari (2019). Intervensi keperawatan diidentifikasi dan ditulis selama tahap perencanaan proses keperawatan, namun intervensi keperawatan sebenarnya dilaksanakan selama tahap implementasi. Intervensi keperawatan mencakup asuhan langsung dan tidak langsung yaitu :

### a. Independen

Tindakan yang secara hukum boleh dilakukan oleh perawat sesuai pengetahuan dan keterampilan. Intervensi tersebut mencakup perawatan fisik, pengkajian kontinu, dukungan dan kenyamanan emosional, penyuluhan, konseling, manajemen lingkungan, dan melakukan perujukan ke tenaga kesehatan professional lain.

b. **Dependen**

Tindakan yang dilakukan perawat dalam melaksanakan kegiatannya atas atau intruksi dari perawat lain.

c. **Interdependen**

Tindakan yang dilakukan perawat berkolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain, seperti ahli terapi fisik, petugas dinas sosial, ahli gizi dan dokter.

**6. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah. Ada dua komponen untuk mengevaluasi kualitas tindakan keperawatan (Kristiyanasari 2019):

a. **Evaluasi proses**

Berfokus pada bagaimana asuhan keperawatan diberikan.

b. **Evaluasi hasil**

Berfokus pada hasil keseluruhan asuhan keperawatan.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan pada bayi Ny. M dengan Asfiksia Neonatorum di Ruang Kamar Perina RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 15 maret 2023 sampai dengan 17 maret 2023 dengan menggunakan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 maret 2023 sampai dengan 17 maret 2023, data-data yang didapat oleh penulis merupakan pengamatan secara langsung, seperti pengkajian fisik, catatan-catatan rekam medis, catatan keperawatan serta hasil pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien

##### **1. Data Biografi**

###### **a. Identitas Pasien**

Pasien masuk pada tanggal 14 maret 2023, pasien bernama Bayi Ny. M, jenis kelamin laki-laki, usia saat pengkajian 1 hari 0 bulan, beragama Islam, pendidikan belum sekolah

###### **b. Identitas Orang Tua**

Nama Ibu Ny. M usia 30 tahun, pendidikan SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, beragama Islam, warga negara Indonesia, dan Ayah Tn. R usia 40 tahun, Pendidikan SMA, pekerjaan wiraswasta, beragama,

Islam dan warga negara Indonesia. Bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, alamat jalan plumpang RT 004 RW 005 No. 21 Jakarta Utara.

## 2. Resume

Pasien lahir secara SC dengan aspirasi mekonium, posisi bayi sungsang dan air ketuban berwarna hijau pada tanggal 14 maret 2023 jam 09.30 WIB dari ibu G2P1A0 hamil 39 minggu dengan riwayat plasenta previa. Diagnosis medis pasien Asfiksia Neonatorum. Menurut catatan rekam medis, bayi lahir merintih, bayi tampak lemah, pasien nampak menggunakan otot bantu pernapasan cuping hidung disertai retraksi dinding dada, bayi nampak sianosis, bayi terpasang NCPAP EEP8 FI02 40%, Apgar Score 6/7, faktor pencetusnya adalah aspirasi mekonium, berat badan 2700 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 33 cm, suhu: 36,5 derajat celcius, nadi: 145x/menit, pernapasan: 65x/menit, SPO2: 89%, Masalah keperawatan yang muncul bersihan jalan napas tidak efektif, termoregulasi tidak efektif, defisit nutrisi, risiko infeksi, defisit pengetahuan pada orang tua dan anxietas pada orang tua. Tindakan keperawatan mandiri yang sudah dilakukan adalah mengkaji keadaan umum pasien sakit sedang, mengkaji tanda-tanda vital: suhu: 36,5 derajat celcius, nadi: 145x/menit, pernapasan: 65x/menit, SPO2: 89% dan tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan memberikan NCPAP PEEP8, FLO 6, F<sub>1</sub>O<sub>2</sub> 40%, memberikan Gentamycin 1x10mg rute IV, Vicilin 2x150mg rute IV, Vit Neo K 1mg rute IV, pasien

terpasang OGT, infus OtsuD5% 400cc/24 jam. GDS 14 maret 2023: 45mg/dl (40-150), hasil lab hematologi tanggal 14 maret 2023 : Hemoglobin 17.0 g/dl(15.0 – 24.6); Leukosit 24.01 sel/mm<sup>3</sup> (9.000-3.000), Hemotokrit 53.0 (150.450), Trombosit 140.000/dl (150-450rb/dl). Analisa Gas darah 14 maret 2023 : pH 7,27 (7,38-7,80), pCO<sub>2</sub> 35,1 mmHg (38-42), pO<sub>2</sub> 71.6 mmHg (75-100), HCO<sub>3</sub> 16.5 mEq/L (22-28). Elektrolit 14 maret 2023 : Natrium 125 mEq/L (135-145), Kalium 3,27 mEq/L (3,5-5,3), Klorida 104 mEq/L (100-106). Hasil foto thorax pada tanggal 14 Maret 2023 : paru: hillus tidak memadat, infiltrate parahilar kiri.

### **3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu**

#### **a. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran**

##### **1) Antenatal Care (ANC)**

Menurut ibu pasien, selama kehamilan tidak pernah mengalami penyakit tertentu. Pemeriksaan dilakukan secara rutin di periksa oleh Bidan di Puskesmas dan selama kehamilan ibu mendapatkan suntik tetanus toksoid satu kali. Riwayat pengobatan ibu pasien tidak ada.

##### **2) Masa Natal**

Usia kehamilan saat kelahiran 39 minggu dengan riwayat plasenta previa, bayi lahir secara SC dengan posisi bayi sungsang, kelahiran dibantu oleh dokter, berat badan bayi saat lahir 2700gr panjang badan 49 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 33 cm, pengobatan yang didapat suntik Vit Neo K, salep mata dan

imunisasi HB0.

3) Neonatal

Bayi lahir secara SC dengan aspirasi mekonium, posisi bayi sungsang dan air ketuban berwarna hijau, bayi merintih, tidak ada cacat kongenital, tidak ada ikterus, perdarahan normal, dan tidak ada trauma persalinan.

b. Riwayat Pertumbuhan Dan Perkembangan

Pada pasien tidak ditemukan tanda-tanda kelainan dalam pertumbuhan dan perkembangannya.

c. Penyakit – Penyakit Yang Pernah Diderita

Tidak ada

d. Pernah dirawat dirumah sakit

Pasien belum pernah dirawat dirumah sakit

e. Obat-obatan

pasien belum pernah mengkonsumsi obat-obatan

f. Tindakan (misalnya: operasi)

Pasien belum pernah dilakukan tindakan seperti operasi

g. Alergi

Pasien tidak memiliki alergi obat, makanan dan apapun itu

h. kecelakaan

Pasien tidak pernah memiliki riwayat kecelakaan

i. imunisasi

Bayi mendapatkan imunisasi vaksin Hepatitis B0 setelah 24 jam lahir

j. kebiasaan sehari-hari

1) Pola pemahaman nutrisi

a) Asi atau susu buatan

pasien mendapatkan pemenuhan nutrisi pada hari ke 2 diberikan susu formula SGM, waktu pemberian per 3 jam.

b) Makanan padat

Pasien belum makan makanan padat karena umurnya masih 1 hari

Vitamin: pasien tidak mengkonsumsi Vitamin

Pola makan dan minum: pasien minum susu formula setiap 3 jam sekali 30ml

2) Pola tidur

pola tidur pasien tidak tentu dikarenakan pasien terkadang terbangun karena diapersnya terasa penuh dan juga terkadang terbangun karena haus.

3) Pola aktivitas/latihan/olahraga/bermain/hobby

Pola aktivitas pasien hanya beraktivitas tidur dan bangun karena haus dan diapersnya penuh

4) Pola kebiasaan diri

Pola Kebiasaan diri pasien hanya di seka 2x sehari pagi dan sore, mengganti diapers setiap 3 jam sekali atau saat diapers penuh

5) Pola eliminasi

Pasien selama diruang perina belum BAB, waktu tidak tentu.

Pasien buang air kecil 5-6x/hari, warna kuning jernih, pasien tidak ada keluhan yang berhubungan dengan buang air kecil, pasien masih mengompol karena umur pasien masih 1 hari.

6) Kebiasaan lain

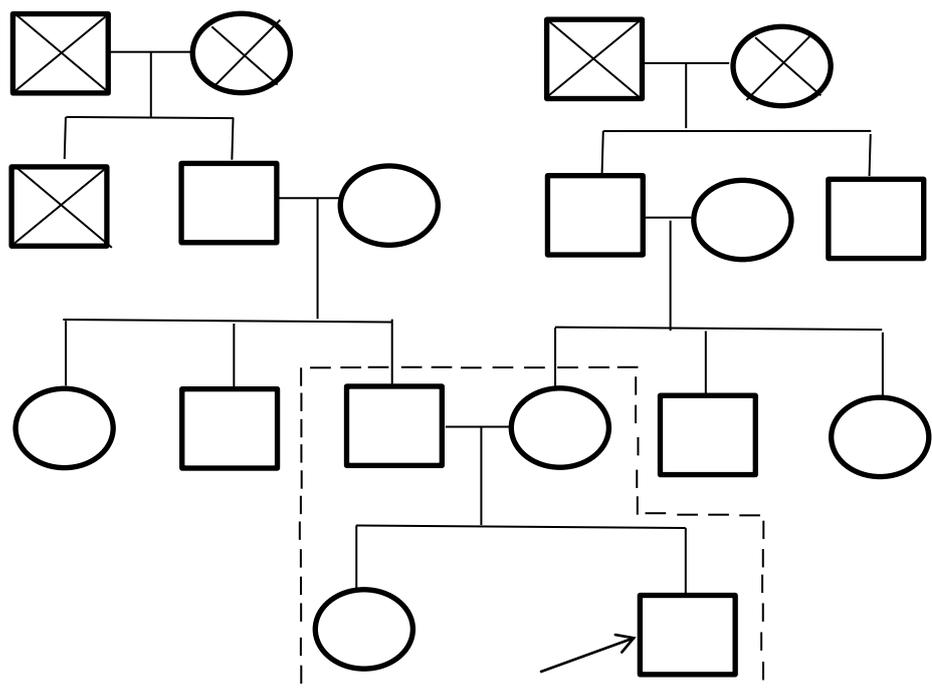
Tidak ada kebiasaan yang bisa pasien lakukan.

7) Pola asuh

Pola asuh pasien sejak lahir pasien diasuh atau dijaga oleh perawat.

k. Riwayat kesehatan keluarga

1) Susunan keluarga



Keterangan :



= Laki – Laki



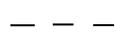
= Meninggal



= Perempuan



= Pasien



= Tinggal Serumah



= Menikah

## 2) Riwayat penyakit keluarga

Di dalam keluarga pasien baik nenek, kakek, ibu, ayah, dan anggota keluarga lain tidak memiliki riwayat penyakit seperti ginjal, jantung, DM, hipertensi, kanker, gangguan mental, alergi dll.

## 3) Koping keluarga

Mekanisme koping keluarga adaptif dalam memecahkan masalah yaitu dengan musyawarah.

## 4) Sistem nilai

Sistem nilai dari keluarga pasien tidak memiliki nilai yang bertentangan dengan kesehatan.

## 5) Sistem nilai

Sistem nilai dari keluarga pasien tidak memiliki nilai yang bertentangan dengan kesehatan.

## 6) Spiritual

Menurut keluarga pasien tidak ada sistem nilai yang bertentangan dalam menjalani pengobatan.

l. Riwayat kesehatan lingkungan

Kondisi lingkungan: kondisi rumah pasien cukup aman dan nyaman. Polusi: letak rumah pasien berada didalam gang dan, jauh dari tempat industri pabrik, jauh dari tempat pembuangan sampah, polusi udara, dan asap kendaraan bermotor karena pasien jarang dibawa keluar rumah. Tempat bermain: pasien belum mempunyai tempat bermain.

m. Riwayat kesehatan sekarang

1) Riwayat penyakit sekarang

Keluhan utama pasien yaitu pasien baru lahir dalam keadaan tidak menangis, ekstremitas tampak sianosis, pasien menangis lemah, pasien tampak lemah, pasien tampak sesak, terlihat retraksi dada, pasien nampak sianosis.

2) Pengkajian fisik secara fungsional

Saat dilakukan pengkajian, keadaan umum pasien sakit sedang, kesadaran composmentis.

1. Data Klinik

Tanda-tanda vital: suhu : 36,5°C, nadi: 45x/menit, pernapasan : 65 x/menit berat badan 2700 gram lingkar kepala 33 cm, lingkar lengan atas 13 cm.

2. Nutrisi dan metabolisme

Mukosa mulut pucat, BB 2700 gram, PB 49cm, pasien terlihat pucat, mual tidak ada, muntah tidak ada, integritas

kulit lembab.

3. Respirasi/sirkulasi

Pernapasan pasien ronkhi, tidak ada batuk, lendir ada, pernafasan dangkal.

4. Eliminasi

Perut lembek, tidak kembung, bising usus 15x/menit, BAB konsistensi lunak, bau khas dan berwarna kuning kecoklatan. Pola buang air kecil pasien normal, berwarna kuning jernih, dan tidak ada keluhan.

5. Aktivitas

Tingkat kekuatan otot pasien lemah, dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien dibantu oleh perawat.

6. Sensori persepsi

Indra penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan pengecapan tidak ada kelainan. Reaksi terhadap rangsangan normal, pupil isokor, konjungtiva anemis, refleks rooting normal, refleks sucking lemah, refleks menggenggam normal, dan refleks moro normal.

7. Konsep diri

Konsep diri belum terbentuk karena bayi masih berumur 1 hari.

8. Tidur / istirahat

Menurut laporan pasien tidur 16 jam.

9. Seksualitas / reproduksi

Jenis kelamin pasien laki-laki: tidak ada kelainan pada reproduksi pasien.

10. Dampak hospitalisasi

Pasien sering menangis, ruang rawat inap pasien terpisah oleh ibunya, pasien sering merintih, dan ketika pasien di periksa oleh perawat pasien menangis.

11. Tingkat perkembangan saat

Motorik kasar: reflek tubuh pasien bekerja sempurna.

Motorik halus: pasien belum bisa berbahasa indonesia dan bersosialisasi secara mandiri

12. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Lab Hematologi tanggal 14 maret 2023 : Hemoglobin 17.0 g/dl(15.0 – 24.6); Leukosit 24.01 sel/mm<sup>3</sup> (9.000-3.000), Hematokrit 53.0 (150.450), Trombosit 140.000/dl (150-450rb/dl). Analisa Gas darah 14 maret 2023 : pH 7,27 (7,38-7,80), pCO<sub>2</sub> 35,1 mmHg (38-42), pO<sub>2</sub> 71.6 mmHg (75-100), HCO<sub>3</sub> 16.5 mEq/L (22-28). Elektrolit 14 maret 2023 : Natrium 125 mEq/L (135-145), Kalium 3,27 mEq/L (3,5-5,3), Klorida 104 mEq/L (100-106) gula darah sewaktu tanggal 14 maret 2023 45 mg/dl. Hasil foto thorax pada tanggal 14 Maret 2023 : paru: hillus tidak

memadat, infiltrate parahilar kiri.

### 13. Penatalaksanaan

Gentamycin 1x10mg rute IV, Vicilin 2x150mg rute IV, Vit Neo K 1mg rute IV, pasien terpasang OGT susu formula 8x30 ml rute OGT, infus Otsu D5% 400cc/24 jam, Perawatan Umbilikus menggunakan NaCl 0,9%

## **B. Data Fokus**

### **1. Data Subjektif**

Ibu pasien mengatakan anaknya lahir usia 39 minggu, orang tua pasien mengatakan bahwa dia sangat khawatir dengan keadaan anaknya, orang tua pasien mengatakan cemas karena anaknya terpisah ruangan dengan ibunya, ayah pasien banyak bertanya mengenai kesehatan anaknya.

### **2. Data Objektif**

Keadaan umum pasien sakit sedang, pasien dirawat diruang perina sudah 2 hari dan terpisah dari ibu pasien, orang tua mengunjungi pasien 1x/hari setiap jam 12, orang tua menyentuh pasien, orang tua mencium pasien, dan menggendong pasien. Tanda-tanda vital: suhu : 36,5°C, nadi: 145x/menit, pernapasan : 65 x/menit, kekuatan nadi teraba kuat, pasien tampak dispnea, berat badan 2700 gram lingkaran kepala 33 cm, lingkaran lengan atas 13 cm. suara nafas Ronkhi, pasien tampak terpasang NCPAP PEEP8, FLO 6, F<sub>1</sub>O<sub>2</sub> 40% terdapat lendir di jalan nafas, tali pusat belum pupus, hasil lab 14 maret 2023 trombosit 140ribu/dl (150-450), pernafasan pasien nampak lemah, pernafasan 65x/menit. nadi 145x/menit, saturasi pasien 89% pasien

tampak pernafasan cuping hidung disertai dengan retraksi dinding dada, pasien tampak pucat, pasien tampak lemah, suara nafas ronkhi, BB 2700 gram, pasien dapat diit minum susu formula SGM 8x30cc, konjungtiva anemis, ibu pasien tampak cemas, ibu pasien tampak bertanya ke perawat mengenai kondisi anaknya. Hasil pemeriksaan lab 14 Maret 2023 : Hemoglobin 17.0 g/dl(15.0 – 24.6); Leukosit 24.01 sel/mm<sup>3</sup> (9.000-3.000), Hematokrit 53.0 (150.450), Trombosit 140.000/dl (150-450rb/dl). Analisa Gas darah 14 maret 2023 : pH 7,27 (7,38-7,80), pCO<sub>2</sub> 35,1 mmHg (38-42), pO<sub>2</sub> 71.6 mmHg (75-100), HCO<sub>3</sub> 16.5 mEq/L (22-28). Elektrolit 14 maret 2023 : Natrium 125 mEq/L (135-145), Kalium 3,27 mEq/L (3,5-5,3), Klorida 104 mEq/L (100-106), gula darah sewaktu tanggal 14 maret 2023 45 mg/dl. Hasil foto thorax pada tanggal 14 Maret 2023 : paru hillus tidak memadat, infiltrate parahilar kiri.

### C. Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1	DS : - DO : KU pasien sakit sedang, TTV pasien : nadi 145x/menit, RR 65x/menit, suara nafas Ronkhi, pola nafas takipnea, pasien tampak bernafas disertai dengan retraksi	Pola napas tidak efektif	Berhubungan dengan hambatan upaya napas

No.	Data	Masalah	Etiologi
	<p>dinding dada, pasien nampak bernapas menggunakan otot bantu napas, pasien nampak lemah. Hasil foto thorax tanggal 14 Maret 2023 : paru: hillus tidak memadat, infiltrate parahilar kiri dan parakardial kanan. SPO2 89%, NCPAP PEEP8, FLO 6, F<sub>1</sub>O<sub>2</sub> 40%. AGD 14 maret 2023 : pH 7,27 (7,38-7,80), pCO<sub>2</sub> 35,1 mmHg (38-42), pO<sub>2</sub> 71.6 mmHg (75-100), HCO<sub>3</sub> 16.5 mEq/L (22-28).</p>		
2.	<p>DS : Ibu pasien mengatakan anak lahir usia kehamilan 39 minggu DO : akral teraba dingin dan pucat, ekstremitas dan bibir suhu pasien 36,5°C, kulit pasien lembab, BB pasien 2700gr, GDS 15 Maret 2023 : 76 mg/dl, CRT pasien &lt;2 detik, SP02 89%.</p>	<p>Risiko termoregulasi tidak efektif</p>	<p>Berhubungan dengan perubahan laju metabolisme</p>

No.	Data	Masalah	Etiologi
3	<p>DS : -</p> <p>DO: Suhu pasien 36,5°C, berat badan pasien 2700 gram, KU pasien sakit sedang RR pasien 65x/menit tali pusat belum lepas, kulit terlihat kotor terkena darah post partum, hasil lab tanggal 14 Maret 2023 : Leukosit 24.01 sel/mm<sup>3</sup> (9.000-3.000).</p>	<p>Risiko infeksi</p>	<p>Berhubungan dengan pertahanan imunologis yang kurang</p>
4	<p>DS : perawat mengatakan jika pasien rewel pada malam hari.</p> <p>DO: pasien dirawat diruang perina sudah 2 hari dan terpisah dari ibu pasien, orang tua mengunjungi pasien 1x/hari setiap jam 12, orang tua menyentuh pasien, orang tua mencium pasien, dan menggendong pasien.</p>	<p>Risiko gangguan perlekatan</p>	<p>Berhubungan dengan perpisahan antara ibu dan bayi akibat hospitalisasi</p>

#### D. Diagnosis Keperawatan

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
2. Risiko termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan perubahan laju metabolisme.
3. Risiko infeksi (penyebaran) berhubungan dengan pertahanan immulogis yang kurang.
4. Risiko gangguan perlekatan berhubungan dengan perpisahan antara ibu dan bayi akibat hospitalisasi.

#### E. Perencanaan

1. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas

**Data subjektif :** -

**Data objektif :** keadaan umum pasien sakit sedang, tanda-tanda vital pasien : nadi 145x/menit, RR 65x/menit, suara nafas Ronkhi, pola nafas takipnea, pasien tampak bernafas disertai dengan retraksi dinding dada, pasien nampak bernapas menggunakan otot bantu napas, pasien nampak lemah. SPO2 89%, NCPAP PEEP8, FLO 6, F<sub>1</sub>O<sub>2</sub> 40%, AGD tanggal 14 maret 2023 : pH 7,27 (7,38-7,80), pCO<sub>2</sub> 35,1 mmHg (38-42), pO<sub>2</sub> 71.6 mmHg (75-100), HCO<sub>3</sub> 16.5 mEq/L (22-28).

**Tujuan :** setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka pola napas membaik.

**Kriteria hasil :** suara nafas bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu bernafas dengan mudah). Menunjukkan jalan nafas yang paten

(pasien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal), Tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan).

**Intervensi :**

Terapi Oksigen

Observasi :

- a) Observasi adanya tanda tanda hipoventilasi.
- b) Monitor frekuensi dan irama pernapasan.
- c) Monitor kecepatan, kedalaman, irama, dan kesulitan bernapas.
- d) Monitor suara pernapasan.
- e) Monitor saturasi O<sub>2</sub> dan nadi.
- f) Monitor pola pernapasan.

Terapeutik :

- a) Bersihkan mulut, hidung dan sekret.

Kolaborasi :

- a) Berikan antibiotic Gentamycin 1x15 mg.
- b) Berikan Vicilin 2x80 mg.
- c) Berikan terapi NCPAP PEEP8, FLO 6, F<sub>1</sub>O<sub>2</sub> 40%

**Implementasi:**

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 07:31 memberikan vicilin 150mg rute IV; Pukul 07:36 WIB membersihkan mulut, hidung dan sekret trakea, mulut dan hidung pasien sudah bersih dari sekret; Pukul 07.41 memonitor tanda-tanda vital pasien,

nadi 145x/menit, suhu 36.5° C, Pernapasan 63x/menit, SPO2 89%; Pukul 07:49 WIB memonitor aliran oksigen, pasien terpasang NCPAP PEEP8, FLO 6, F<sub>1</sub>O<sub>2</sub> 40%; Pukul 10:11 Memberikan susu 30ml melalui OGT; hasil sudah diberikan susu 30ml melalui ogt; Pukul 12:03 WIB Memonitor irama pernapasan, irama pernapasan pasien takipneu; Pukul 12:07 WIB memonitor suara napas, suara napas pasien ronkhi; pukul 12:17 WIB Memonitor warna, dan kelembaban kulit, warna kulit pasien nampak pink, kulit pasien nampak lembab; Pukul 13.01 Memberikan susu 30ml melalui OGT; hasil sudah diberikan susu 30ml melalui ogt; Pukul 13.19 memonitor bb, bb 2730 gr.

Tanggal 16 Maret 2023

Pukul 07:31 WIB memonitor tanda-tanda vital, suhu: 36,8°C, nadi: 130x/menit, pernapasan: 60x/menit, SPO2 95%; Pukul 07:48 WIB memonitor pola pernapasan, pola pernapasan pasien normal; Pukul 07:51 WIB Observasi adanya tanda tanda hipoventilasi, tidak ada tanda-tanda hipoventilasi; Pukul 07:55 memonitor aliran oksigen, pasien terpasang NCPAP PEEP8, FLO 6, F<sub>1</sub>O<sub>2</sub> 40%; Pukul 08:09 WIB memonitor suara pasien, suara napas pasien vesikuler; Pukul 10:03 Memberikan susu 30ml melalui OGT; hasil sudah diberikan susu 30ml melalui ogt; Pukul 12:52 WIB memonitor irama pernapasan, irama pernapasan pasien eupneu; pukul 12:56 WIB Pertahankan jalan nafas yang paten, jalan nafas pasien normal tidak ada sumbatan; Pukul 13.04 Memberikan susu 30ml melalui

OGT; hasil sudah diberikan susu 30ml melalui ogt; Pukul 13:15 memonitor bb, bb pasien 2780 gr.

Tanggal 17 Maret 2023

Pukul 07:33 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien suhu: 36,9°C, nadi: 132x/menit, pernapasan: 51x/menit, SPO2 98%; Pukul 07:35 WIB Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi, tidak ada tanda-tanda hipoventilasi; Pukul 07:43 WIB Pertahankan jalan nafas yang paten, jalan nafas pasien normal tidak ada sumbatan; Pukul 10:09 Memberikan susu 30ml melalui OGT; hasil sudah diberikan susu 30ml melalui ogt; Pukul 12:55 WIB memonitor suara napas, suara napas pasien vesikuler; Pukul 12:58 WIB memonitor pola pernapasan, pola pernapasan pasien sudah normal; Pukul 13.12 Memberikan susu 30ml melalui OGT; hasil sudah diberikan susu 30ml melalui ogt; Pukul 13:15 memonitor bb, bb 2780 gr.

**Evaluasi :**

Tanggal 17 Maret 2023

Data subjektif:

Data objektif : tanda-tanda vital pasien suhu: 36,9°C, nadi: 132x/menit, SPO2 98%, pernapasan: 51x/menit, tidak ada tanda-tanda hipoventilasi, jalan nafas pasien normal tidak ada sumbatan, suara napas pasien vesikuler, irama napas pasien eupneu dan pola pernapasan pasien normal, bb 2780gr. suara nafas bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu bernafas dengan mudah). Menunjukkan jalan nafas yang paten (frekuensi

pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal),  
Tanda-tanda vital dalam rentang normal.

**Analisa data :** tujuan keperawatan sudah teratasi.

**Intervensi :** tindakan keperawatan dihentikan.

2. Risiko termoregulasi b.d perubahan laju metabolisme

**Data subjektif:** ibu pasien mengatakan anak lahir dengan usia kehamilan  
39 minggu

**Data objektif:** akral teraba dingin dan pucat, ekstremitas dan suhu pasien  
36,5°C, kulit pasien lembab, berat badan pasien 2700 gram, gula darah  
sewaktu 45 mg/dl, CRT pasien <2 detik, SPO2 b 89%.

**Tujuan:** setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka  
termoregulasi neonatus membaik.

**Kriteria hasil:** Keseimbangan antara produksi panas, panas yang  
diterima, dan kehilangan panas, temperature stabil: 36,5-37 °C, tidak ada  
perubahan warna kulit, Glukosa darah stabil.

**Intervensi:**

Observasi :

a) Monitor suhu tubuh setiap 3 jam.

b) Memonitor glukosa darah.

Terapeutik :

a) Sediakan lingkungan yang hangat

b) Lakukan penghangatan pasif (mis, selimut).

c) Atur suhu inkubator (35°C)

**Implementasi:**

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 07.48 WIB memonitor suhu, suhu tubuh pasien 36,5°C; Pukul 07:53 WIB memonitor gula darah sewaktu pasien, gula darah sewaktu pasien 76 mg/dl; Pukul 11:01 memonitor suhu tubuh, suhu tubuh pasien 36,7°C; Pukul 11:02 WIB Selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh, pasien di dalam inkubator. Pukul 11:05 Menyediakan lingkungan yang hangat, pasien didalam inkubator dalam suhu 35°C; Pukul 14:30 memonitor suhu, suhu pasien 36,8°C; Pukul 14:33 memonitor bb, bb 2730 gr.

Tanggal 16 Maret 2023

Pukul 07:33 WIB memonitor suhu, suhu tubuh pasien 36,9°C; Pukul 07:35 WIB Monitor tanda-tanda hipotermi, sudah tidak ada tanda-tanda resiko termoregulasi tidak efektif; Pukul 07:40°C; memonitor glukosa darah sewaktu pasien 77 mg/d/L; Pukul 10:34 WIB monitor suhu pasien, suhu pasien 37°C; Pukul 10:36 WIB Selimuti pasien, pasien sudah diselimuti. Pukul 10:39 Menyediakan lingkungan yang hangat, pasien didalam inkubator dalam suhu 35°C; Pukul 14:40 memonitor suhu, suhu pasien 37,1°C; Pukul 14:42 memonitor bb, bb 2730 gr.

Tanggal 17 Maret 2023

Pukul 07:46 memonitor, suhu tubuh pasien 36,7°C; Pukul 10:30 WIB memonitor suhu, suhu pasien 37,2°C; Pukul 10:38 Memonitor GDS, hasil GDS 98 mg/dL; Pukul 14:37 WIB memonitor suhu pasien, suhu tubuh

pasien 36,8°C; Pukul 14:39 Menyediakan lingkungan yang hangat, pasien didalam inkubator dalam suhu 35°C; Pukul 14:40 WIB memonitor bb, bb 2780 gr.

**Evaluasi:**

Tanggal 17 Maret 2023

**Data subjektif : -**

**Data objektif :** sudah tidak ada tanda- tanda risiko termoregulasi tidak efektif (akral hangat, tidak ada sianosis), dan pasien didalam inkubator dalam suhu 35°C, bb 2780 gr, Keseimbangan antara produksi panas, panas yang diterima, dan kehilangan panas membaik, temperature stabil: 36,8 °C, tidak ada perubahan warna kulit, Glukosa darah stabil 98 mg/dl.

**Analisa data:** tujuan keperawatan belum teratasi.

**Intervensi:** tindakan keperawatan dilanjutkan.

3. Risiko infeksi (penyebaran) b.d pertahanan imunologis yang kurang.

**Data subjektif: -**

**Data objektif:** Suhu pasien 36,5°C, berat badan pasien 2700 gram, KU pasien sakit sedang RR pasien 65x/menit tali pusat belum lepas, kulit terlihat kotor terkena darah post partum, hasil lab tanggal 14 Maret 2023 : Leukosit 24.01 sel/mm<sup>3</sup> (9.000-3.000).

**Tujuan:** setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan risiko infeksi menurun.

**Kriteria hasil:** Demam, kemerahan, edema, secret berwarna hijau menurun dan leukosit membaik

**Intervensi:**

Observasi :

- a) Monitor tanda-tanda vital bayi.
- b) Monitor adanya bau atau cairan pada tali pusat.
- c) Mengkaji adanya tanda-tanda infeksi.

Terapeutik :

- a) Rawat tali pusat secara terbuka
- b) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.
- c) Pertahankan kebersihan kulit pasien.
- d) Jaga lingkungan tetap bersih.

**Implementasi:**

15 Maret 2023

Pukul 07:28 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, perawat cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan; Pukul 07:35 WIB membersihkan tali pusat setiap sehabis mandi, tali pusat nampak bersih; Pukul 07:49 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, nadi 145x/menit, suhu 36.5° C, Pernapasan 63x/menit, SPO2 89%; Pukul 07:42 WIB mengkaji adanya tanda-tanda infeksi, tidak ada tanda-tanda infeksi dan tidak ada kemerahan di sekitar tali pusat; Pukul 07:45 mengkaji adanya bau atau cairan pada tali pusat, tidak ada bau atau cairan pada tali pusat pasien; Pukul 14:30 WIB menjaga lingkungan tetap bersih, lingkungan pasien nampak bersih; Pukul 14:33 WIB mengganti popok

bayi, popok bayi diganti setiap 3 jam sekali; Pukul 14:35 memonitor bb, bb 2700 gr.

16 Maret 2023

Pukul Pukul 07:33 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, perawat cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan; Pukul 07:38 WIB membersihkan tali pusat setiap sehabis mandi, tali pusat nampak bersih; Pukul 07:41 WIB memonitor tanda-tanda vital, suhu: 36,8°C, nadi: 130x/menit, pernapasan: 60x/menit, SPO2 95%; Pukul 07:42 WIB mengkaji adanya tanda-tanda infeksi, tidak ada tanda-tanda infeksi dan tidak ada kemerahan di sekitar tali pusat; Pukul 07:46 mengkaji adanya bau atau cairan pada tali pusat, tidak ada bau atau cairan pada tali pusat pasien; Pukul 14:31 WIB menjaga lingkungan tetap bersih, lingkungan pasien nampak bersih; Pukul 14:33 WIB mengganti popok bayi, popok bayi diganti setiap 3 jam sekali; Pukul 14:36 memonitor bb, bb 2730 gr.

17 Maret 2023

Pukul Pukul 07:39 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, perawat cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan; Pukul 07:40 WIB membersihkan tali pusat setiap sehabis mandi, tali pusat nampak bersih; Pukul 07:48 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien suhu: 36,9°C, nadi: 132x/menit, pernapasan: 51x/menit, SPO2 98%; Pukul 07:50 WIB mengkaji adanya tanda-tanda infeksi, tidak ada tanda-tanda infeksi dan tidak ada kemerahan di sekitar tali pusat; Pukul 07:53 mengkaji adanya bau atau cairan pada tali pusat, tidak ada bau atau cairan

pada tali pusat pasien; Pukul 14:34 WIB menjaga lingkungan tetap bersih, lingkungan pasien nampak bersih; Pukul 14:33 WIB mengganti popok bayi, popok bayi diganti setiap 3 jam sekali; Pukul 14:35 memonitor bb, bb 2780 gr

**Evaluasi:**

17 Maret 2023

Subjektif:

Objektif: suhu tubuh pasien normal 36,9°C, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak kemerahan di sekitar tali pusat, tidak ada bau atau cairan pada tali pusat, lingkungan pasien nampak bersih, tali pusat pasien nampak bersih dan popok bayi diganti setiap 3 jam sekali, bb 2780 gr, tidak ada tanda-tanda infeksi

**Tujuan:** tujuan keperawatan sudah teratasi

**Perencanaan:** tindakan keperawatan dihentikan.

4. Risiko Gangguan Perlekatan Orang Tua b.d perpisahan antara ibu dan bayi akibat hospitalisasi

**Data subjektif:** perawat mengatakan jika pasien rewel pada malam hari.

**Data objektif:** perawat mengatakan jika pasien rewel pada malam hari.

DO: pasien dirawat diruang perina sudah 2 hari dan terpisah dari ibu pasien, orang tua mengunjungi pasien 1x/hari setiap jam 12, orang tua menyentuh pasien, orang tua mencium pasien, dan menggendong pasien.

**Tujuan:** setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam gangguan perlekatan orang tua membaik.

**Kriteria hasil:** hubungan orang tua dengan bayi semakin dekat, peningkatan hubungan kasih sayang dengan keterikatan batin antara orang tua dan bayi.

**Intervensi:**

- a) Orang tua berkunjung bertemu dengan pasien.
- b) Orang tua berkomunikasi dengan pasien.
- c) Orang tua melakukan kontak mata (menatap) dengan pasien.
- d) Orang tua menyentuh pasien.
- e) Orang tua mencium pasien.

**Implementasi:**

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 07.31 WIB Orang tua berkunjung bertemu dengan pasien, ayah pasien datang menjenguk anaknya; Pukul 09.09 WIB orang tua berkomunikasi dengan pasien, ayah pasien nampak berkomunikasi dengan anaknya; Pukul 09.51 WIB Orang tua menyentuh pasien, ayah pasien menyentuh tangan anaknya, bb 2730 gr.

Tanggal 16 Maret 2023

Pukul 09.03 WIB Orang tua berkunjung bertemu dengan pasien, ibu dan ayah pasien datang menjenguk anaknya; Pukul 09.31 WIB orang tua menyentuh, mencium, berkomunikasi dengan pasien, ibu pasien menyentuh, mencium, berkomunikasi, dan memberi asi kepada pasien, pasien tidak rewel ketika bertemu orang tuanya tetapi jika orang tua pulang pasien menjadi rewel bb 2780 gr.

Tanggal 17 Maret 2023

Pukul 09.01 WIB Orang tua berkunjung bertemu dengan pasien, ibu dan ayah pasien datang menjenguk anaknya; Pukul 09.35 WIB orang tua menyentuh, mencium, berkomunikasi dengan pasien, ibu pasien menyentuh, mencium, berkomunikasi, dan memberi asi kepada pasien, bb 2780 gr.

**Evaluasi :**

Tanggal 17 Maret 2023

Data subjektif:

Data objektif: ayah dan ibu pasien datang menjenguk anaknya, ibu pasien menggendong, mencium, berkomunikasi dan memberi asi untuk anaknya, pasien tidak rewel ketika bertemu orang tuanya tetapi jika orang tua pulang pasien menjadi rewel, hubungan pasien dan orang tua semakin dekat, bb 2780 gr, hubungan orang tua dengan bayi semakin dekat, peningkatan hubungan kasih sayang dengan keterikatan batin antara orang tua dan bayi.

**Analisa data:** tujuan keperawatan belum tercapai.

**Perencanaan :** tindakan keperawatan dilanjutkan.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Penulis membahas kesenjangan antara teori dan kasus pada bab ini, selama memberikan asuhan keperawatan pada bayi Ny.M dengan Asfiksia Neonatorum di ruang Perina Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara yang telah dilakukan pada tanggal 15 Maret – 17 Maret 2023. Penulis dalam bab ini akan melakukan pembahasan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi, faktor pendukung, dan faktor penghambat serta pemecahan masalah.

#### **A. Pengkajian**

Data yang dikumpulkan melalui pengkajian adalah data primer yang meliputi pengkajian fisik, observasi, dan wawancara. Sedangkan data sekunder diterima melalui perawat ruangan, catatan rekam medis, dan keluarga. Dari hasil pengkajian pada kasus, penyebab pasien Asfiksia dikarenakan plasenta previa dan menyebabkan aspirasi mekonium. Hal ini sesuai dengan teori Asfiksia dalam persalinan dapat disebabkan oleh plasenta previa, solusio plasenta, ruptur uteri, tekanan kepala anak yang terlalu kuat pada plasenta, pemberian obat bius terlalu banyak dan tidak tepat pada waktunya.

Pada pengkajian penulis tidak menemukan kesenjangan pada manifestasi klinis antara teori dan kasus yang ditemukan pada pasien sama dengan teori yaitu nafas pasien pendek, warna kulit menjadi agak kebiruan, lemas dan napas berbunyi.

Faktor risiko pada teori dan kasus penulis juga tidak menemukan kesenjangan, pada kasus faktor risiko yang terjadi adalah karna faktor previa plasenta faktor risiko tersebut sama dengan teori dimana diteori dijelaskan faktor risiko yang dapat terjadi pada asfiksia yaitu karna plasenta previa, solusio plasenta, anestesi yang berlebihan pada ibu, partus lama dan lilitan tali pusat.

Pada penatalaksanaan Asfiksia ringan, antara teori dan kasus tidak ditemukan kesenjangan, penatalaksanaan yang dilakukan yaitu dengan membungkus bayi dengan kain yang hangat dan mengutamakan membersihkan saluran pernapasan dari secret, memberishkan badan dan tali pusat, memasukan pasien ke incubator, observasi tanda-tanda vital dan pasien mendapatkan terapi NCPAP PEEP8, FLO 6, F<sub>1</sub>O<sub>2</sub> 40%.

Komplikasi pada teori terdapat edema otak dan perdarahan, anuria atau oliguria, dan koma. Sedangkan pada kasus tidak terdapat komplikasi tersebut karena pada pengkajian terhadap pasien tidak ditemukan adanya tanda dan gejala tersebut. Hal ini dikarenakan pasien menderita Asfiksia Neonatorum yang segera ditangani dan mendapat terapi serta perawatan yang baik selama dirawat di Rumah Sakit.

Pemeriksaan penunjang pada teori dan kasus penulis menemukan kesenjangan, pada teori terdapat pemeriksaan USG kepala untuk mendeteksi perdarahan dan CT-scan sedangkan pada kasus hanya melakukan pemeriksaan AGD, elektrolit, lab Hematologi, foto rontgen thorax dan gula darah sewaktu. Alasan tidak dilakukannya pemeriksaan USG Kepala adalah

karna pada pasien tidak ditemukannya tanda tanda perdarahan di kepala dan pada pemeriksaan CT-scan tidak dilakukan karna pasien sudah dilakukan foto rontgen thorax yang dimana hasilnya tidak jauh berbeda dengan CT-scan.

Faktor pendukung dalam pengkajian ini adalah keluarga pasien yang kooperatif dan mau menerima kehadiran perawat, banyak buku sumber tentang pengkajian pada pasien dengan Asfiksia Neonatorum, lengkapnya catatan keperawatan di Rumah Sakit dan lengkapnya alat- alat kesehatan yang digunakan untuk mengkaji.

Faktor penghambat pada saat pengkajian perawat sulit bertemu oleh orang tua pasien, karena pasien masih dalam masa perawatan sedangkan ibu pasien dirumah, jadi sulit untuk perawat berinteraksi dengan orang tua pasien.

## **B. Diagnosis Keperawatan**

Penulis menemukan kesenjangan pada teori dan kasus pada diagnosis keperawatan. Diagnosis pada teori yaitu Bersihan jalan tidak efektif berhubungan dengan obstruksi lendir, risiko ketidakseimbangan suhu tubuh berhubungan dengan paparan udara luar, Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan hipoksia, Pola napas tidak efektif hubungan dengan hambatan upaya napas, Risiko cedera b.d anomali kongenital tidak terdeteksi atau tidak teratasi pemajanan pada agen-agen infeksius. Saat pengkajian penulis hanya menemukan satu diagnosis keperawatan dari teori. Sedangkan tiga diantaranya muncul diagnosis yang tidak ada diteori namun terdapat dikasus.

Tiga diagnosis yang terdapat pada teori tetapi tidak terdapat didalam kasus yaitu ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi lendir, diagnosis tersebut tidak diangkat karena pasien saat dikaji tidak terdapat sekret. Risiko ketidakseimbangan suhu tubuh berhubungan dengan paparan udara luar diagnosis tersebut tidak diangkat karena pasien dalam incubator. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan hipoksia, diagnosis ini tidak penulis angkat karena hasil AGD pasien tidak ada yang paling terbaru, tidak ada tanda tanda hipoksia dan sianosis. Risiko cedera berhubungan dengan nomali kongenital, penulis tidak mengangkat diagnosis tersebut dikarenakan kondisi pasien dalam incubator dan tidak berisiko mengalami cedera yang diakibatkan dari kondisi lingkungan yang berhubungan dengan sumber-sumber adaptif.

Pada satu diagnosis yang terdapat dikasus tetapi tidak ada didalam teori yaitu Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, diagnosis tersebut diangkat oleh penulis karena saat dikaji pasien dyspnea, pola napas takipnea dan pasien bernapas menggunakan otot bantu napas dan menggunakan cuping hidung.

Tiga diagnosis yang penulis dapatkan dan tidak ada pada teori yaitu Resiko termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan perubahan laju metabolisme penulis mengangkat diagnosis tersebut karna akral pasien teraba dingin, saat dikaji suhu 36,5 C. Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan imunologis yang kurang karena daya taha tubuh pasien yang sedang sakit sedang. Resiko gangguan perlekatan berhubungan dengan

perpisahan antara ibu dan bayi akibat hospitalisasi karena pasien masih dirawat diruang perina sedangkan ibu pasien berada dirumah dan hanya berkunjung setiap jam 12:00 WIB.

### **C. Perencanaan**

Perencanaan keperawatan tersusun berdasarkan prioritas, masalah keperawatan disesuaikan dan dilihat dari kebutuhan pasien. Pada tahap perencanaan penulis membuat perencanaan mulai dari tujuan, kriteria hasil, sampai intervensi sesuai dengan teori yang ada.

Terdapat satu perencanaan yang ada diteori tetapi tidak dirumuskan pada kasus yaitu perencanaan diagnosis pola nafas tidak efektif yang terdapat dalam teori tetapi tidak dirumuskan pada kasus adalah melakukan fisioterapi dada karena sekret pasien produktif sehingga perlu dilakukan tindakan suction (penghisapan lendir) lalu perencanaan yang terdapat pada teori dan dirumuskan pada kasus yaitu mengobservasi tanda hipoventilasi, memonitor frekuensi dan irama pernapasan, memonitor kecepatan, kedalaman, irama, dan kesulitan bernapas, memonitor suara pernapasan, memonitor saturasi O<sub>2</sub> dan nadi, memonitor pola pernapasan, membersihkan mulut, hidung dan sekret.

Perencanaan keperawatan yang tidak ada diteori namun ada dikasus yaitu, diagnosis Risiko termoregulasi tidak efektif, memonitor suhu tubuh setiap 3 jam, memonitor glukosa darah, menyediakan lingkungan yang hangat, melakukan penghangatan pasif (mis, selimut), mengatur suhu inkubator (35°C).

Perencanaan pada diagnosis kedua Risiko infeksi adalah Memonitor tanda-tanda vital bayi, memonitor adanya bau atau cairan pada tali pusat, mengkaji adanya tanda-tanda infeksi seperti peningkatan suhu tubuh, memonitor kemerahan di sekitar tali pusat, memonitor hasil leukosit, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.

Perencanaan pada diagnosis Risiko gangguan perlekatan orang tua adalah orang tua berkunjung bertemu dengan pasien, orang tua berkomunikasi dengan pasien, orang tua melakukan kontak mata (menatap) dengan pasien, orang tua menyentuh pasien, orang tua mencium pasien.

#### **D. Pelaksanaan**

Dalam melakukan tindakan keperawatan, penulis melakukannya sesuai rencana keperawatan yang sudah disusun dan ditulis dan semua tindakan keperawatan sudah di dokumentasikan secara lengkap dalam catatan keperawatan, dalam pelaksanaan penulis menemukan hambatan yaitu sulitnya untuk bertemu dengan orang tua pasien untuk dilakukan pengkajian karena orang tua pasien sang ibu masih dalam perawatan dan sang ayah jarang menemui pasien. Oleh karena itu penulis tidak melakukan semua implementasi itu sendiri, penulis mendelegasikan ke perawat ruangan seperti mendokumentasikan apa saja tindakan yang sudah dilakukan. Pelaksanaan tindakan keperawatan memperoleh hasil yang optimal sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

Faktor pendukung pada proses keperawatan ini terjalin kerja sama yang baik antara penulis dan perawat ruangan yang membantu menginformasikan

kepada pasien anak pentingnya dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan berlanjut dan adanya kerjasama dengan perawat di ruang Perina.

#### **E. Evaluasi**

Pada tahap ini penulis melakukan dua macam evaluasi, yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat evaluasi proses melakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil tindakan mengacu pada akhir tindakan dengan batas waktu yang telah ditetapkan penulis dalam tujuan. Setelah penulis melakukan tindakan keperawatan pada pasien 3x 24 jam, dua diagnosis keperawatan yang sudah tercapai. Yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan proses hambatan upaya napas ditandai dengan tanda-tanda vital pasien suhu: 36,9°C, nadi: 132x/menit, pernapasan: 51x/menit, tidak ada tanda-tanda hipoventilasi, jalan nafas pasien normal tidak ada sumbatan, suara napas pasien vesikuler, pola pernapasan pasien normal, dan pasien sudah tidak terpasang NCPAP PEEP8, FLO 6, F<sub>1</sub>O<sub>2</sub> 40%, BB 2780gr. Risiko infeksi berhubungan dengan pertahanan imunologis yang kurang ditandai dengan Suhu pasien 36,9°C, berat badan pasien 2780 gram, KU pasien sakit sedang RR pasien 51x/menit tali pusat belum lepas, hasil Leukosit 24.01 sel/mm<sup>3</sup> (9.000-3.000).

Dua diagnosis dengan intervensi dilanjutkan yaitu termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan perubahan laju metabolisme karena pasien masih dalam inkubator dan harus dipantau suhu tubuhnya. Risiko gangguan perlekatan berhubungan dengan perpisahan antara ibu dan bayi akibat

hospitalisasi karena pasien masih dirawat ruang perina sedangkan ibunya berada dirumah dan hanya berkunjung sehari sekali yaitu dijam 12.00 WIB. Faktor pendukung pada tahap evaluasi adalah adanya kerjasama antara penulis dan keluarga pasien. Keluarga pasien kooperatif dalam melaksanakan pengkajian sampai evaluasi. Penulis tidak menemukan faktor penghambat.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan Pada Bayi Ny. M dengan Asfiksia Neonatorum Di Ruang Perina RSUD Koja Jakarta Utara Tahun 2023, maka penulis dapat menarik kesimpulan :

##### a. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan sesuai dengan teori didapat pada bayi Ny M dengan Asfiksia Neonatorum yang disebabkan oleh aspirasi air ketuban dan air ketuban berwarna hijau karena tercampur dengan mekonium dan posisi bayi sungsang dengan riwayat plasenta previa. Tidak ada komplikasi yang ditemukan karena pasien segera mendapatkan terapi serta perawatan yang baik selama di rawat di Rumah Sakit. Tanda dan gejala yang muncul pada pasien adalah bayi nampak merintih, bayi nampak lemah, menggunakan otot bantu pernapasan cuping hidung disertai retraksi dinding dada. Penatalaksanaan yang diterapkan adalah memberikan membungkus bayi dengan kain yang hangat dan mengutamakan membersihkan saluran pernapasan dari secret, memberishkan badan dan tali pusat, memasukan pasien ke incubator, observasi tanda-tanda vital dan pasien, Gentamycin 1x10mg rute IV, Vicilin 2x150mg rute IV, Vit Neo K 1mg rute IV, pasien terpasang OGT susu formula 8x30 ml rute OGT, infus OtsuD5% 400cc/24 jam, Perawatan Umbilikus menggunakan NaCl

0,9% Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah Pemeriksaan Lab Hematologi tanggal 14 maret 2023 : Hemoglobin 17.0 g/dl(15.0 – 24.6); Leukosit 24.01 sel/mm<sup>3</sup> (9.000-3.000), Hemotokrit 53.0 (150.450), Trombosit 140.000/dl (150-450rb/dl). Analisa Gas darah 14 maret 2023 : pH 7,27 (7,38-7,80), pCO<sub>2</sub> 35,1 mmHg (38-42), pO<sub>2</sub> 71.6 mmHg (75-100), HCO<sub>3</sub> 16.5 mEq/L (22-28). Elektrolit 14 maret 2023 : Natrium 125 mEq/L (135-145), Kalium 3,27 mEq/L (3,5-5,3), Klorida 104 mEq/L (100-106). Gula darah sewaktu tanggal 14 maret 2023 45 mg/dl. Rontgen thorax pada tanggal 14 Maret 2023 : paru: hillus tidak memadat, infiltrate parahilar.

b. Diagnosis keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian keperawatan pada Bayi M diagnosis yang timbul 4 yaitu Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, Risiko termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan perubahan laju metabolisme, Risiko infeksi berhubungan dengan (penyebaran) pertahanan imunologis dan Risiko gangguan perlekatan berhubungan dengan perpisahan ibu dan bayi akibat hospitalisasi.

c. Intervensi keperawatan

Pada tahap perencanaan penulis menyesuaikan teori dan keadaan pasien serta berdasarkan jangka waktu yang ditentukan pelaksanaan, perencanaan pada diagnosis pertama Pola napas tidak efektif berhubungan hambatan upaya napas adalah observasi adanya tanda tanda hipoventilasi, monitor frekuensi dan irama pernapasan, monitor

kecepatan, kedalaman, irama, dan kesulitan bernapas, monitor suara pernapasan, monitor saturasi O<sub>2</sub> dan nadi, monitor pola pernapasan, bersihkan mulut, hidung dan sekret. Perencanaan pada diagnosis kedua Risiko termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan perubahan laju metabolisme adalah monitor suhu tubuh setiap 3 jam, memonitor glukosa darah, sediakan lingkungan yang hangat, lakukan penghangatan pasif (mis, selimut), atur suhu inkubator (35°C). Perencanaan pada diagnosis ketiga Risiko infeksi berhubungan dengan pertahanan imunologis yang kurang adalah monitor tanda-tanda vital bayi, monitor adanya bau atau cairan pada tali pusat, mengkaji adanya tanda-tanda infeksi, rawat tali pusat secara terbuka, cuci tangan, sebelum dan sesudah melakukan tindakan, pertahankan kebersihan kulit pasien, jaga lingkungan tetap bersih. Perencanaan pada diagnosis keempat Risiko gangguan perlekatan orang tua berhubungan dengan perpisahan antara ibu dan bayi akibat hospitalisasi adalah orang tua berkunjung bertemu dengan pasien, orang tua berkomunikasi dengan pasien, orang tua melakukan kontak mata (menatap) dengan pasien, orang tua menyentuh pasien, orang tua mecium pasien.

d. Implementasi keperawatan

Melakukan tindakan yang telah direncanakan tidak sepenuhnya penulis dapat melakukan sendiri, pemecahannya penulis bekerja sama dengan perawat ruangan dan keluarga dalam melaksanakan tindakan keperawatan ada beberapa tindakan kolaborasi sesuai dengan intervensi.

Dari rencana keperawatan yang dibuat haruslah diimplementasikan semaksimal mungkin agar tujuannya dapat tercapai dengan baik dan dapat membantu proses penyembuhan pasien.

e. Evaluasi

Pada tahap evaluasi hasil dari empat diagnosis yang diangkat, penulis mendapatkan dua diagnosis yang sudah tercapai yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dan risiko infeksi (penyebaran) berhubungan dengan pertahanan imunologis, sedangkan dua diagnosis yang belum tercapai yaitu Risiko gangguan perlekatan berhubungan dengan perpisahan ibu dan bayi akibat hospitalisasi dan termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan perubahan laju metabolisme.

## **B. Saran**

Penulis memberikan saran yang mungkin dapat di terima sebagai bahan bimbingan guna meningkatkan kualitas Asuhan Keperawatan pada bayi dengan Asfiksia Neonatorum yaitu :

1. Keluarga klien

Bagi keluarga klien diharapkan dapat mengikuti dan bekerja sama dalam proses keperawatan sehingga masalah keperawatan yang muncul dapat teratasi dan dapat meningkatkan kesehatan klien.

2. Profesi Perawat

Bagi profesi perawat diharapkan selalu meningkatkan pengetahuan dan

keterampilan tentang ilmu keperawatan khususnya pada perawat Rumah Sakit agar pelayanan yang diberikan kepada pasien bisa lebih baik dan lebih professional lagi.

### 3. Rumah Sakit

Penulis mengharapkan pihak rumah sakit dapat menyediakan dan memfasilitasi apa yang dibutuhkan oleh klien untuk penyembuhan seperti memisahkan ruangan bayi yang mengalami penyakit menular dengan bayi yang tidak mengalami penyakit menular, serta dapat mengevaluasi perkembangan keadaan klien demi untuk menunjang penyembuhan klien. dengan Asfiksia Neonatorum yang disebabkan oleh ketuban pecah dini selama 36 jam, bayi terlilit tali pusat, bayi lahir tidak langsung menangis, ekstremitas tampak sianosis, gerakan lemah, reflek hisap tidak ada dan ketuban jernih.

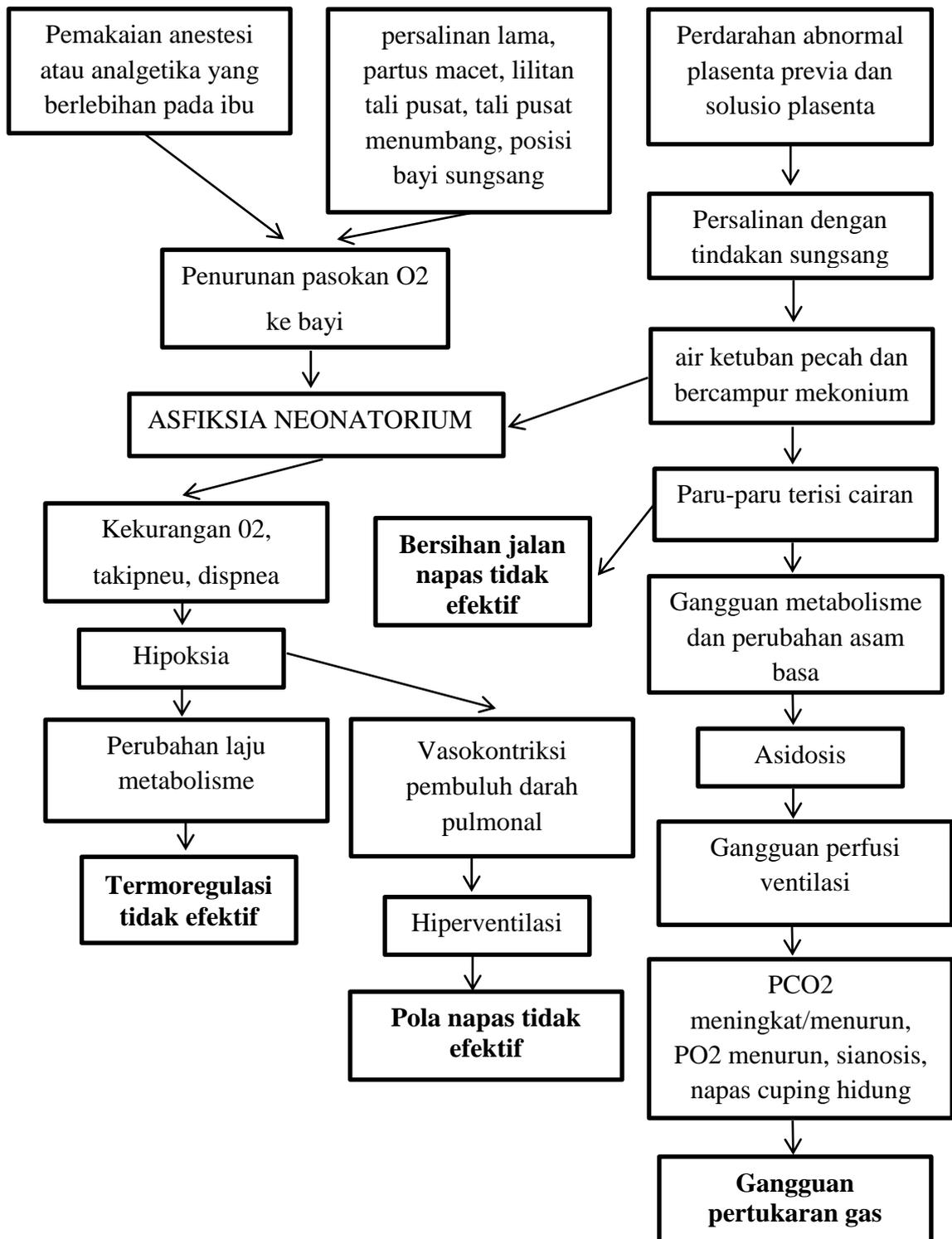
## DAFTAR PUSTAKA

- Arfiana, Arum Lusiana. (2016). *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita Dan Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta: Trans Medika.
- Amelia Nurhidayanti. (2022). *Buku Ajar Bayi Baru Lahir Dengan Asfiksia Neonatorum*. Jakarta: K-Media.
- Kristiyanasari, Weni. (2019). *Asuhan Keperawatan Neonatus Dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Maryani Anik dan Eka Puspita. 2016. *Asuhan Keperawatan Maternal Neonatal*. Jakarta : Trans Info Medika.
- Budiono, Pertami. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika.
- Karlina, Ermalinda dan Pratiwi. (2016). *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal*. Edisi Jilid 2. Bogor: In Media.
- Novvi karlina, Elsi Ermalinda. (2016). *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal*. Bogor: In Media.
- Masruroh. (2016). *Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurarif, Kusuma. (2015). *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnose & NANDA NIC NOC*. Yogyakarta: Mediaction.
- Madri, Ni Ketut. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Sakit Dan Bayi Risiko Tinggi*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sudarti, & Fauziah A. (2018). *Asuhan Neonatus Risiko Tinggi dan Kegawatan*. Jogjakarta: Nuha Medika
- PPNI. (2017). *Standar Diagnose Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi Kriteria Hasil*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.

RSUD Koja. (2023). *Laporan Tahunan Kasus Di Ruang Perina*. RSUD Koja Jakarta Utara.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Dalam Kesia (2019) *Hasil Utama Riskesdas (2018)*. Jakarta: Kemenkes RI.

**PATHWAY**



## ANALISIS OBAT

### 1. Gentamycin

**Indikasi :** Gentamycin adalah obat untuk mengatasi infeksi akibat bakteri

**Efek samping :** Demam, diare, lelah, mulut kering, mual, muntah, nyeri sendi, tidak nafsu makan, sulit bernapas, sulit menelan, pingsan, gangguan ginjal, gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran.

**Dosis :**

Dewasa : Dosis untuk infeksi berat 3–5 mg/kgBB per hari dibagi dalam 3 dosis yang diberikan setiap 8 jam, selama 7–10 hari. Dosis diberikan melalui suntik IM, suntik IV selama 2–3 menit, atau infus selama 20–30 menit.

Anak-anak :

- a) Usia <1 bulan adalah 4–7 mg/kgBB per hari, diberikan dalam 1–2 dosis.
- b) Usia  $\geq$ 1 bulan, dosisnya 4,5–7,5 mg/kgBB per hari, diberikan dalam 1–2 dosis.
- c) Usia  $\geq$ 1 tahun, dosisnya 3–6 mg/kgBB per hari, diberikan dalam 1–2 dosis.

### 2. Vicilin :

**Indikasi :** Vicilin adalah obat untuk mengatasi infeksi saluran pernapasan atas dan bawah infeksi saluran pencernaan, gonore, septikemia peritonitis, endokarditis bakteri, osteomielitis, meningitis, infeksi saluran kemih, infeksi sepsis, infeksi kulit dan jaringan lunak.

**Efek samping :** Gangguan saluran pencernaan, ruam kulit, gatal biduran, demam, kelainan darah, superinfeksi

**Dosis :**

Dewasa : dosis 250-1.000 mg, diberikan 4 kali sehari, disuntikkan melalui injeksi intramuskular (otot).

Anak : dosis 50-100 mg / kg berat badan/ hari dalam 4 dosis terbagi, disuntikkan melalui injeksi intramuskular (otot).

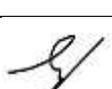
## Lampiran 3

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Pembimbing : Ns. Ernawati, M.Kep.,Sp.Kep.An

Nama Mahasiswa : Nadya Septya Dirany

Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Pada Bayi M Dengan Asfiksia Neonatorum Di Ruang Perina RSUD Koja Jakarta Utara.

No.	Tanggal	Konsultasi (Masukan Pembimbing)	Tanda Tangan
1	15 Maret 2023	Pengarahan pelaksanaan ujian praktik di ruang perina RSUD Koja untuk mengambil kasus yang akan dilaporkan dalam KTI	
2	16 Maret 2023	Pengambilan kasus di ruang perina RSUD Koja dan pengarahan mekanisme praktik serta aspek untuk dibuat laporan KTI	
3	20 Maret 2023	Pengarahan tentang pelaporan studi kasus dan panduan dalam membuat KTI	
4	30 April 2023	Konsul BAB 1 melalui gmail : latar belakang jadikan satu paragraf, mengubah referensi, tambahkan penjelasan berdasarkan angka mortalitas dan morbiditas dan bahaya pada bayi jika Asfiksia tidak ditangani segera, tambahkan peran perawat	
5	15 Mei 2023	BAB 1 mengubah latar belakang, membenarkan teknik pengetikan, mengubah referensi segera, tambahkan peran perawat	
6	29 Mei 2023	BAB 1 menjelaskan peran perawat pada upaya peran promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif	

7	30 Mei 2023	BAB 2 membenarkan tehnik penulisan sitasi, menambahkan komplikasi, membenarkan tehnik penulisan yang typo, membenarkan spasi, menambahkan observasi, terapeutik, edukasi, klaborasi pada intervensi	
8	31 Mei 2023	BAB 3 menyesuaikan diagnosis pada resume sesuai dengan rekam medis, mengubah riwayat penyakit pasien, menghapus diagnosis gangguan pertukaran gas	
9	31 Mei 2023	BAB 3 Memasukan kriteria hasil di evaluasi, menyesuaikan data focus dengan di analisa data, mengubah etiologi	
10	1 Juni 2023	BAB 4 memasukan perbandingan etiologi, faktor resiko predisposisi, tanda gejala, pemeriksaan diagnostic	
11	2 Juni 2023	BAB 5 mengubah pada penutup disesuaikan dengan etiologi, faktor resiko predisposisi, tanda gejala, pemeriksaan diagnostik dan terapi	
12	5 Juni 2023	Konsul BAB 1 & BAB 2 membenarkan typo mengubah referensi menambahkan teori tumbuh kembang	
13	6 Juni 2023	Konsul BAB 3 & BAB 4 menyamakan evaluasi dengan kriteria hasil, menjelaskan kesenjangan diagnosis di BAB 4 pembahasan dan memasukan Pathway	
14	7 Juni 2023	Konsul BAB 5 memasukan kriteria hasil pada intervensi	