

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BY. NY. S DENGAN DIAGNOSIS
MEDIS ASFIKSIA + SEPSIS DI RUANG NICU CENTRAL
RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

ATHIYAH NISRINA HASNA

NIM. 2020005

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

2023

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BY. NY. S DENGAN DIAGNOSIS
MEDIS ASFIKSIA + SEPSIS DI RUANG NICU CENTRAL
RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

ATHIYAH NISRINA HASNA

NIM. 2020005

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

2023

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 24 Februari 2023

ATHIYAH NISRINA HASNA

NIM. 2020005

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : ATHIYAH NISRINA HASNA
NIM : 2020005
Program Studi : D3 KEPERAWATAN
Judul : Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. S Dengan Diagnosis
Medis Asfiksia + Sepsis Di Ruang NICU Central RSPAL
dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Pembimbing I

Pembimbing II

Meyta Kurniasari, S.Kep., Ns

NIP. 197605172006042001

Qori'ila Saidah, M.Kep.,Ns., Sp.Kep.An

NIP. 03.026

**Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D3 Keperawatan**

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes

NIP. 03.007

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 24 Februari 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : ATHIYAH NISRINA HASNA
NIM : 2020005
Program Studi : D3 KEPERAWATAN
Judul : Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. S Dengan Diagnosis
Medis Asfiksia + Sepsis Di Ruang NICU Central RSPAL
dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang
Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : 27 Februari 2023

Bertempat di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D3 Keperawatan
Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Dr. Divah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes** (.....)
(NIP. 03.003)
Penguji II : **Oori'ila Saidah, M.Kep.,Ns., Sp.Kep.An** (.....)
(NIP. 03.026)
Penguji III : **Mevta Kurniasari, S.Kep., Ns** (.....)
(NIP. 197605172006042001)

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes
NIP. 03.007

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 27 Februari 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah terlibat dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana pertama dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., M.M., selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang memberi ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. A.V. Sri Suhardingsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Kepala Program Studi D-III keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu Dr. Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji ketua, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan, dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Qori'ila Saidah, M.Kep., Ns., Sp.Kep.An selaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan hingga penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Meyta Kurniasari, S.Kep., Ns selaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan hingga penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi–materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisanannya.
8. Teman-teman D-III Keperawatan Kumara 26 Angkatan Tahun 2020 Stikes Hang Tuah Surabaya yang saling memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, terima kasih telah berjuang bersama hingga akhir.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuan serta dukungannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang

konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 24 Februari 2023

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Athiyah Nisrina Hasna', written in a cursive style.

ATHIYAH NISRINA HASNA

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH	
HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat	3
1.5 Metode Penulisan.....	4
1.6 Sistematika Penulisan	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Penyakit	7
2.1.1 Definisi Asfiksia	7
2.1.2 Etiologi Asfiksia	7
2.1.3 Klasifikasi Asfiksia	8
2.1.4 Patofisiologi Asfiksia	8
2.1.5 Tanda dan Gejala Asfiksia.....	9
2.1.6 Komplikasi Asfiksia.....	10
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Asfiksia	10
2.1.8 Penatalaksanaan Asfiksia	10
2.2 Konsep Sepsis.....	11
2.2.1 Definisi Sepsis	11
2.2.2 Etiologi Sepsis	11
2.2.3 Klasifikasi Sepsis	12
2.2.4 Patofisiologi Sepsis	12

2.2.5	Tanda dan Gejala Sepsis.....	13
2.2.6	Komplikasi Sepsis.....	14
2.2.7	Pemeriksaan Penunjang Sepsis	14
2.2.8	Penatalaksanaan Sepsis	15
2.4	Kerangka Masalah	16
2.5	Asuhan Keperawatan	17
2.5.1	Pengkajian	17
2.5.2	Analisa Data	19
2.3.3	Diagnosa Keperawatan.....	19
2.3.4	Perencanaan Keperawatan.....	20
2.3.5	Implementasi Keperawatan	24
2.3.6	Evaluasi Keperawatan.....	24
BAB 3	TINJAUAN KASUS	25
3.1	Pengkajian	25
3.2	Analisa Data	37
3.3	Prioritas Masalah	38
3.4	Rencana Keperawatan.....	39
3.5	Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan	43
BAB 4	PEMBAHASAN	68
4.1	Pengkajian	68
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	70
4.3	Rencana Keperawatan.....	72
4.4	Tindakan Keperawatan.....	73
4.5	Evaluasi Keperawatan.....	74
BAB 5	PENUTUP	77
5.1	Simpulan	77
5.2	Saran	80
	DAFTAR PUSTAKA	81
	LAMPIRAN	83

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 APGAR Score	8
Tabel 3. 1 Pemeriksaan Laboratorium	33
Tabel 3. 2 Terapi Obat	36
Tabel 3. 3 Analisa Data.....	37
Tabel 3. 4 Prioritas Masalah.....	38
Tabel 3. 5 Rencana Keperawatan	39
Tabel 3. 6 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan	43

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1.....	83
-----------------	----

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: World Health Organization
AKB	: Angka Kematian Bayi
BBLR	: Badan Badan Lahir Rendah
O ₂	: Oksigen
CO ₂	: Karbondioksida
PaO ₂	: Tekanan parsial oksigen
NICU	: Neonatal Intensive Care Unit
DJJ	: Detak Jantung Janin
ECG	: Elektrokardiografi
CT-Scan	: Computerized Tomography Scan
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
By	: Bayi
Ny	: Nyonya
BCPAP	: Bubble Continuous Positive Airway Pressure
fIO ₂	: Fraction Of Inspired Oxygen
PEEP	: Positive End Expiratory Pressure

SPO2	: Saturasi oksigen darah
OGT	: Orogastric Tube
IV	: Intra Vena
GDA	: Gula Darah Acak
mg	: miligram
Tn	: Tuan
TTV	: Tanda-Tanda Vital
N	: Nadi
S	: Suhu
RR	: Respiration Rate
BB	: Berat Badan
PB	: Panjang Badan
RS	: Rumah Sakit
SC	: Sectio Caesarea
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SOAP	: Subjective, Objective, Assesment, Plan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asfiksia neonatorum terjadi saat keadaan bayi baru lahir tidak menangis dan tidak dapat bernapas secara teratur dalam satu menit setelah lahir. Pada umumnya banyak faktor yang dapat menimbulkan asfiksia, seperti faktor ibu seperti usia tua, usia kehamilan, anemia, ketuban pecah dini, persalinan lama. Selain itu ada juga faktor janin misalnya gawat janin, kehamilan kembar, letak sungsang, dan faktor plasenta seperti solusio plasentas dan perdarahan plasenta (Capriani et al., 2021).

Menurut World Health Organization (WHO), asfiksia neonatus adalah masalah dengan morbiditas dan mortalitas yang cukup tinggi pada neonatus, perkiraan masalah asfiksia ini 4-9 juta dari total 130 juta kelahiran (Mar'atussaliha & Rismayanti, 2019). Menurut data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), angka kematian bayi adalah 34 kematian/1000 kelahiran hidup. Penyebab kematian bayi di Indonesia salah satunya adalah mati karena kelemahan, tepatnya 27% yang penyebab kematian bayi ke-2 setelah berat badan lahir rendah (BBLR). Penyebab langsung kematian bayi, 29% disebabkan oleh berat badan lahir rendah (BBLR), asfiksia (13%), gangguan makan (10%), infeksi (6,7%), kelainan hematologi (5%) dan ada penyebab lainnya (27%) (Capriani et al., 2021).

Angka kematian bayi menurut badan pusat statistik di Propinsi Jawa Timur mengalami penurunan dari tahun 2009 31.41%, tahun 2010 29.99%, tahun 2011 29.24%, tahun 2012 28.31%, tahun 2013 27.23% (Agustin, 2019). Menurut data dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya, ada peningkatan angka kematian bayi di Kota

Surabaya pada tahun 2015 dari yang tahun sebelumnya, angka kematian bayi pada tahun 2014 yaitu 5,62/1000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi pada tahun 2015 yaitu 6,48/1000 kelahiran hidup. Di Kota Surabaya masalah utama kematian bayi pada tahun 2013 sampai 2015 yaitu asfiksia, BBLR dan kelainan kongenital. (Kartika Sari et al., 2018). Menurut data rekam medis di ruangan, pada tahun 2022 di Ruang NICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan asfiksia ada 12 kasus, 7 bayi laki-laki dan 5 bayi perempuan.

Jika kekurangan O₂ berlanjut, saraf vagus tidak lagi berpengaruh dan terjadi rangsangan pada saraf simpatis sehingga detak jantung bayi menjadi lebih cepat dan pada akhirnya menjadi tidak teratur dan berhenti. Jika hal ini berlanjut terus-menerus, bayi akan menarik napasnya dalam-dalam, detak jantung terus menurun, tekanan darah juga mulai turun, dan akan terlihat lemas. Pernapasan menjadi semakin lemah hingga mencapai periode apnea sekunder (Maternus, 2018).

Peran perawat sangatlah penting dalam merawat beberapa masalah diatas, salah satunya yaitu pemberi asuhan keperawatan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian tindakan keperawatan sehingga penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. R Dengan Diagnosis Medis Asfiksia Di Ruang NICU Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan asfiksia dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada

bayi dengan diagnosis medis asfiksia di Ruang NICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada bayi dengan diagnosis medis asfiksia di ruang NICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada bayi dengan diagnosis medis asfiksia di ruang NICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada bayi dengan diagnosis medis asfiksia di ruang NICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada bayi dengan diagnosis medis asfiksia di ruang NICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada bayi dengan diagnosis medis asfiksia di ruang NICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada bayi dengan diagnosis medis asfiksia di ruang NICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa asfiksia di ruang NICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien asfiksia.
2. Secara praktis, tugas akhir ini bermanfaat bagi :

- a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil dari karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien asfiksia dengan baik.

- b. Bagi peneliti

Hasil dari penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada klien asfiksia.

- c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien asfiksia.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu metode deskriptif. Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang dimana meliputi studi literature/ kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

- a. Wawancara

Hasil data diperoleh atau diambil melalui percakapan baik dengan keluarga pasien maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Hasil data yang diperoleh atau diambil melalui wawancara baik dengan keluarga maupun tim kesehatan lain.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik yang dapat menunjang dalam menegakkan diagnosa atau penatalaksanaan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer yaitu data yang diperoleh langsung dari orang tua pasien.

b. Data sekunder

Data sekunder yaitu data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari serta memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri atas lima bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa asfiksia, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep dasar penyakit dan asuhan keperawatan bayi dengan asfiksia. Dalam konsep dasar penyakit akan diuraikan mulai dari definisi, etiologi, proses terjadinya serta penanganan dari segi keperawatan. Selanjutnya akan diuraikan mengenai masalah-masalah yang muncul pada kasus asfiksia dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Asfiksia

Asfiksia neonatorum yaitu keadaan bayi yang baru lahir tidak bisa bernapas secara langsung dan teratur setelah lahir. Kejadian ini biasanya bersamaan dengan hipoksia serta berakhir dengan asidosis (Maternus, 2018).

Asfiksia neonatorum adalah kondisi bayi yang tidak bisa untuk bernapas secara teratur setelah lahir, karena kurangnya masukan oksigen, sehingga menimbulkan tingginya kematian pada bayi yang baru lahir (Damanik et al., 2021).

Kejadian asfiksia ini bertambah buruk bila penanganan dilakukan dengan tidak sempurna, sehingga tindakan keperawatan dilakukan untuk kelangsungan hidup dan menangani gejala yang akan timbul (Maternus, 2018).

2.1.2 Etiologi Asfiksia

Penyebab kejadian ini secara luas dikarenakan gangguan pertukaran gas dari ibu ke janin, masa hamil, kelahiran, atau setelah lahir. Penyebab nya adalah hipoksia ibu yang akan muncul pada hipoksia janin dengan semua akibatnya, usia tua, faktor

plasenta seperti solusio plasenta, perdarahan plasenta, kemudian faktor janin meliputi tali pusat yang melilit ke leher, kehamilan kembar, kelainan kongenital, dan yang terakhir faktor persalinan yaitu saat partus lama, partus tindakan dan lain-lain (Maternus, 2018).

2.1.3 Klasifikasi Asfiksia

1. Virgorous baby (Asfiksia ringan) Apgar skor 7-9, dalam hal ini bayi dianggap sehat, tidak memerlukan tindakan istimewa.
2. Mild- moderate asphyksia (asfiksia sedang) APGAR score 4-6
3. Severe asphyksia (asfiksia berat) APGAR score 0-3

Tabel 2. 1 APGAR Score

TANDA	Skor		
	0	1	2
Frekuensi jantung	Tidak ada	< 100/ menit	> 100/ menit
Usaha bernapas	Tidak ada	Lambat, tak teratur	Menangis kuat
Tonus otot	Lumpuh	Ektremitas fleksi	Gerakan aktif
Refleks	Tidak ada	Gerakan sedikit	Gerakan kuat/melawan
Warna kulit	Biru/pucat	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan

2.1.4 Patofisiologi Asfiksia

Segera setelah lahir, bayi mengambil nafas pertamanya (menangis), kemudian paru-paru janin mulai bekerja untuk sembuh. Alveoli mengembang, udara masuk, dan cairan di alveoli secara bertahap meninggalkan alveoli. Pada saat yang sama, arteri paru-paru mengembang dan aliran darah ke paru-paru meningkat secara substansial.

Saat janin kekurangan O₂ dan kadar CO₂ meningkat, terjadi rangsangan saraf vagus sehingga DJJ (detak jantung janin) melambat. Jika kekurangan O₂ berlanjut, saraf vagus tidak lagi terpengaruh dan terjadi perangsangan pada saraf simpatis sehingga DJJ menjadi lebih cepat dan akhirnya menjadi tidak teratur dan menghilang. Janin bernapas dalam kandungan dan saat kami periksa, banyak cairan ketuban dan mekonium di paru-paru, bronkus tersumbat dan terjadi atelektasis. Saat janin lahir, alveoli tidak berkembang. Jika hal ini terus berlanjut, anak akan menarik napas dalam-dalam, detak jantung terus menurun, tekanan darah anak juga mulai turun, dan anak terlihat lemas. Pernapasan menjadi semakin lemah hingga anak mencapai periode apnea sekunder. Selama apnea sekunder, detak jantung, tekanan darah, dan kadar O₂ darah (PaO₂) terus menurun. Dan sekarang tidak dapat menanggapi rangsangan dan tidak menunjukkan upaya pernapasan spontan (Maternus, 2018)

2.1.5 Tanda dan Gejala Asfiksia

Tanda dan gejala pada bayi baru lahir dengan asfiksia antara lain :

1. Tidak bernafas atau napas megap-megap atau pernapasan cepat, pernapasan cuping hidung.
2. Pernapasan tidak teratur atau adanya retraksi dinding dada
3. Tangisan lemah atau merintih
4. Warna kulit pucat atau biru
5. Tonus otot lemas atau ekstremitas terkulai
6. Denyut jantung tidak ada atau lambat (bradikardia) kurang dari 100 kali per menit.

(Maternus, 2018)

2.1.6 Komplikasi Asfiksia

Dampak yang akan terjadi jika bayi baru lahir dengan asfiksia tidak di tangani dengan cepat maka akan terjadi hal-hal sebagai berikut antara lain: perdarahan otak, anuragia, dan onoksia, hyperbilirubinemia, kejang sampai koma. Komplikasi tersebut akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan bahkan kematian pada bayi. (Maternus, 2018)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Asfiksia

Beberapa pemeriksaan diagnostik adanya asfiksia pada bayi yaitu :

1. Pemeriksaan analisa gas darah
2. Pemeriksaan elektrolit darah
3. Baby gram (RO dada)
4. Penilaian APGAR Score
5. Pemeriksaan ECG dan CT-Scan

(Maternus, 2018)

2.1.8 Penatalaksanaan Asfiksia

Penatalaksanaan asfiksia adalah :

1. Membersihkan jalan napas dengan pengisapan lendir dan kasa steril
2. Potong tali pusat dengan teknik aseptik dan dengan antiseptik
3. Apabila bayi tidak menangis lakukan sebagai berikut :
 - a. Rangsangan taktil dengan cara menepuk-nepuk kaki, mengelus-elus dada, perut dan punggung

- b. Bila dengan rangsangan taktil belum menangis lakukan resusitasi neonatal
 - c. Pertahankan suhu tubuh agar tidak perburuk keadaan asfiksia dengan cara : membungkus bayi dengan kain hangat, badan bayi harus dalam keadaan kering, jangan memandikan bayi dengan air dingin gunakan minyak atau baby oil untuk membersihkan tubuh bayi, kepala bayi ditutup dengan baik atau kenakan topi.
4. Apabila nilai APGAR pada menit ke lima sudah baik (7-10) lakukan perawatan selanjutnya : bersihkan badan bayi, perawatan tali pusat, pemberian ASI sedini mungkin dan adekuat, melaksanakan antropometri dan pengkajian kesehatan, memasang pakaian bayi dan mengenakan tanda pengenal bayi.
- (Maternus, 2018)

2.2 Konsep Sepsis Neonatorum

2.2.1 Definisi Sepsis Neonatorum

Sepsis neonatorum adalah infeksi bakteri pada aliran darah neonatus selama bulan pertama kehidupan. Sepsis bakterial pada neonatus adalah sindrom klinis dengan gejala infeksi sistemik dan diikuti dengan bakteremia pada bulan pertama kehidupan (usia 0 sampai 28 hari). (Istiqoma Dewi A, 2021). Sepsis merupakan suatu proses berkelanjutan mulai dari infeksi, sepsis berat, syok septis, disfungsi multiorgan, dan akhirnya kematian. (Istiqoma Dewi A, 2021)

2.2.2 Etiologi Sepsis Neonatorum

Semua infeksi pada neonatus dianggap oportunistik dan setiap bakteri mampu menyebabkan sepsis. Berbagai macam patogen seperti bakteri, virus, parasit, atau jamur dapat menyebabkan infeksi berat yang mengarah pada sepsis neonatorum. Pola kuman penyebab sepsis berbeda-beda antar negara dan selalu berubah dari waktu

ke waktu. Bakteri gram negatif merupakan penyebab terbanyak kejadian sepsis neonatorum di negara berkembang. (Istiqoma Dewi A, 2021)

Perbedaan pola kuman penyebab sepsis antar negara berkembang telah diteliti oleh World Health Organization Young Infants Study Group pada tahun 1999 di empat negara berkembang, yaitu Ethiopia, Philipina, Papua New Guinea, dan Gambia. Penelitian tersebut mengemukakan bahwa kuman tersering yang ditemukan pada kultur darah adalah *Staphylococcus aureus* (23%), *Streptococcus pyogenes* (20%) dan *E. coli* (18%). Selain mikroorganisme di atas, patogen yang sering ditemukan adalah *Pseudomonas sp*, dan *Enterobacter sp*. (Istiqoma Dewi A, 2021)

2.2.3 Klasifikasi Sepsis Neonatorum

Sepsis neonatorum diklasifikasikan berdasarkan waktu terjadinya menjadi dua bentuk, yaitu sepsis neonatorum awitan dini (early-onset neonatal sepsis) dan sepsis neonatorum awitan lambat (late-onset neonatal sepsis).

Sepsis neonatorum awitan dini (SNAD) merupakan infeksi perinatal yang terjadi segera dalam periode postnatal (kurang dari 72 jam) dan diperoleh pada saat proses kelahiran atau in utero. Sepsis neonatorum awitan lambat (SNAL) merupakan infeksi postnatal (lebih dari 72 jam) yang diperoleh dari lingkungan sekitar atau rumah sakit (infeksi nosokomial). Proses infeksi ini disebut juga infeksi dengan transmisi horizontal. (Istiqoma Dewi A, 2021)

2.2.4 Patofisiologi Sepsis

Janin relatif aman selama dalam kandungan terhadap kontaminasi kuman karena terlindung oleh berbagai organ tubuh seperti plasenta, selaput amnion, korion, dan beberapa faktor anti infeksi pada cairan amnion. Kemungkinan kontaminasi kuman bagaimanapun juga masih dapat terjadi melalui tiga jalan. Pertama, yaitu pada

masa antenatal atau sebelum lahir, kuman dari ibu setelah melewati plasenta dan umbilikus, masuk ke dalam tubuh bayi melalui sirkulasi darah janin. Kedua, yaitu pada masa intranatal atau saat persalinan. Ketiga, yaitu pada saat ketuban pecah. Paparan kuman yang berasal dari vagina akan lebih berperan dalam infeksi janin. Kejadian kontaminasi kuman pada bayi yang belum lahir akan meningkat apabila ketuban telah pecah lebih dari 18-24 jam. (Istiqoma Dewi A, 2021)

Infeksi setelah kelahiran umumnya terjadi akibat infeksi yang diperoleh (acquired infection), yaitu infeksi nosokomial dari lingkungan di luar rahim, misalnya melalui alat pengisap lendir, selang endotrakea, infus, selang nasogastrik, dan botol minuman. Bayi yang mendapat prosedur neonatal invasif seperti kateterisasi umbilikus, bayi dalam ventilator, kurang memperhatikan tindakan antisepsis, rawat inap yang terlalu lama, dan hunian terlalu padat juga mudah mendapat infeksi nosokomial. (Istiqoma Dewi A, 2021)

2.2.5 Tanda dan Gejala Sepsis

1. Suhu tubuh menurun atau meningkat (demam)
2. Bayi tampak kuning
3. Muntah-muntah
4. Lemas dan kurang responsif
5. Kurang mau menyusui
6. Diare
7. Perut membengkak
8. Detak jantung menjadi cepat atau lambat

9. Kejang-kejang
10. Kulit pucat atau kebiruan
11. Sesak napas
12. Gula darah rendah

2.2.6 Komplikasi Sepsis

Komplikasi sepsis neonatorum antara lain meningitis yang dapat menyebabkan terjadinya hidrosefalus dan/ atau leukomalasia periventrikular. Komplikasi acute respiratory distress syndrome (ARDS) dan syok septik dapat dijumpai pada pasien sepsis neonatorum. Komplikasi lain adalah berhubungan dengan penggunaan aminoglikosida, seperti tuli dan/ atau toksisitas pada ginjal, komplikasi akibat gejala sisa atau sekuele berupa defisit neurologis mulai dari gangguan perkembangan sampai dengan retardasi mental bahkan sampai menimbulkan kematian. (Istiqoma Dewi A, 2021)

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang Sepsis

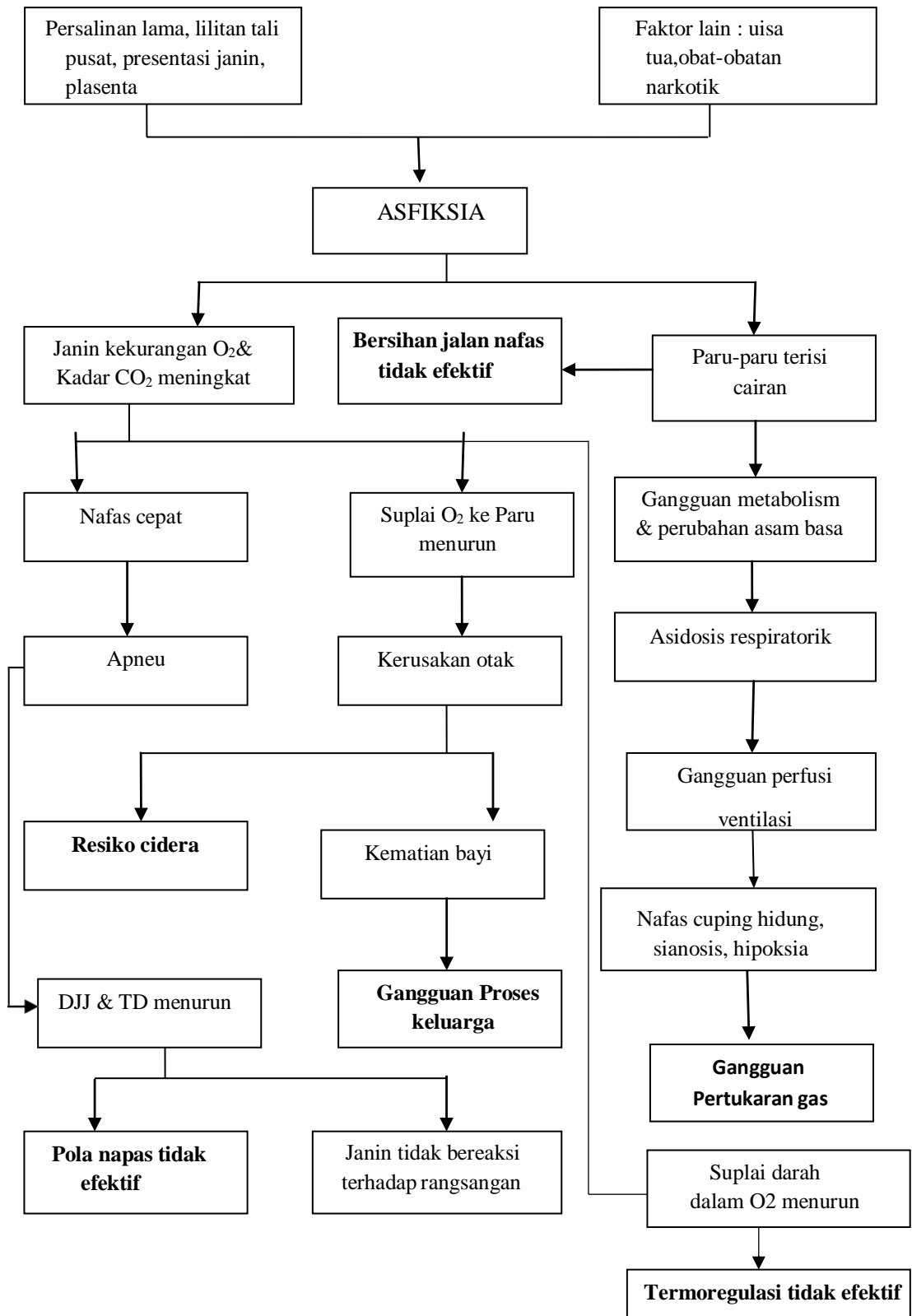
Pemeriksaan kultur darah sampai saat ini merupakan baku emas dalam menentukan diagnosis sepsis. Pemeriksaan ini mempunyai kelemahan karena hasil kultur akan diketahui dalam waktu minimal tiga sampai lima hari. Kultur darah pada pasien sepsis neonatorum dapat ditemukan hasil yang negatif, meski telah didukung oleh gejala klinis yang jelas. Pemberian antibiotik pada sebagian besar ibu hamil untuk mencegah persalinan prematur diduga sebagai penyebab tidak tumbuhnya bakteri pada media kultur. Hasil kultur juga dipengaruhi oleh kemungkinan pemberian antibiotik sebelumnya pada neonatus yang dapat menekan pertumbuhan kuman. (Istiqoma Dewi A, 2021)

Pemeriksaan lain untuk mendiagnosis sepsis neonatorum adalah pemeriksaan komponen darah. Sekitar 10-60% pasien sepsis neonatorum menunjukkan jumlah trombosit yang kurang dari 100.000/mm³ dan terjadi pada satu sampai tiga minggu setelah diagnosis sepsis ditegakkan. Sel darah putih dianggap lebih sensitif dalam menunjang diagnosis daripada jumlah trombosit. Enam puluh persen pasien sepsis biasanya disertai perubahan hitung neutrofil. (Istiqoma Dewi A, 2021)

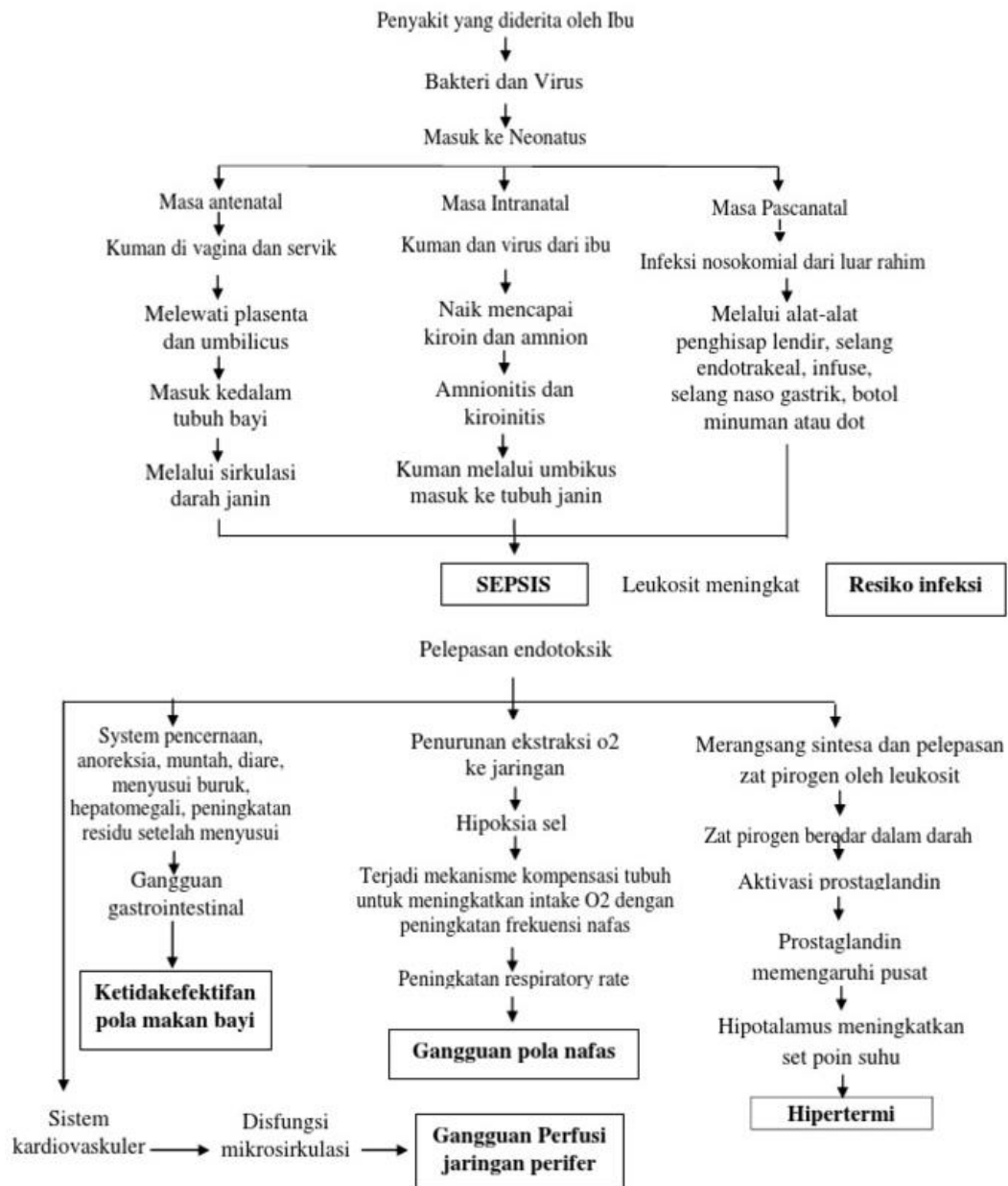
2.2.8 Penatalaksanaan Sepsis

Eliminasi kuman penyebab merupakan pilihan utama dalam tata laksana sepsis neonatorum, sedangkan penentuan kuman penyebab membutuhkan waktu dan mempunyai kendala tersendiri. Penggunaan antibiotik empiris dapat segera dilakukan dengan memperhatikan pola kuman penyebab yang tersering ditemukan. Antibiotik empiris dapat segera diganti apabila sensitivitas kuman diketahui. Beberapa terapi suportif (adjuvant) juga mulai dilakukan, walaupun beberapa dari terapi tersebut belum terbukti menguntungkan, Terapi suportif pada keadaan sepsis sangat dibutuhkan, seperti pemberian oksigen, inotropik, dan komponen darah. (Istiqoma Dewi A, 2021)

2.3 Kerangka Masalah



Sumber (Sari, 2017)



(Donna L wong 2009, Bobak, 2005, Manuaba, 2007)

2.4 Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

1. Biodata : nama bayi, umur/tanggal lahir, jenis kelamin, agama, anak keberapa dan identitas orangtua. Yang lebih ditekankan pada umur bayi karena berkaitan dengan diagnosa asfiksia neonatorum.

2. Keluhan utama : pada bayi dengan asfiksia yang sering tampak adalah sesak napas.
3. Riwayat kehamilan dan persalinan : riwayat persalinan spontan, prematur, aterm, faktor plasenta (solusio plasenta, perdarahan plasenta, kemudian faktor janin meliputi tali pusat yang melilit ke leher, kehamilan kembar, kelainan kongenital, dan yang terakhir faktor persalinan yaitu saat partus lama, partus tindakan.
4. Riwayat kesehatan sekarang : yang dirasakan klien sampai di rawat di rumah sakit atau perjalanan penyakit sampai di rumah sakit saat ini.
5. Pola nutrisi : pada neonatus dengan asfiksia membatasi intake oral karena organ tubuh terutama lambung belum sempurna, selain itu bertujuan untuk mencegah terjadinya aspirasi pneumoni.
6. Pola eliminasi : umumnya bayi mengalami gangguan BAB karena organ tubuh terutama pencernaan belum sempurna.
7. Kebersihan diri : perawat dan keluarga bayi harus menjaga kebersihan terutama saat BAB dan BAK.
8. Pola tidur : biasanya terganggu karena bayi sesak napas.
9. Pemeriksaan fisik
 - a. Keadaan umum : pada umumnya pasien dengan asfiksia dalam keadaan lemah, sesak napas
 - b. Tanda-tanda Vital : pada umumnya terjadi peningkatan respirasi

- c. Kulit : pada kulit biasanya terdapat sianosis.
 - d. Kepala : Inspeksi : bentuk kepala bukit, fontanela mayor dan minor masih cekung.
 - e. Mata : pada pupil terjadi miosis saat diberikan cahaya
 - f. Hidung : yang paling sering didapatkan adalah didapatkan adanya pernapasan cuping hidung.
 - g. Dada : umumnya ditemukan pernapasan yang irregular dan frekwensi pernafasan yang cepat.
 - h. Neurologi atau reflek : Reflek Morrow : kaget bila dikejutkan (tangan menggenggam).
10. Pemeriksaan Penunjang : pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan ECG atau CT-Scan, baby gram (RO Dada)
11. Terapi : pada asfiksia biasanya diberikan terapi oksigen.

(Sari, 2017)

2.4.2 Analisa Data

Dari hasil pengkajian kemudian data tersebut dikelompokkan lalu dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnosa keperawatan.

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada bayi baru lahir dengan asfiksia :

(Maternus, 2018)

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler
2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas
3. Risiko termoregulasi tidak efektif dibuktikan dengan kebutuhan oksigen meningkat
4. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan
5. Gangguan proses keluarga berhubungan dengan perubahan status kesehatan anggota keluarga
6. Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan efek agen farmakologis

2.3.4 Perencanaan Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan I : Gangguan Pertukaran Gas

Tujuan : Oksigenasi atau eliminasi karbondioksida pada membrane alveolus-kapiler dalam batas normal.

Kriteria hasil :

- a. Tidak terjadi dispnea
- b. Tidak ada bunyi napas tambahan
- c. Tidak ada napas cuping hidung
- d. PCO₂ dalam batas normal
- e. PO₂ dalam batas normal
- f. Tidak terjadi sianosis

Intervensi :

- a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas.
- b. Monitor pola napas.
- c. Monitor adanya sumbatan jalan napas
- d. Auskultasi bunyi napas.
- e. Monitor saturasi oksigen
- f. Dokumentasi hasil pemantauan

2. Diagnosa Keperawatan II : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas

Tujuan : Bersihan jalan napas meningkat

Kriteria Hasil :

- a. Produksi sputum menurun
- b. Mekonium menurun
- c. Dispneu menurun
- d. Frekuensi napas membaik
- e. Pola napas membaik

Intervensi :

- a. Monitor pola napas
- b. Monitor bunyi napas tambahan

- c. Monitor sputum
- d. Lakukan penghisapan lendir
- e. Berikan oksigen

3. Diagnosa Keperawatan III : Termoregulasi tidak efektif dibuktikan dengan kebutuhan oksigen meningkat

Tujuan : Pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal

Kriteria Hasil :

- a. Konsumsi oksigen menurun
- b. Pucat menurun
- c. Hipoksia menurun
- d. Suhu tubuh membaik

Intervensi : Memegang bahu dan menahan dada saat pengukuran aksila

4. Diagnosa Keperawatan IV : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan

Tujuan : Pola napas membaik

Kriteria Hasil :

- a. Dispneu menurun
- b. Penggunaan otot bantu napas menurun
- c. Pernapasan cuping hidung menurun

Intervensi :

- a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas
- b. Monitor pola napas
- c. Auskultasi bunyi napas
- d. Monitor saturasi oksigen
- e. Dokumentasikan hasil pemantauan

5. Diagnosa Keperawatan V : Gangguan proses keluarga berhubungan dengan perubahan status kesehatan anggota keluarga

Tujuan : Proses keluarga membaik

Kriteria Hasil :

- a. Adaptasi keluarga terhadap situasi meningkat
- b. Kemampuan keluarga berkomunikasi secara terbuka diantara keluarga meningkat

Intervensi :

- a. Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini
- b. Identifikasi beban prognosis secara psikologis
- c. Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang
- d. Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga
- e. Diskusikan rencana

6. Diagnosa Keperawatan VI : Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan efek agen farmakologis

Tujuan : Tingkat cedera menurun

Kriteria Hasil :

- a. Tekanan darah membaik
- b. Frekuensi nadi membaik
- c. Frekuensi napas membaik

Intervensi :

- a. Identifikasi status obstetrik
- b. Identifikasi riwayat obstetrik
- c. Monitor denyut jantung bayi
- d. Atur posisi pasien

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Tahap ini perawat mencari inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. (Maternus, 2018)

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Tahap ini perawat melakukan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. (Maternus, 2018)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada By. Ny. S, maka penulis menyajikan sebuah kasus yang penulis amati dimulai tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023 dengan data pengkajian tanggal 23 Januari 2023 jam 08.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari orang tua pasien dan data rekam medis No. Register 71.6x.xx sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Klien adalah seorang bayi laki – laki bernama By. Ny. S, dengan usia 5 hari, yang lahir pada tanggal 18 Januari 2023, di RS Fathma Medika Gresik, beragama Islam, pasien adalah anak ke 2 dari Tn. A usia 47 tahun dan Ny. S yang berusia 43 tahun. Orang tua klien bertempat tinggal di daerah Banyu Urip, Gresik, orang tua klien beragama Islam dan pekerjaan ayah adalah swasta dan ibu swasta. Pasien masuk ke NICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 21 Januari 2023, jam 15.30 WIB.

3.1.2 Keluhan Utama

Klien sesak napas.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

By. Ny. S lahir secara sectio caesaria pada tanggal 18 Januari 2023 di RS Fathma Medika Gresik berjenis kelamin laki – laki, klien lahir pada usia kehamilan

ibu 40/41 minggu, ketuban jernih, sewaktu lahir bayi tidak menangis, tonus otot lemah, *Apgar Score* 5-6, usaha bernapas tidak adekuat, RR 42x/menit O₂ BCPAP fIO₂ 60% PEEP 7 FLOW 8 lpm SPO₂ 98%. Karena kondisi klien belum ada perbaikan, sehingga klien di rujuk ke RSPAL Dr.Ramelan Surabaya pada tanggal 21 Januari 2023 untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut. Saat dilakukan pengkajian keadaan umum klien lemah, RR 40x/menit O₂ BCPAP fIO₂ 40% PEEP 7 FLOW 8 lpm SPO₂ 96%, tidak terdapat retraksi dada, tidak ada pernapasan cuping hidung, PB 50 cm, BBL 2760 gram.

3.1.4 Riwayat Kehamilan Dan Persalinan

1. Prenatal Care :

Keluarga klien mengatakan saat hamil ibu rutin kontrol ke rumah sakit.

2. Natal Care :

Klien lahir secara Sectio Caesarea (SC) dengan usia kehamilan 40/41 minggu, air ketuban berwarna jernih, sewaktu lahir bayi tidak menangis, BBL 2760 gr, PB 50 cm, *Agar Score* 5-6, ibu bersalin di RS Fathma Medika Gresik dibantu oleh dokter.

3. Post Natal :

Setelah kelahiran klien pada tanggal 18 Januari 2023, dengan kondisi tidak menangis, usaha bernapas tidak adekuat sehingga pasien membutuhkan alat bantu napas dan penanganan khusus (dirawat di RS Fathma Medika Gresik). Melihat kondisi pasien pada tanggal 21 Januari 2023 masih belum adanya perbaikan, sehingga pasien dirujuk ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya untuk tatalaksana lebih lanjut. Maka dari itu pasien di rawat di ruang NICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

3.1.5 Riwayat penyakit masa lampau

1. Penyakit – penyakit masa lampau

Klien merupakan bayi umur 5 hari.

2. Pernah di rawat di rumah sakit

Klien merupakan bayi rujukan RS Fathma Medika Gresik

3. Penggunaan obat – obatan

Cefoperazone 3 x 140 mg, Amikasin 1 x 21 mg, Paracetamol 3 x 30 mg,

4. Tindakan (operasi atau tindakan lain)

Tidak pernah di operasi.

5. Alergi

Tidak terkaji, karena klien merupakan bayi umur 5 hari.

6. Kecelakaan

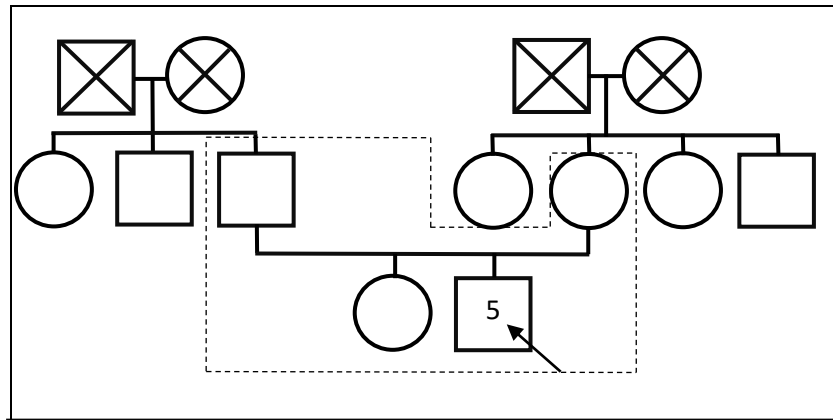
Tidak terkaji, karena klien merupakan bayi umur 5 hari

7. Imunisasi

Klien saat lahir sudah diberikan imunisasi hepatitis B(HB – 0).

3.1.6 Pengkajian keluarga

1. Genogram



Keterangan :

□ : Laki – laki

⊗ : Meninggal

○ : Perempuan

↖ : Pasien

..... : Tinggal serumah

2. Psikososial keluarga

Keluarga klien cemas karena melihat klien yang terbaring lemah di inkubator, namun keluarga tetap semangat dan tabah dengan harapan lebih semoga klien lekas sembuh dan pulang.

3.1.7 Riwayat sosial

1. Yang mengasuh anak

Untuk saat ini yang mengasuh klien yaitu perawat dengan dokter.

2. Hubungan dengan anggota keluarga

Klien merupakan anak ke 2 dari 2 bersaudara, keluarga hanya bisa menunggu di luar sambil menunggu jam kunjungan atau panggilan konsul ke dokter.

3. Hubungan teman sebaya

Tidak terkaji, karena klien masih bayi umur 5 hari, dan masih dirawat di inkubator.

4. Pembawaan secara umum

Klien terbaring lemah di dalam inkubator, serta lebih banyak tidur.

3.1.8 Kebutuhan dasar

1. Pola nutrisi.

Klien terpasang OGT Uk. 8 /100cm, residu OGT warna hijau keruh ± 6 cc, porsi ASI 12 x 5cc tidak habis, tidak muntah, reflek hisap lemah, tidak kembung.

2. Pola tidur.

Klien lebih banyak tidur, bila sedang tidak dalam perawatan maupun tindakan.

3. Pola aktifitas / bermain.

Klien lebih banyak tertidur, namun terbangun jika ada tindakan keperawatan berlangsung.

4. Pola eliminasi.

Klien BAK tertampung di diapers 200 gram/24 jam, tidak terdapat distensi kandung kemih.

Klien BAB tertampung di diapers 50 gram/24 jam, dengan warna kuning, lembek.

5. Pola kognitif perseptual.

Tidak terkaji, karena klien masih bayi.

6. Pola koping toleransi stres.

Pada saat pengkajian, klien bergerak – gerak merasa tidak nyaman, sebab terpasang O2 BCPAP.

3.1.9 Keadaan Umum (Penampilan Umum)

1. Cara masuk.

By. Ny. S merupakan klien rujukan dari RS Fathma Medika, dan diterima di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 21 Januari 2023 jam 15.30 WIB. Dan dipindahkan ke ruang NICU Central dengan menggunakan inkubator dan oksigen transport.

2. Keadaan umum.

Keadaan klien saat masuk ke ruang NICU Central terbaring lemah.

3.1.10 Tanda – tanda vital.

Observasi klien suhu : 36,6 °c, dengan suhu inkubator 32,0°C, Nadi 140 x/menit, RR 42 x/menit dengan irama reguler O2 BCPAP FIO2 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm, SPO2 98 %.

3.1.11 Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

1. Pemeriksaan kepala dan rambut.

Pada kepala tidak terdapat benjolan, ubun-ubun datar dan tidak cembung, ukuran lingkar kepala 30 cm, tidak didapatkan pucat pada wajah, berambut hitam lurus tipis.

2. Mata

Pada pemeriksaan fisik gerakan mata pasien normal sklera tidak icterus, mata tidak cowong.

3. Hidung.

Pada hidung pasien septum di tengah tidak ada epistaksis, terdapat sekret, tidak ada pernapasan cuping hidung, terpasang O2 BCPAP FIO2 40 % PEEP 7 FLOW 8 Lpm.

4. Telinga

Kedua telinga pasien tampak simetris, tidak ada serumen, dan tidak terdapat ruam – ruam merah.

5. Mulut dan tenggorokan

Mukosa bibir lembab, refleks hisap lemah, mulut terpasang OGT ukuran 8/100 cm.

6. Tengkuik dan leher

Leher terpusat pada posisi kepala, refleks tonik normal, tidak terdapat pembesaran pada kelenjar tiroid serta pembesaran pada kelenjar getah bening.

7. Thorak / dada

Bentuk dada normochest, tidak ada sianosis, tidak terdapat retraksi dada.

Paru : Suara paru vesikuler, napas ronkhi, tidak terdapat wheezing.

Jantung : S1/S2 tunggal, tidak ada murmur, didapatkan bunyi irama reguler , nadi 140 x/ menit.

8. Punggung

Pada punggung klien tidak terdapat decubitus, dan tidak ada kelaianan tulang belakang dan tidak ada benjolan.

9. Pemeriksaan Abdoment

Pada saat inpeksi bentuk perut supel, kulit terlihat halus dan tipis, tidak terdapat benjolan maupun lesi, keadaan tali pusar sudah lepas dan bersih. Tidak buncit dan tidak kembung.

10. Pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya

Genitalisa pasien tampak bersih dan tidak terlihat luka maupun lesi pada daerah genitalisa dan anus.

11. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Tidak terdapat edema pada tangan dan kaki, kemampuan pergerakan sendi baik.

12. Pemeriksaan Neorologi

Rooting Reflex (reflek Menoleh) belum ada, Sucking Reflex (Reflek Menghisap) sudah ada namun lemah, Moro Reflex (Reflex Kaget) Sudah ada, Grasping reflex(refleks menggengam) sudah ada.

13. Pemeriksaan Integumen

Tidak ada oedema, CRT < 2 detik, akral hangat, kulit terlihat tipis, perdarahan tidak segera berhenti setelah diambil darah.

3.1.12 Tingkat Perkembangan

1. Adaptasi sosial.

Tidak dapat dikaji karena klien merupakan bayi umur 5 hari.

2. Bahasa

Tidak dapat dikaji karena klien merupakan bayi umur 5 hari.

3. Motorik Halus

Klien dapat mengepalkan tangannya, selain itu klien bisa menghisap dan menelan saat minum dari dot namun masih lemah.

4. Motorik Kasar

Tidak dapat dikaji karena klien merupakan bayi umur 5 hari.

3.1.13 Pemeriksaan Penunjang

Laborat tanggal 21/01/2023 (RSPAL Dr. Ramelan)

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Laboratorium

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI NORMAL
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Leukosit	H 14.69	$10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 10.00
Hitung Jenis Leukosit :			
• Eosinofil#	L 0.01	$10^3/\mu\text{L}$	0.02 - 0.50
• Eosinofil%	L 0.10	%	0.5 - 5.0
• Basofil#	0.02	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 0.10
• Basofil%	0.2	%	0.0 - 1.0
• Neutrofil#	9.06	$10^3/\mu\text{L}$	2.00 - 7.00
• Neutrofil%	61.50	%	50.0 - 70.0
• Limfosit#	3.90	$10^3/\mu\text{L}$	0.80 - 4.00
• Limfosit%	26.60	%	20.0 - 40.0
• Monosit#	1.70	$10^3/\mu\text{L}$	0.12 - 1.20
• Monosit%	11.60	%	3.0 - 12.0
IMG#	H 0.060	$10^3/\mu\text{L}$	0.01 - 0.04
IMG%	0.400	%	0.16 - 0.62
Hemoglobin	14.50	g/dL	12 - 15
Hematokrit	43.00	%	37.00 - 47.0
Eritrosit	4.13	$10^6/\mu\text{L}$	3.50 - 5.00
Indeks Eritrosit :			
• MCV	104.1	fml/cell	80 - 100
• MCH	35.1	Pg	26 - 34

• MCHC	33.7		g/dL	32 - 36
RDW_CV	16.0		%	11.0 - 16.0
RDW_SD	H 58.4		fL	35.0 - 56.0
Trombosit	L 65.00		10 ³ /μL	150 - 450
Indeks Trombosit :				
• MPV	9.0		fL	6.5 - 12.0
• PDW	16.8		%	15 - 17
• PCT	L 0.058		10 ³ /μL	0.108 - 0.282
P-LCC	L 16.0		10 ³ /μL	30 - 90
P-LCR	24.7		%	11.0 - 45.0
HEMOSTASIS				
<i>FAAL HEMOSTASIS</i>				
Protrombine Time (PT)				
Pasien PT	HH >90.00		Detik	11-15
APPT				
Pasien APPT	HH >140.0		Detik	26.0-40.0
KIMIA KLINIK				
CRP Kuantitatif	3.2		mg/dL	<4.1
<i>FUNGSI HATI</i>				
Albumin	L 3.39		mg/dL	3,8-4,2
<i>DIABETES</i>				
Glukosa Darah Sewaktu	LL 12		mg/dL	< 200

Rontgen Tanggal 21/01/2023 (RSPAL Dr. Ramelan Surabaya)

Foto babygram AP :

1. Cor : ukuran kesan sedikit membesar
2. Pulmo :
 - a. Kedua paru mengembang, dense paru kiri kanan kesan terdapat perkabutan, tak tampak streaky pattern, tak tampak effusion
 - b. Kesan normal volume
3. Sinus phrenicocostalis kiri kanan tajam
4. Bayangan gas lambung tampak ectasis
5. Bayangan gas usus tampak meningkat dengan mulai tampak bayangan gas usus di pelvis
6. Bayangan hepar dan lien tidak membesar
7. Kedua contour ginjal sulit dievaluasi
8. Psoas shadow sulit dievaluasi
9. Tak tampak klasifikasi pathologis

Kesimpulan :

- a. Curiga HMD DD neonatal pneumonia
- b. Kesan cardiomegaly
- c. Kesan ectasis lambung disertai peningkatan gas usus

Terapi Obat (Tanggal 23/01/2023)

Tabel 3. 2 Terapi Obat

NAMA	DOSIS	MELALUI
Infus NS	100 ml	Intra Vena
Paracetamol	3 x 30 mg	Injeksi IV
Cefoperazone	3 x 140 mg	Syringe Pump
Amikasin	1 x 21 mg	Injeksi IV
Vitamin K	1 x 1 mg	Injeksi IM
Minum ASI	12 X 5 cc	Per. Oral

Surabaya, 23 Januari 2023



ATHIYAH NISRINA HASNA

NIM. 2020005

3.2 Analisa Data

Tabel 3. 3 Analisa Data

No.	Data	Penyebab	Masalah
1.	Ds : Tidak dapat terkaji Do : <ul style="list-style-type: none"> - Leukosit ($14.69 \cdot 10^3/uL$) - Trombosit ($65.00 \cdot 10^3/uL$) - PCT ($0.058 \cdot 10^3/uL$) - PT (90.0 detik) - APTT (140.0 detik) - GDA 12 mg/dL - Reflek hisap lemah - Lahir tidak menangis - Gerak lemah 	Sepsis Neonatorum	Potensial Komplikasi Sepsis
2.	Ds : Tidak dapat terkaji Do : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menggunakan alat bantu napas - RR : 42 x/menit dengan O₂ BCPAP FIO₂ 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm - SPO₂ : 98 % dengan O₂ BCPAP FIO₂ 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm - Tidak ada retraksi dada - Bunyi napas tambahan ronkhi 	Perubahan Membran Alveolus-Kapiler	Gangguan Pertukaran Gas (SDKI D.0003 Hal.22)
3.	Ds : Tidak dapat terkaji Do : <ul style="list-style-type: none"> - PT (90.0 detik) - APTT (140.0 detik) - Trombosit ($65.00 \cdot 10^3/uL$) - Perdarahan tidak segera berhenti setelah darah diambil - Reflek hisap lemah 	Sepsis Neonatorum	Risiko Perdarahan (SDKI D.0012 Hal.42)
4.	Ds : Tidak dapat terkaji Do : <ul style="list-style-type: none"> - Kadar glukosa dalam darah rendah (12 mg/dL) - Reflek hisap lemah - Gerakan lemah 	Gangguan Metabolik Bawaan	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (SDKI D.0027 Hal.71)
5.	Ds : Tidak dapat terkaji Do : <ul style="list-style-type: none"> - Reflek hisap lemah - Residu OGT hijau keruh 	Ketidakmampuan menelan makanan	Defisit Nutrisi (SDKI D.0019 Hal.71)

	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak muntah - Tidak kembung - Saat ini pemberian ASI dicoba peroral 		
--	--	--	--

3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3. 4 Prioritas Masalah

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Potensial Komplikasi Sepsis Berhubungan Dengan Sepsis Neonatorum	23/01/2023	Belum teratasi	
2.	Gangguan Pertukaran Gas Berhubungan Dengan Perubahan Membran Alveolus-Kapiler	23/01/2023	Belum teratasi	
3.	Risiko Perdarahan Dibuktikan Dengan Sepsis Neonatorum	23/01/2023	Belum teratasi	
4.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan metabolik bawaan	23/01/2023	Belum teratasi	
5.	Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Ketidakmampuan Menelan Makanan	23/01/2023	Belum teratasi	

3.4 Rencana Keperawatan

Tabel 3. 5 Rencana Keperawatan

No. DX	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Potensial Komplikasi Sepsis Dibuktikan Dengan Sepsis Neonatorum	Tingkat Infeksi (SLKI L.14137 , Hal.139) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil : 1. Kadar sel darah putih membaik (4.00 - 10. 00 10 ³ /uL) 2. Reflek hisap normal 3. Gerak bayi aktif	Pemberian Obat Intravena (SIKI I.02065, Hal.263) Observasi 1. Memverifikasi obat sesuai dengan indikasi 2. Memeriksa tanggal kedaluwarsa obat 3. Memonitor tanda vital Terapeutik 4. Melakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi) 5. Memastikan ketetapan dan kepatenan kateter IV 6. Menempelkan label keterangan nama obat dan dosis pada wadah cairan IV	1. Monitor tanda infeksi 2. Mencegah jalan masuknya bakteri 3. Mencegah infeksi yang berkepanjangan
2.	Gangguan Pertukaran Gas Berhubungan Dengan Perubahan Membran Alveolus-Kapiler (SDKI D.0003 Hal.22)	Pertukaran Gas (SLKI L.01003 , Hal.94) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka pertukaran gas meningkat, dengan kriteria hasil :	Terapi Oksigen (SIKI I.01026 Hal.430) Observasi 1. Memonitor kecepatan aliran oksigen	1. Mengetahui pola napas (mis. badipneu, takipneu, dispneu) 2. Mendengarkan suara napas tambahan (mis.











		<ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Napas cuping hidung menurun 3. Bunyi napas tambahan menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor posisi alat terapi oksigen 3. Memonitor efektifitas terapi oksigen (misal oksimetri) 4. Memonitor tanda-tanda hipoventilasi (seperti penurunan kesadaran) 5. Memonitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Membersihkan sekret pada mulut, hidung jika perlu <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Mengkolaborasi penentuan dosis oksigen BCPAP FIO2 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm 	<p>gurgling, mengi, wheezing).</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengetahui kebutuhan Oksigen dalam tubuh 4. Pentingnya dokumentasi hasil pemantauan untuk membandingkan dengan pemantauan yang sebelumnya dan dijadikan acuan evaluasi Rencana Asuhan Keperawatan.
3.	<p>Risiki Perdarahan Dibuktikan Dengan Sepsis Neonatorum (SDKI D.0012 Hal.42)</p>	<p>Tingkat Perdarahan (SLKI L.02017, Hal.147)</p> <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 Jam maka tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelembapan membran mukosa meningkat 2. Kelembapan kulit meningkat 	<p>Pencegahan Perdarahan (SIKI I.02067 Hal.283)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan 2. Memonitor tanda-tanda vital 3. Memonitor koagulasi (mis: prothrombin time (PT), 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penyebab dari perdarahan 2. Tidak kekurangan cairan atau dehidrasi 3. Tidak terjadi perdarahan secara mendadak 4. Agar selalu dalam status nutrisi yang seimbang








			<p>partial thromboplastin time (PTT)</p> <p>4. Memonitor hasil trombosit</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Mempertahankan bedrest selama perdarahan</p> <p>6. Membatasi tindakan invasif, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>7. Memberikan injeksi vitamin K sesuai advis</p>	
4.	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan Dengan Gangguan Metabolik Bawaan (SDKI D.0027 Hal.71)</p>	<p>Kestabilan Kadar Glukosa Darah (SLKI L.03022, Hal.43)</p> <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 Jam maka kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran meningkat 2. Kadar glukosa dalam darah membaik 3. Reflek hisap normal 	<p>Manajemen Hipoglikemia (SIKI L.03115 Hal.182)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia (seperti reflek hisap lemah, tangis lemah, gerak lemah, menguap, tremor) 2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia (seperti infeksi) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan karbohidrat sederhana, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala dari tidak stabilnya gula dalam darah 2. Untuk mengetahui penyebab tidak stabilnya gula dalam darah


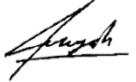





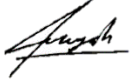




			<p>4. Mempertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>5. Mempertahankan akses IV, jika perlu</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6. Memberikan cairan penambah glukosa seperti dextrose jika perlu atau jika terjadi penurunan glukosa secara drastis</p>	
5.	Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Ketidakmampuan Menelan Makanan (SDKI D.0019 Hal.71)	<p>Status Menelan (SLKI L.06952, Hal.118)</p> <p>Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 Jam maka status menelan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reflek menelan meningkat 2. Usaha menelan meningkat 3. Reflek hisap meningkat 	<p>Terapi menelan (SIKI I.03144 Hal.428)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala aspirasi (seperti reflek hisap lemah) 2. Memonitor gerakan lidah saat makan/saat pemberian ASI <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan lingkungan yang nyaman (seperti cahaya, suara, kunjungan) 4. Memberikan perawatan mulut, sesuai kebutuhan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fungsi organ belum baik 2. Kurang mampu mencerna makanan dengan baik 3. Reflek menelan belum sempurna 4. Reflek menghisap belum sempurna







3.5 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan





Tabel 3. 6 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan













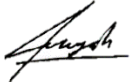
No. Dx	Waktu (Tanggal & Jam)	Tindakan	TT. Perawat	Waktu (Tanggal & Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT. Perawat
2	23/01/23 07.00	- Timbang terima dengan dinas malam, RR 42x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8Lpm, SPO2 98%, tidak ada retraksi dada, tidak pucat		23/01/23 14.00	Diagnosa 1 (Potensial Komplikasi Sepsis) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 Hari O : - Leukosit ($14.69 \times 10^3/\mu\text{L}$), trombosit ($65.00 \times 10^3/\mu\text{L}$), PCT ($0.058 \times 10^3/\mu\text{L}$), PT (90.0 detik), APTT (140.0 detik) - Reflek hisap lemah - Gerak lemah A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6 Diagnosa 2 (Gangguan Pertukaran Gas) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 Hari O :	
1	08.10	- Mencuci tangan sebelum tindakan				
1	08.15	- Memberikan injeksi cefoperazone 140 mg syring pump				
1,3	08.20	- Memberikan injeksi amikasin 21 mg dan Vit K 1 mg				
	08.25	- Memberi minum peroral 5cc, tidak muntah, tidak kembung				
5		- Memonitor reflek hisap				
5		- Memonitor gerakan lidah saat makan/saat pemberian ASI				
1	08.30	- Mencuci tangan sebelum tindakan				
	08.35	- Mengganti popok bayi BAB – BAK +				










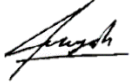
3	08.50	- Mengobservasi TTV, S:36,2°C Nadi 144x/menit RR: 44 x/menit, SPO2 97%			- Pasien tampak menggunakan alat bantu napas	
1	09.00	- Mencuci tangan setelah tindakan			- RR 44x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm	
4	09.20	- Cek GDA 24 mg/dL >bolus D10% 5 cc			- SPO2 98% dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm	
	09.30	- Mengganti popok bayi BAB – BAK + Ada kemerahan			- Tidak ada retraksi dada	
1	09.45	- Mencuci tangan setelah tindakan			- Bunyi napas ronkhi	
3	13.00	- Mengobservasi TTV, S:36,4°C Nadi 140x/menit, RR : 44 x/menit, SPO2 96%			A : Masalah belum teratasi	
1	13.30	- Mencuci tangan setelah tindakan			P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7	
					Diagnosa 3 (Risiko Perdarahan)	
					S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 hari	
					O :	
					- PT (90.0 detik)	
					- APTT (140.0 detik)	
					- Trombosit (65.00 10 ³ /uL)	
					- Perdarahan tidak segera berhenti saat diambil darah	
					- Reflek hisap lemah	
					A : Masalah teratasi sebagian	
					P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7	











2	23/01/23 14.30	- Timbang terima dengan dinas pagi, RR 41x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8Lpm, SPO2 97%, tidak ada retraksi dada, tidak pucat		23/01/23 21.00	Diagnosa 1 (Potensial Komplikasi Sepsis) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 Hari O :	
1	14.40	- Mencuci tangan sebelum tindakan			- Leukosit ($14.69 \cdot 10^3/uL$), trombosit ($65.00 \cdot 10^3/uL$), PCT ($0.058 \cdot 10^3/uL$), PT (90.0 detik), APTT (140.0 detik)	
1	14.50	- Memberikan injeksi cefoperazone 140 mg syring pump			- Reflek hisap lemah	
	15.00	- Memberi minum peroral 5cc, tidak muntah, tidak kembung			- Gerak lemah	
5		- Memonitor reflek hisap			A : Masalah belum teratasi	
5		- Memonitor gerakan lidah saat makan/saat pemberian ASI			P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6	
1	15.10	- Mencuci tangan sebelum tindakan			Diagnosa 2 (Gangguan Pertukaran Gas)	
	15.15	- Mengganti popok bayi BAB – BAK +			S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 Hari	
3	15.20	- Mengobservasi TTV, S:36,5°C Nadi 144x/menit RR: 42 x/menit, SPO2 98%			O :	
1	15.25	- Mencuci tangan setelah tindakan			- Pasien tampak menggunakan alat bantu napas	
4	15.30	- Cek GDA 26 mg/dL >bolus D10% 5 cc			- RR 43x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm	
					- SPO2 99% dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm	









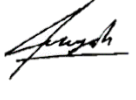



1	15.40	- Mengganti popok bayi BAB – BAK + Ada kemerahan		<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada retraksi dada - Bunyi napas ronkhi <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7</p>	
	15.50	- Mencuci tangan setelah tindakan			
	20.00	- Mengobservasi TTV, S:36,8°C Nadi 138x/menit, RR : 43 x/menit, SPO2 97%			
1	20.15	- Mencuci tangan setelah tindakan		<p>Diagnosa 3 (Risiko Perdarahan) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 hari O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - PT (90.0 detik) - APTT (140.0 detik) - Trombosit ($65.00 \cdot 10^3/uL$) - Perdarahan tidak segera berhenti saat diambil darah - Reflek hisap lemah <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7</p>	
				<p>Diagnosa 4 (Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 hari O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar glukosa dalam darah (26 mg/dL) 	





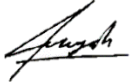
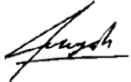
					<p>- Reflek hisap lemah A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5,6</p> <p>Diagnosa 5 (Defisit Nutrisi) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 hari O : - Reflek hisap lemah - Residu OGT hijau keruh - Tidak muntah - Tidak kembung - Saat ini pemberian ASI dicoba peroral A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4</p>	
2	23/01/23 21.30	- Timbang terima dengan dinas malam, RR 43x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8Lpm, SPO2 98%, tidak ada retraksi dada, tidak pucat		24/01/23 07.00	<p>Diagnosa 1 (Potensial Komplikasi Sepsis) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 Hari O : - Leukosit ($14.69 \cdot 10^3/uL$), trombosit ($65.00 \cdot 10^3/uL$), PCT ($0.058 \cdot 10^3/uL$), PT (90.0 detik), APTT (140.0 detik)</p>	
1	21.40	- Mencuci tangan sebelum tindakan				

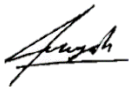


1	21.50	- Memberikan injeksi cefoperazone 140 mg syring pump			- Reflek hisap lemah - Gerak lemah A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6	
	22.00	- Memberi minum peroral 5cc, tidak muntah, tidak kembung				
5	22.10	- Memonitor reflek hisap				
5		- Memonitor gerakan lidah saat makan/saat pemberian ASI			Diagnosa 2 (Gangguan Pertukaran Gas) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 Hari	
1	22.20	- Mencuci tangan sebelum tindakan			O :	
	22.30	- Mengganti popok bayi BAB – BAK +			- Pasien tampak menggunakan alat bantu napas	
3	22.35	- Mengobservasi TTV, S:36,2°C Nadi 144x/menit RR: 44 x/menit, SPO2 97%			- RR 44x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm	
1	22.40	- Mencuci tangan setelah tindakan			- SPO2 98% dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm	
4	22.45	- Cek GDA 26 mg/dL >bolus D10% 5 cc			- Tidak ada retraksi dada	
	22.50	- Mengganti popok bayi BAB – BAK + Ada kemerahan			- Bunyi napas ronkhi	
1	05.00	- Mencuci tangan setelah tindakan			A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7	
3	05.10	- Mengobservasi TTV, S:36,4°C Nadi 140x/menit, RR : 44 x/menit, SPO2 96%				
1	05.20	- Mencuci tangan setelah tindakan			Diagnosa 3 (Risiko Perdarahan) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 hari	












					<ul style="list-style-type: none"> - Reflek hisap lemah - Residu OGT hijau keruh - Tidak muntah - Tidak kembung - Saat ini pemberian ASI dicoba peroral <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4</p>		
2	24/01/23 07.00	- Melakukan timbang terima dengan dinas malam RR 42x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8Lpm, SPO2 98%		24/01/23 14.00	<p>Diagnosa 1 (Potensial Komplikasi Sepsis) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 6 Hari O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil lab : PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), trombosit (273.000 10³/uL), leukosit (5.35 10³/uL), PCT ((2.350 10³/uL) - Reflek hisap lemah - Gerak lemah <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6</p>		
1	08.10	- Mencuci tangan sebelum tindakan					
1	08.20	- Memberikan injeksi cefoperazone 140 mg syring pump					
1,3	08.30	- Memberikan injeksi amikasin 21 mg dan Vit K 1 mg					
	08.35	- Memberi minum peroral 5cc, tidak muntah, tidak kembung					
5	08.50	- Memonitor reflek hisap					
5		- Memonitor gerakan lidah saat makan/saat pemberian ASI					
1	09.00	- Mencuci tangan sebelum tindakan				<p>Diagnosa 2 (Gangguan Pertukaran Gas) S : Tidak Terkaji karena pasien masih berumur 6 Hari</p>	

	09.10	- Mengganti popok bayi BAB – BAK +			
3	09.20	- Mengobservasi TTV, S:36,2°C Nadi 144x/menit RR: 44 x/menit, SPO2 97%			
1	09.25	- Mencuci tangan setelah tindakan			
4	09.35	- Cek GDA 30 mg/dL >bolus D10% 6 cc			
1	09.40	- Mencuci tangan setelah tindakan			
	12.00	- Mengganti popok bayi BAB – BAK +			
		- Hasil lab : PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), PCT (2.350 10 ³ /uL), leukosit (5.35 10 ³ /uL), trombosit (273.000 10 ³ /uL)			
3	13.00	- Mengobservasi TTV, S:36,4°C Nadi 140x/menit RR: 44 x/menit, SPO2 96%			
1	13.30	- Mencuci tangan setelah tindakan			
					<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menggunakan alat bantu napas - RR 40 x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm - SPO2 96% dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm - Retraksi dada minimal - Bunyi napas ronkhi belum menurun <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7</p> <p>Diagnosa 3 (Risiko Perdarahan)</p> <p>S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 6 hari</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil Lab : PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), trombosit (273.000 10³/uL) - Perdarahan tidak segera berhenti saat diambil darah - Reflek hisap lemah <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> 




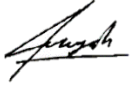
					P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4	
2	24/01/23 14.30	- Melakukan timbang terima dengan dinas malam RR 42x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8Lpm, SPO2 98%		24/01/23 21.00	Diagnosa 1 (Potensial Komplikasi Sepsis) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 6 Hari O :	
1	14.40	- Mencuci tangan sebelum tindakan			- Hasil lab : PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), trombosit (273.000 10 ³ /uL), leukosit (5.35 10 ³ /uL), PCT ((2.350 10 ³ /uL)	
1	14.50	- Memberikan injeksi cefoperazone 140 mg syring pump			- Reflek hisap lemah	
	15.00	- Memberi minum peroral 5cc, tidak muntah, tidak kembung			- Gerak lemah	
5		- Memonitor reflek hisap			A : Masalah teratasi sebagian	
5		- Memonitor gerakan lidah saat makan/saat pemberian ASI			P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6	
1	15.10	- Mencuci tangan sebelum tindakan			Diagnosa 2 (Gangguan Pertukaran Gas)	
	15.15	- Mengganti popok bayi BAB – BAK +			S : Tidak Terkaji karena pasien masih berumur 6 Hari	
3	15.20	- Mengobservasi TTV, S:36,2°C Nadi 144x/menit RR: 44 x/menit, SPO2 97%			O :	
		- Mencuci tangan setelah tindakan			- Pasien tampak menggunakan alat bantu napas	
1	15.25				- RR 39 x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm	
4	15.30	- Cek GDA 32 mg/dL >bolus D10% 6 cc				

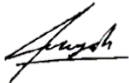

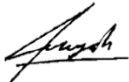


1	15.40	- Mencuci tangan setelah tindakan			- SPO2 99% dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm	
	15.50	- Mengganti popok bayi BAB – BAK +			- Retraksi dada minimal	
	20.00	- Hasil lab : PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), PCT (2.350 10 ³ /uL), leukosit (5.35 10 ³ /uL), trombosit (273.000 10 ³ /uL)			- Bunyi napas ronkhi belum menurun	
3	20.15	- Mengobservasi TTV, S:36,4°C Nadi 140x/menit RR: 44 x/menit, SPO2 96%			A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7	
1	20.30	- Mencuci tangan setelah tindakan			Diagnosa 3 (Risiko Perdarahan) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 6 hari O : - Hasil Lab : PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), trombosit (273.000 10 ³ /uL) - Perdarahan tidak segera berhenti saat diambil darah - Reflek hisap lemah A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7	
					Diagnosa 4 (Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah)	













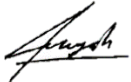
					<p>S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 6 hari</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar glukosa dalam darah (32 mg/dL) - Reflek hisap lemah <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5,6</p> <p>Diagnosa 5 (Defisit Nutrisi)</p> <p>S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 hari</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reflek hisap masih lemah - Residu OGT masih hijau keruh - Tidak muntah - Tidak kembung - Pemberian ASI masih dicoba peroral <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4</p>	
2	24/01/23 21.30	- Melakukan timbang terima dengan dinas malam RR 43x/menit dengan O2 BCPAP		25/01/23 07.00	<p>Diagnosa 1 (Potensial Komplikasi Sepsis)</p> <p>S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 6 Hari</p>	


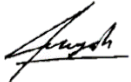






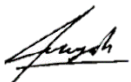
1	21.40	Fio2 40% PEEP 7 Flow 8Lpm, SPO2 98%			
		- Mencuci tangan sebelum tindakan			
1	21.50	- Memberikan injeksi cefoperazone 140 mg syring pump			
		22.00			
		- Memberi minum peroral 5cc, tidak muntah, tidak kembung			
5		- Memonitor reflek hisap			
5		- Memonitor gerakan lidah saat makan/saat pemberian ASI			
1	22.10	- Mencuci tangan sebelum tindakan			
		- Mengganti popok bayi BAB – BAK +			
3	22.20	- Mengobservasi TTV, S:36,2°C Nadi 128x/menit RR: 42 x/menit, SPO2 98%			
1	22.30	- Mencuci tangan setelah tindakan			
4	22.35	- Cek GDA 34 mg/dL >bolus D10% 6 cc			
1	22.40	- Mencuci tangan setelah tindakan			
		22.45			
		- Mengganti popok bayi BAB – BAK +			
		22.50			
		- Hasil lab : PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), PCT (2.350			
					<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil lab : PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), trombosit (273.000 10³/uL), leukosit (5.35 10³/uL), PCT ((2.350 10³/uL) - Reflek hisap lemah - Gerak lemah <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6</p> <p>Diagnosa 2 (Gangguan Pertukaran Gas) S : Tidak Terkaji karena pasien masih berumur 6 Hari</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menggunakan alat bantu napas - RR 40 x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm - SPO2 99% dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm - Retraksi dada minimal - Bunyi napas ronkhi belum menurun <p>A : Masalah belum teratasi</p>









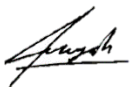










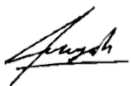



3	05.00	<p>10³/uL), leukosit (5.35 10³/uL), trombosit (273.000 10³/uL)</p> <p>- Mengobservasi TTV, S:36,4°C Nadi 135x/menit RR: 42 x/menit, SPO2 97%</p>			<p>P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7</p> <p>Diagnosa 3 (Risiko Perdarahan)</p> <p>S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 6 hari</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil Lab : PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), trombosit (273.000 10³/uL) - Perdarahan tidak segera berhenti saat diambil darah - Reflek hisap lemah <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7</p>	
1	05.20	<p>- Mencuci tangan setelah tindakan</p>			<p>Diagnosa 4 (Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah)</p> <p>S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 6 hari</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar glukosa dalam darah (34 mg/dL) - Reflek hisap lemah <p>A : Masalah teratasi sebagian</p>	







					<p>P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5,6</p> <p>Diagnosa 5 (Defisit Nutrisi) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 hari O : <ul style="list-style-type: none"> - Reflek hisap masih lemah - Residu OGT masih hijau keruh - Tidak muntah - Tidak kembung - Pemberian ASI masih dicoba peroral A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4</p>	
2	25/01/23 07.00	- Melakukan timbang terima dengan dinas pagi RR 44 x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8Lpm, SPO2 98%		25/01/23 14.00	<p>Diagnosa 1 (Potensial Komplikasi Sepsis) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 7 Hari O : <ul style="list-style-type: none"> - Hasil lab : PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), trombosit (273.000 10³/uL), leukosit (5.35 10³/uL), PCT ((2.350 10³/uL) - Reflek hisap lemah </p>	
1	08.10	- Mencuci tangan sebelum tindakan				
4	08.20	- Cek GDA 76 mg/dL				


1	08.30	- Memberikan injeksi cefoperazone 140 mg syring pump			- Gerak lemah A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6	
1,3	08.30	- Memberikan injeksi amikasin 21 mg dan Vit K 1 mg				
	08.35	- Memberi minum peroral 5cc, tidak muntah, tidak kembung				
5		- Memonitor reflek hisap			Diagnosa 2 (Gangguan Pertukaran Gas) S : Tidak Terkaji karena pasien masih berumur 7 Hari	
5		- Memonitor gerakan lidah saat makan/saat pemberian ASI			O :	
1	08.50	- Mencuci tangan sebelum tindakan			- Pasien tampak menggunakan alat bantu napas	
	09.00	- Mengganti popok bayi BAB – BAK +			- RR 40 x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 30% PEEP 7 Flow 8 Lpm	
3	09.15	- Mengobservasi TTV, S:36,2°C Nadi 142x/menit RR: 44 x/menit, SPO2 97%			- SPO2 96% dengan O2 BCPAP Fio2 30% PEEP 7 Flow 8 Lpm	
1	10.00	- Mencuci tangan setelah tindakan			- Tidak ada retraksi dada	
3	12.00	- Mengobservasi TTV, S:36,2°C Nadi 142x/menit RR: 44 x/menit, SPO2 97%			- Bunyi napas ronkhi belum menurun	
4	12.15	- Cek GDA 96 mg/dL			A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7	
1	12.30	- Mencuci tangan setelah tindakan				
	12.40	- Mengganti popok bayi BAB + BAK +			Diagnosa 3 (Risiko Perdarahan) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 hari	

					<ul style="list-style-type: none"> - Reflek hisap masih lemah - Residu OGT masih hijau keruh - Tidak muntah - Tidak kembung - Pemberian ASI masih dicoba peroral <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4</p>	
2	25/01/23 14.30	- Melakukan timbang terima dengan dinas malam RR 41x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8Lpm, SPO2 98%		25/01/23 21.00	<p>Diagnosa 1 (Potensial Komplikasi Sepsis) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 7 Hari O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil lab : PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), trombosit (273.000 10³/uL), leukosit (5.35 10³/uL), PCT ((2.350 10³/uL) - Reflek hisap lemah - Gerak lemah <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6</p>	
1	14.40	- Mencuci tangan sebelum tindakan				
1	14.50	- Memberikan injeksi cefoperazone 140 mg syring pump				
		- Memberi minum peroral 5cc, tidak muntah, tidak kembung				
5		- Memonitor reflek hisap				
5		- Memonitor gerakan lidah saat makan/saat pemberian ASI				
1	14.55	- Mencuci tangan sebelum tindakan			<p>Diagnosa 2 (Gangguan Pertukaran Gas)</p>	

	15.00	- Mengganti popok bayi BAB – BAK +			
3	15.10	- Mengobservasi TTV, S:36,2°C Nadi 135x/menit RR: 41 x/menit, SPO2 97%			S : Tidak Terkaji karena pasien masih berumur 7 Hari
1	15.20	- Mencuci tangan setelah tindakan			O :
4	15.25	- Cek GDA 98 mg/dL			- Pasien tampak menggunakan alat bantu napas
1	15.30	- Mencuci tangan setelah tindakan			- RR 40 x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 30% PEEP 7 Flow 8 Lpm
	15.40	- Mengganti popok bayi BAB – BAK +			- SPO2 96% dengan O2 BCPAP Fio2 30% PEEP 7 Flow 8 Lpm
1	15.50	- Hasil lab : PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), PCT (2.350 10 ³ /uL), leukosit (5.35 10 ³ /uL), trombosit (273.000 10 ³ /uL)			- Tidak ada retraksi dada
	20.15	- Mengobservasi TTV, S:36,4°C Nadi 135x/menit RR: 41 x/menit, SPO2 96%			- Bunyi napas ronkhi belum menurun
3	20.15	- Mengobservasi TTV, S:36,4°C Nadi 135x/menit RR: 41 x/menit, SPO2 96%			A : Masalah belum teratasi
1	20.45	- Mencuci tangan setelah tindakan			P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7
					Diagnosa 3 (Risiko Perdarahan)
					S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 hari
					O :
					- Hasil Lab : PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), trombosit (273.000 10 ³ /uL)
					- Reflek hisap lemah
					- Perdarahan masih tidak segera berhenti saat ambil darah
					

					A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4	
2	25/01/23 21.30	- Melakukan timbang terima dengan dinas malam RR 40x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8Lpm, SPO2 99%		26/01/23 07.00	Diagnosa 1 (Potensial Komplikasi Sepsis) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 7 Hari O : - Hasil lab : PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), trombosit (273.000 10 ³ /uL), leukosit (5.35 10 ³ /uL), PCT ((2.350 10 ³ /uL) - Reflek hisap lemah - Gerak lemah A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6	
1	21.40	- Mencuci tangan sebelum tindakan				
1	21.50	- Memberikan injeksi cefoperazone 140 mg syring pump				
	22.00	- Memberi minum peroral 5cc, tidak muntah, tidak kembung				
5		- Memonitor reflek hisap				
5		- Memonitor gerakan lidah saat makan/saat pemberian ASI				
1	22.10	- Mencuci tangan sebelum tindakan			Diagnosa 2 (Gangguan Pertukaran Gas) S : Tidak Terkaji karena pasien masih berumur 7 Hari O : - Pasien tampak menggunakan alat bantu napas - RR 41 x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 30% PEEP 7 Flow 8 Lpm	
	22.20	- Mengganti popok bayi BAB – BAK +				
3	22.30	- Mengobservasi TTV, S:36,2°C Nadi 140x/menit RR: 42 x/menit, SPO2 98%				
1	22.35	- Mencuci tangan setelah tindakan				

4	22.40	- Cek GDA 99 mg/dL			
1	22.45	- Mencuci tangan setelah tindakan			
	22.50	- Mengganti popok bayi BAB – BAK +			
1	23.00	- Hasil lab : PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), PCT (2.350 10 ³ /uL), leukosit (5.35 10 ³ /uL), trombosit (273.000 10 ³ /uL)			- SPO2 99% dengan O2 BCPAP Fio2 30% PEEP 7 Flow 8 Lpm - Tidak ada retraksi dada - Bunyi napas ronkhi belum menurun A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7
3	05.00	- Mengobservasi TTV, S:36,4°C Nadi 135x/menit RR: 41 x/menit, SPO2 96%			Diagnosa 3 (Risiko Perdarahan) S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 hari O :
1	05.20	- Mencuci tangan setelah tindakan			- Hasil Lab : PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), trombosit (273.000 10 ³ /uL) - Reflek hisap lemah - Perdarahan masih tidak segera berhenti saat ambil darah A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7
					Diagnosa 4 (Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah)

				<p>S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 7 hari</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar glukosa dalam darah (99 mg/dL) - Reflek hisap lemah <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5,6</p> <p>Diagnosa 5 (Defisit Nutrisi)</p> <p>S : Tidak terkaji karena pasien masih berumur 5 hari</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reflek hisap masih lemah - Residu OGT masih hijau keruh - Tidak muntah - Tidak kembung - Pemberian ASI masih dicoba peroral <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4</p>	
--	--	--	--	--	---

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan mengenai kesenjangan yang terjadi pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam Asuhan Keperawatan pada By. Ny. S dengan diagnosa Asfiksia di ruang NICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan dikarenakan penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien sehingga keluarga klien mengerti, terbuka dan kooperatif.

Pada tinjauan pustaka tanda dan gejala asfiksia pada bayi yaitu tidak bernafas atau napas megap-megap atau pernapasan cepat, pernapasan cuping hidung, pernapasan tidak teratur atau adanya retraksi dinding dada, tangisan lemah atau merintih. Warna kulit pucat atau biru, tonus otot lemas atau ekstremitas terkulai, dan denyut jantung tidak ada atau lambat (bradikardia) kurang dari 100 kali per menit. (Maternus, 2018). Pada tinjauan kasus tanda dan gejala pada By.Ny.S yaitu lahir tidak menangis, tonus otot lemah, usaha bernapas tidak adekuat atau napas megap-megap, tidak ada pernapasan cuping hidung dan retraksi dinding dada karena bayi terpasang O2 BCPAP fIO2 40% PEEP 7 FLOW 8 lpm SPO2 96%, RR 40x/menit. Maka dapat disimpulkan bahwa antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka beberapa ada kesenjangan.

Pada tinjauan pustaka tanda dan gejala sepsis neonatorum yaitu suhu tubuh menurun atau meningkat (demam), bayi tampak kuning, muntah-muntah, lemas dan kurang responsif, kurang mau menyusui, diare, perut membengkak, detak jantung menjadi cepat atau lambat, kejang-kejang, kulit pucat atau kebiruan, sesak napas, gula darah rendah (Maternus, 2018). Pada tinjauan kasus tanda dan gejala pada By.Ny.S yaitu lemas dan kurang responsif, sesak nafas, dan gula darah nya rendah. Maka dapat disimpulkan bahwa antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka beberapa ada kesenjangan.

Pada tinjauan pustaka pada keluhan utama asfiksia adalah sesak napas (Maternus, 2018). Pada tinjauan kasus didapatkan data pada keluhan utama bayi terlihat sesak napas (Maternus, 2018). Maka dapat disimpulkan bahwa antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan. Pada tinjauan pustaka pada data pola tidur bayi terganggu karena sesak napas (Maternus, 2018). Pada tinjauan pustaka pola tidur bayi By.Ny.S biasanya terganggu karena bayi sesak napas. Maka dapat disimpulkan bahwa antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan. Pada tinjauan pustaka data keadaan umum pada umumnya pasien dengan asfiksia dalam keadaan lemah, sesak napas. (Maternus, 2018). Data yang didapatkan pada tinjauan kasus keadaan umum By.Ny.S terlihat lemas terbaring dalam inkubator dan sesak napas. Maka dapat disimpulkan bahwa antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan.

Pada tinjauan pustaka pada pemeriksaan fisik yaitu hidung, yang paling sering didapatkan adalah didapatkan adanya pernapasan cuping hidung (Maternus, 2018). Pada tinjauan kasus didapatkan data By.Ny.S tidak ada pernapasan cuping hidung dengan bantuan alat O₂ BCPAP. Maka dapat disimpulkan bahwa antara tinjauan kasus

dan tinjauan pustaka ada kesenjangan. Kemudian pada pemeriksaan fisik yaitu thorax/dada pada tinjauan pustaka umumnya ditemukan pernapasan yang irreguler dan frekuensi napas yang cepat (Maternus, 2018). Pada tinjauan pustaka didapatkan data bahwa By.Ny.S pernapasan reguler dan frekuensi napas baik karena dengan bantuan alat O₂ BCPAP. Maka dapat disimpulkan bahwa antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan

Pada tinjauan pustaka pemeriksaan penunjang dapat dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium, baby gram (RO Dada), ECG ataupun CT-Scan (Maternus, 2018). Pada tinjauan kasus didapatkan data pada By.Ny.S pemeriksaan laboratorium darah lengkap, hemostasis, dan kimia klinik kemudian baby gram (RO Dada) dengan kesimpulan curiga HMD DD neonatal pneumonia, kesan cardiomegaly, kesan ectasis lambung disertai peningkatan gas usus. Maka dapat disimpulkan bahwa antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka beberapa tidak ada kesenjangan. Data pada tinjauan pustaka terapi yang bisa diberikan pada klien asfiksia adalah terapi oksigen (Maternus, 2018). Pada tinjauan kasus didapatkan data By.Ny.S mendapatkan terapi oksigen menggunakan Bubble CPAP. Maka dapat disimpulkan bahwa antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada lima, yaitu :
(Maternus, 2018)

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler
2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas

3. Risiko termoregulasi tidak efektif dibuktikan dengan kebutuhan oksigen meningkat
4. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan
5. Gangguan proses keluarga berhubungan dengan perubahan status kesehatan anggota keluarga
6. Risiko cedera pada janin dibuktikan dengan efek agen farmakologis

Terdapat empat diagnosis keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus atau yang ditemukan pada pasien, yaitu :

1. Potensial komplikasi sepsis dibuktikan dengan sepsis neonatorum.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler.
3. Risiko Perdarahan dibuktikan dengan sepsis neonatorum.
4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan metabolik bawaan.
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

Tidak semua diagnosis keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus, karena diagnosis keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosis keperawatan pada bayi dengan asfiksia secara umum, sedangkan pada kasus nyata diagnosis keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung. Maka dapat disimpulkan bahwa antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada kesenjangan.

4.3 Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (SLKI, 2019). Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi untuk pelaksanaan diagnosis keperawatan pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

Potensial komplikasi sepsis pada pasien dilakukan intervensi dengan SIKI pemberian obat intravena (I.02065, Hal.263). Tujuan intervensi yaitu dalam 3x24 jam maka tingkat infeksi (L.14137, Hal.139) menurun dengan kriteria hasil kadar sel darah putih membaik ($4.00 - 10.00 \cdot 10^3/uL$), reflek hisap normal, gerak bayi aktif. Gangguan pertukaran gas pada pasien dilakukan intervensi dengan SIKI terapi oksigen (I.01014, Hal.247). Tujuan intervensi yaitu dalam 3x24 jam maka pertukaran gas (L.01003, Hal 94) meningkat dengan kriteria hasil kesadaran meningkat, tidak ada bunyi napas tambahan, tidak ada napas cuping hidung. Risiko perdarahan pada pasien dilakukan intervensi dengan SIKI pencegahan perdarahan (I.02067, Hal.283). Tujuan intervensi yaitu dalam 3x24 jam maka tingkat perdarahan (L.02017, Hal.147) menurun dengan kriteria hasil kelembapan membran mukosa meningkat, kelembapan kulit meningkat, kadar sel darah putih membaik ($4.00 - 10.00 \cdot 10^3/uL$).

Ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien dilakukan intervensi dengan SIKI manajemen hipoglikemia (I.03115, Hal.182). Tujuan intervensi yaitu dalam 3x24 jam maka kestabilan kadar glukosa darah (L.03022, Hal.43) meningkat dengan kriteria hasil kesadaran meningkat, kadar glukosa dalam darah membaik, reflek hisap membaik. Defisit nutrisi berhubungan pada pasien dilakukan intervensi dengan SIKI terapi menelan (I.03144, Hal.428). Tujuan intervensi yaitu dalam 3x24 jam maka

status menelan (L.06952, Hal.118) membaik dengan kriteria hasil reflek menelan meningkat, usaha menelan meningkat, reflek hisap meningkat.

4.4 Tindakan Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, dalam tinjauan kasus perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan pasien disebutkan terdapat empat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang akan dilakukan.

Potensial komplikasi sepsis pelaksanaan keperawatan yang dilakukan adalah, memverifikasi obat sesuai dengan indikasi, memeriksa tanggal kedaluwarsa obat, memonitor tanda vital, melakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi), memastikan ketetapan dan kepatenan kateter IV, menempelkan label keterangan nama obat dan dosis pada wadah cairan IV, melakukan pemberian injeksi IV amikasin 1x21 mg dan cefoperazone syring pump 140 mg, juga menjaga kebersihan tangan dengan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan suatu tindakan. Gangguan pertukaran gas pelaksanaan keperawatan yang dilakukan adalah memonitor kecepatan aliran oksigen, memonitor posisi alat terapi oksigen (memastikan oksigen menutupi semua bagian hidung), memonitor efektifitas terapi oksigen, memberikan berikan terapi oksigen O₂ BCPAP f_{IO}2 40% PEEP 7 FLOW 8 lpm.

Risiko perdarahan pelaksanaan keperawatan yang dilakukan adalah memonitor tanda-tanda vital, memonitor koagulasi PT dan APTT, monitor hasil trombosit, mempertahankan bedrest selama perdarahan, membatasi tindakan invasif, jika perlu, memberikan injeksi vitamin K sesuai advis 1 x 1 mg. Ketidakstabilan kadar glukosa darah pelaksanaan keperawatan yang dilakukan mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia (seperti reflek hisap lemah), mengidentifikasi kemungkinan penyebab

hipoglikemia (seperti infeksi), memberikan karbohidrat sederhana, jika perlu, mempertahankan kepatenan jalan napas, mempertahankan akses IV, jika perlu, pemberian cairan penambah glukosa seperti dextrose jika perlu atau jika terjadi penurunan glukosa secara drastis (bolus dengan dextrose 10% memuat NS), juga melakukan pengecekan gula darah. Defisit nutrisi pelaksanaan keperawatan yang dilakukan adalah memonitor tanda dan gejala aspirasi (seperti reflek hisap lemah), memonitor gerakan lidah saat makan/saat pemberian ASI, memberikan lingkungan yang nyaman (seperti cahaya, suara, kunjungan), dan memberikan perawatan mulut, sesuai kebutuhan.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Potensial komplikasi sepsis pada pasien yaitu pada evaluasi hari pertama, reflek hisap klien saat diberi ASI lemah dan gerakan lemah. Pada evaluasi hari kedua hasil laboratorium didapatkan PT dan APTT menurun tapi masih tinggi, trombosit dalam rentang normal, leukosit dalam rentang normal, hasil PCT naik, reflek hisap masih lemah dan gerakan masih lemah. Evaluasi hari ketiga klien reflek hisap saat diberi ASI tetap lemah dan gerakan masih tetap lemah. Maka dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara kriteria hasil pada perencanaan dan SOAP pada evaluasi. Masalah keperawatan belum teratasi dalam waktu 3x24 jam, maka intervensi dilanjutkan.

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler. Pada evaluasi hari pertama, klien menggunakan alat bantu napas dibantu dengan RR 44x/menit dengan O₂ BCPAP Fio₂ 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm, SPO₂ 98%, tidak ada retraksi dada, terdapat bunyi napas ronkhi. Pada evaluasi hari kedua, klien masih menggunakan alat bantu napas dibantu dengan RR 40x/menit dengan O₂

BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm, SPO2 96%, retraksi dada minimal, masih terdapat bunyi napas ronkhi. Pada evaluasi hari ketiga klien masih tetap menggunakan alat bantu napas dibantu dengan RR 40x/menit dengan O2 BCPAP Fio2 40% PEEP 7 Flow 8 Lpm, SPO2 96%, retraksi dada tidak ada, masih terdapat bunyi napas ronkhi. Maka dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara kriteria hasil pada perencanaan dan SOAP pada evaluasi. Masalah keperawatan belum teratasi maka intervensi dilanjutkan

Risiko perdarahan dibuktikan dengan sepsis neonatorum. Pada evaluasi hari pertama TTV, S:36,4°C Nadi 140x/menit, RR : 44 x/menit, SPO2 96%, klien perdarahan tidak segera berhenti saat setelah diambil darah, reflek hisap lemah. Evaluasi hari kedua hasil laboratorium didapatkan PT (46.7 detik), APTT (56.4 detik), trombosit ($273.000 \cdot 10^3/uL$), perdarahan masih tidak segera berhenti setelah diambil darah, reflek hisap masih lemah. Pada evaluasi hari ke-3 perdarahan masih tidak segera berhenti setelah diambil darah, reflek hisap lemah. Maka dapat disimpulkan ada yang tidak ada kesenjangan antara kriteria hasil pada perencanaan dan SOAP pada evaluasi. Masalah keperawatan belum teratasi maka intervensi dilanjutkan.

Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan metabolik bawaan. Pada evaluasi hari pertama dilakukan pengecekan gula darah dengan hasil 24 mg/dL dan dibolus dengan D10%, reflek hisap saat minum lemah. Pada evaluasi hari kedua gula darah dengan hasil 30 mg/dL, dan reflek hisap saat minum masih lemah. Pada evaluasi hari ke-3 kadar glukosa darah naik menjadi 96 mg/dL, namun reflek hisap saat minum juga masih lemah. Maka dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara kriteria hasil pada perencanaan dan SOAP pada evaluasi. Masalah keperawatan belum teratasi dan intervensi dilanjutkan.

Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan. Pada evaluasi hari pertama reflek hisap lemah, residu OGT hijau keruh, tidak ada muntah, tidak ada kembung dan pemberian ASI dicoba peroral. Pada evaluasi hari kedua reflek hisap masih terlihat lemah, residu OGT hijau keruh, tidak ada muntah, tidak ada kembung dan pemberian ASI masih dicoba peroral. Pada evaluasi hari ketiga reflek hisap juga masih terlihat lemah, residu OGT hijau keruh, tidak ada muntah, tidak ada kembung dan pemberian ASI masih dicoba peroral. Maka dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara kriteria hasil pada perencanaan dan SOAP pada evaluasi. Masalah keperawatan belum teratasi dan intervensi dilanjutkan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Asfiksia di Ruang NICU Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Asfiksia

5.1 Simpulan

Dari hasil yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Asfiksia, maka penulis dapat membuat kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada tinjauan pustaka, keluhan utama pada bayi dengan kasus asfiksia adalah sesak napas dan pada tinjauan kasus juga didapatkan keluhan klien sesak napas, keadaan umum klien lemah, RR 40x/menit O₂ BCPAP fI_O₂ 40% PEEP 7 FLOW 8 lpm SPO₂ 96%, tidak terdapat retraksi dada, tidak ada pernapasan cuping hidung, PB 50 cm, BBL 2760 gram. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital Observasi klien suhu : 36,6 °c, dengan suhu inkubator 32,0°C, Nadi 140 x/menit, RR 42 x/menit dengan irama reguler. Menurut pendapat penulis, kasus pada bayi dengan asfiksia dapat dilakukan tindakan pemasangan oksigen BCPAP dengan penentuan dosis untuk mengurangi keluhan sesak napas pada klien.
2. Diagnosis keperawatan yang muncul adalah potensial komplikasi sepsis dengan sepsis neonatorum, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler, risiko perdarahan dibuktikan dengan

sepsis neonatorum, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan metabolik bawaan, dan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

3. Intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul yaitu potensial komplikasi sepsis dilakukan verifikasi obat sesuai dengan indikasi, periksa tanggal kadaluwarsa obat, monitor tanda vital, lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi), pastikan ketetapan dan kepatenan kateter IV, tempelkan label keterangan nama obat dan dosis pada wadah cairan IV, juga menjaga kebersihan tangan dengan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan suatu tindakan. Gangguan pertukaran gas dilakukan monitor posisi alat terapi oksigen, monitor efektifitas terapi oksigen, memberi terapi oksigen. Risiko perdarahan dilakukan monitor tanda-tanda vital, monitor koagulasi (mis: prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), monitor hasil trombosit, pertahankan bedrest selama perdarahan, batasi tindakan invasif, jika perlu, pemberian injeksi vitamin K sesuai advis. Ketidakstabilan kadar glukosa darah identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia (seperti reflek hisap lemah, gerak lemah, tangis lemah, menguap, tremor), identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia (seperti infeksi), pemberian cairan penambah glukosa seperti dextrose jika perlu atau jika terjadi penurunan glukosa secara drastis, mengecek gula darah. Defisit nutrisi dilakukan monitor tanda dan gejala aspirasi (seperti reflek hisap lemah), monitor gerakan lidah saat makan/saat pemberian ASI, berikan lingkungan yang nyaman (seperti cahaya, suara, kunjungan), dan berikan perawatan mulut, sesuai kebutuhan.

4. Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan yaitu memverifikasi obat sesuai dengan indikasi, memeriksa tanggal kedaluwarsa obat, memonitor tanda vital, melakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi), memastikan ketetapan dan kepatenan kateter IV, menempelkan label keterangan nama obat dan dosis pada wadah cairan IV, melakukan pemberian injeksi IV amikasin 1x21 mg dan cefoperazone syring pump 140 mg., memonitor posisi alat terapi oksigen BCPAP, memonitor efektifitas terapi oksigen BCPAP, memonitor tanda-tanda vital normal, memonitor PT dan APPT, monitor hasil trombosit, dan memberi injeksi vitamin K, mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia (seperti reflek hisap lemah, gerak lemah, tangis lemah, menguap, tremor), mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia (seperti infeksi), pemberian cairan penambah glukosa seperti dextrose jika perlu atau jika terjadi penurunan glukosa secara drastis, mengecek gula darah. Memonitor tanda dan gejala aspirasi (seperti reflek hisap lemah), monitor gerakan lidah saat makan/saat pemberian ASI, berikan lingkungan yang nyaman (seperti cahaya, suara, kunjungan), dan berikan perawatan mulut, sesuai kebutuhan.
5. Pada akhir evaluasi, masalah keperawatan pada klien dengan potensial komplikasi sepsis masalah belum teratasi, gangguan pertukaran gas masalah belum teratasi, risiko perdarahan masalah belum teratasi, ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian, defisit nutrisi masalah belum teratasi. Hasil evaluasi By. Ny. S belum sesuai dengan harapan, pasien masih mendapatkan perawatan.

6. Pendokumentasian tindakan keperawatan didapatkan dan dituliskan secara terperinci yang diletakkan pada catatan perkembangan pasien sesuai standart penulisan dokumentasi keperawatan.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan asfiksia
3. Rumah sakit hendaknya melakukan seminar, diskusi keperawatan dan pelatihan secara berkala kepada perawat pelaksana di ruangan, untuk meningkatkan kemampuan perawat dan mutu pelayanan keperawatan yang professional.
4. Institusi pendidikan hendaknya meningkatkan mutu pendidikan dan menambah literatur untuk kelengkapan perkuliahan terutama literatur tentang diagnosis asfiksia.
5. Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mempelajari dan memperluas wawasan tentang asfiksia karena dengan adanya pengetahuan dan pemahaman yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan tentang asfiksia.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, L. (2019). Gambaran Kejadian Asfiksia Neonatorum Di Rumah Sakit Di Kediri. *Jurnal Kebidanan*, 7(2), 126–130. <https://doi.org/10.35890/jkdh.v7i2.105>
- Capriani, D., Erni, E., Rismayana, R., & Sunarti, A. (2021). Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Asfiksia pada Bayi Baru Lahir di Rsud Madani Palu. *Media Publikasi Penelitian Kebidanan*, 4(2), 51–57. <https://doi.org/10.55771/MPPK.V4I2.50>
- Damanik, D. W., Saragih, J., & Purba, R. A. D. (2021). STUDI KASUS: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ASFIKZIA NEONATORUM. *Jurnal Ilmiah Keperawatan IMELDA*, 7(2), 116–123. <https://doi.org/10.52943/JIKEPERAWATAN.V7I2.633>
- Istiqoma Dewi A. (2021). ASUHAN KEPERAWATAN NEONATUS PADA By. Ny. L DENGAN HYPOXIA ISCHEMIA ENCEPHALOPATY + SEPSIS DI RUANG NICU CENTRAL. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 111.
- Kartika Sari, A., Sincihu, Y., Triagung Ruddy, B., & Kedokteran Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya, F. (2018). Tingkat Asfiksia Neonatorum Berdasarkan Lamanya Ketuban Pecah Dini pada Persalinan Aterm. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Wijaya Kusuma*, 7(1), 84–92. <https://journal.uwks.ac.id/index.php/jikw/article/view/320>
- Mar'atussaliha, & Rismayanti. (2019). GAMBARAN KEJADIAN ASFIKZIA BAYI BARU LAHIR DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGKEP PERIODE JANUARI SAMPAI APRIL TAHUN 2017. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 14(2), 175–178. <http://jurnal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/view/155>
- Maternus, N. (2018). ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI NY. E. N DENGAN ASFIKZIA SEDANG DI RUANGAN NICURSUD. PROF. DR. W.Z JOHANNES KUPANG Karya. In *Bitkom Research* (Vol. 63, Issue 2). http://forschungsunion.de/pdf/industrie_4_0_umsetzungsempfehlungen.pdf%0Ahttps://www.dfki.de/fileadmin/user_upload/import/9744_171012-KI-Gipfelpapier-online.pdf%0Ahttps://www.bitkom.org/sites/default/files/pdf/Presse/Anhaenge-an-PIs/2018/180607-Bitkom

- Sari, A. A. N. (2017). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ASFIKSIA NEONATORUM DENGAN MASALAH KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAPAS DI RUANG PERINATALOGI RUMAH SAKIT DAERAH BANGIL PASURUAN*.
- SDKI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (edisi 1). DPP PPNI.
- SLKI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*.

LAMPIRAN

ALUR RESUSITASI NEONATUS

