

**KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI ASFIKZIA NEONATORUM  
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIH JALAN NAFAS  
DI RUANG PERINATOLOGI RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH BANGIL  
PASURUAN**



**OLEH :  
YAYIK DWI CAHYANTI  
151210033**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2018**

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yayik Dwi Cahyanti  
NIM : 151210033  
Jenjang : Diploma  
Program Studi : D3 Keperawatan

Menyatakan KTI dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Bayi Asfiksia Neonatorum Dengan Masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan secara keseluruhan benar-benar karya sendiri. Jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap di tindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang 5 Oktober 2018

Saya yang menyatakan



**Yayik Dwi Cahyanti**  
**NIM 151210033**

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yayik Dwi Cahyanti

NIM : 151210033

Jenjang : Diploma

Program Studi : D3 Keperawatan

Menyatakan bahwa KTI dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Bayi Asfiksia Neonatorum Dengan Masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. Jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap di tindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang 5 Oktober 2018

Saya yang menyatakan



**Yayik Dwi Cahyanti**  
**NIM 151210033**

**KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI ASFIKZIA NEONATORUM  
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIH JALAN NAFAS  
DI RUANG PERINATOLOGI RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH BANGIL  
PASURUAN**



**OLEH :  
YAYIK DWI CAHYANTI  
151210033**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2018**

**KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI ASFIKZIA NEONATORUM  
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIH JALAN NAFAS  
DI RUANG PERINATOLOGI RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH BANGIL  
PASURUAN**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada  
Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Insan Cendekia Medika Jombang.

**OLEH :**  
**YAYIK DWI CAHYANTI**  
**151210033**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2018**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Yayik Dwi Cahyanti  
NIM : 151210033  
Program Studi : Pacitan, 19 maret 1997  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Bayi Asfiksia Neonatorum dengan Masalah Ketidakefektifan Bersih Jalan Napas di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan.

Telah disetujui oleh Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

### Menyetujui Komisi pembimbing

Pembimbing Utama



**Darsini, S.Kep.,Ns.M.Kes**  
NIK.01.11.437

Pembimbing Anggota



**Harnanik Nawangsari, S.ST.M.Keb**  
NIK.02.03.012

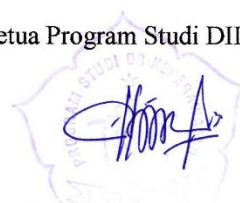
Mengetahui

Ketua STIKes ICMe



**Imam Fathoni, S.KM.,MM**  
NIK.03 04 022

Ketua Program Studi DIII Keperawatan



**Nita Arisanti Y., S.Kep.,Ns.,M.Kes**  
NIK.01.09.170

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :


Nama Mahasiswa : Yayik Dwi Cahyanti  
NIM : 151210033  
Tempat tanggal lahir : Pacitan, 19 maret 1997  
Judul Karya Tulis Ilmiah :Asuhan Keperawatan pada Bayi Asfiksia Neonatorum dengan Masalah Ketidakefektifan Bersih Jalan Napas di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan

Telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji pada Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

### Menyetujui Komisi Dewan Penguji

Ketua Dewan Penguji : Dr. Zainul Arifin Drs.M.Kes (  )

Penguji Utama : Darsini,S.Kep.,Ns.M.Keb (  )

Penguji Anggota :Harnanik Nawamgsari,S.ST.,M.Keb (  )

Ditetapkan di : JOMBANG

Pada : April 2018

## **RIWAYAT HIDUP**

Penulis dilahirkan di Pacitan, 19 Maret 1997 dari pasangan IbuTumini dan Bapak Sarno. Penulis merupakan anak kedua dari tiga bersaudara.

Tahun 2009 penulis lulus dari SDN 1 Tahunan Baru, Tahun 2012 penulis lulus dari SMPN 3 Tegalombo dan Tahun 2015 penulis lulus dari SMAN 1 Tegalombo. Pada tahun 2015 penulis lulus seleksi masuk STIKes “Insan Cendekia Medika” Jombang melalui jalur mandiri. Penulis memilih program studi Diploma III Keperawatan dari lima bidang studi yang ada di STIKes “Insan Cendekia Medika” Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat demgam sebenarnya.

Jombang, April2018

Yayik Dwi Cahyanti  
151210033



## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan dengan baik.

Selanjutnya, saya mengucapkan terimakasih yang sebanyak-banyaknya kepada semua pihak yang telah membantu terselesaikannya penyusunan karya tulis ilmiah studi kasus tentang **“Asuhan Keperawatan Pada Bayi Asfiksia Neonatorum dengan Masalah Ketidakefektifan Bersih Jalan Napas”**. Tersusunnya Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk memenuhi tugas sebagai syarat terselesaikannya program studi Diploma III Keperawatan. Terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini, tidak lepas dari bimbingan, pengarahan, dan bantuan dari berbagai pihak untuk itu saya ucapkan terimakasih kepada yang terhormat ketua STIKes ICMe Jombang, pembimbing 1 dan pembimbing 2 atas bimbingan yang telah diberikan..

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan data dan pengetahuan penulis serta waktu yang ada saat ini, dengan rendah hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari kalangan pembimbing demi kesempurnaan karya tulis ilmiah studi kasus saya selanjutnya. Harapan penulis mudah-mudahan penulisan ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Jombang, April 2018

Penulis

**ABSTRAK**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ASFIKSIA NEONATORUM**  
**DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DI RUANG**  
**PERINATOLOGI RSUD BANGIL PASURUAN**

**Oleh :**  
**Yayik Dwi Cahyanti**

Asfiksia Neonatorum merupakan salah satu penyebab kematian neonaturum di dunia karena asfiksia sendiri merupakan suatu keadaan gawat bayi baru lahir dimana bayi tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur 1 menit setelah lahir, sehingga keadaan ini dapat menimbulkan penurunan kadar O<sub>2</sub> dan meningkatkan CO<sub>2</sub>.

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan menggunakan metode studi kasus. Penelitian diambil di Ruang Perinatologi Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan dengan jumlah partisipan yang digunakan sebanyak 2 klien yang mengalami Asfiksia dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas. Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, dokumentasi.

Berdasarkan penelitian diruang Perinatologi Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan yang dilaksanakan pada tanggal 31 maret 2018 sampai dengan tanggal 2 April 2018 penderita Asfiksia Neonatorum berjumlah 6 pasien. Tujuan dari penelitian yaitu mampu memberikan tindakan asuhan keperawatan kepada klien Asfiksia Neonatorum dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas sesuai dengan kondisi klien.

Berdasarkan dari hasil evaluasi selama 3 hari dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan pada klien 1 dan klien 2 belum teratasi, perubahan kondisi pada kedua klien tersebut pun tidak sama hal ini dikarenakan oleh kondisi tubuh klien itu sendiri saran yang dapat diberikan kepada perawat di ruang perinatologi yaitu lebih tanggap lagi terhadap kondisi atau keluhan dari klien sehingga dapat memberikan tindakan asuhan keperawatan secara optimal.

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Asfiksia Neonatorum, Bersihan Jalan Nafas**

**ABSTRACT**  
**NURSING CARE IN CLIEN ASPHYXIA NEONATORUM WITH**  
**INEFFECTIVENESS THE CLEANLINESS OF THE RESATORY TRACT IS**  
**NOT GOOD IN THE SPACE OF PERNATOLOGY GENERAL HOSPITAL**  
**OF BANGIL PASURUAN**

**By :**  
**Yayik Dwi Cahyanti**

*Asphyxia Neonatorum is the cause of death in the word because asphyxia neonatorum is a state of critical newborn infant which cannot breathe spontaneously and regular one minute after birth, so the situation could be making O<sub>2</sub> levels decrease of CO<sub>2</sub>.*

*The research design was descriptive by using special studies, research methods are taken in the room perinatology General Hospital of Bangil Pasuruan with the number of participants tht are in use by as much as two client who suffered asphyxia with problems nursing ineffectivaness the cleanliness of the eesatory tract is not good, data collected from interviews, bservation, and documentation.*

*Based on research in the perinatology roon of pasuruan General Hospital on March 31, 2018 until 2 April 2018 sufferers of asphyxia neonatorum a number of six patients, the goals of the research is to provide nursing care action asphyxia neonatorum nursing to a cient with a problem of ineffectivaness the cleanliness of the resatory tract is not good in acoundance with condition of the client.*

*Based on the result of efaluation for three day it could be concluded that the problem of nursing to fisht client and secound client is not resolved, the advice given to the nurses room perinatology namely more responsive again agains conditions and complaints from client so the nursing care be achieved optimally.*

**Keywords : Nursing Care, Asphyxia Neonatorum , Ineffevtive airway clearance**

## **MOTTO**

Lakukan apa yang kamu cintai, dan cintai apa yang kamu lakukan  
jadilah dirimu sendiri

## **PERSEMBAHAN** **Yang utama dari segalanya....**

sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT. Taburan cinta dan kasih sayangMu telah memberikanku kekuatan, membekaliku dengan ilmu serta memperkenalanku dengan cinta. Atas karunia serta kemudahan yang Engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan. Sholawat dan salam selalu terlimpahkan kehariban Rasulullah Muhammad SAW Kupersembahkan Karya sederhana ini kepada orang yang sangat kukasihi

### **Mamah dan Bapak Tercinta,**

sebagai tanda bukti dan rasa terimakasih yang tiada terhinggakupersembahkan karya sederhana ini kepada mamah bapakdankakak adik perempuanku yang telah memberikansegalakasih sayang, dan cinta kasih yang tiada terhingga yang tiada mungkin dapat kubalas hanya dengan kertas yang bertuliskan kata cinta dan persembahan. Semoga ini dapat menjadi langkah awal untuk membuat Mamah, Bapa adik kakak bangga karena yayik sadar, selama ini belum bisa berbuat yang lebih. Tak lupa kupersembahkan pula kepada simbah Putri simbah kakung om coklat yang selalu mendoakan yayik lancar dalam menyelesaikan segala urusan

### **Untuk Abangku penyemangatku**

Raja Anju Pratama Parde S.ked, Raditiyo Haryo Yudha S.ked, yayik persembahkan karya kecil ini untuk kalian sebagai tandaterimakasih untuk kalian yang sejauh ini telah memberikan kasih sayang, semangat, inspirasi, serta motivasi sehingga yayik memiliki tekad kuat untuk segera menyelesaikan tugas akhir ini.

## Daftar Isi

Cover Luar .....	i
Cover Dalam .....	ii
Surat Keaslian .....	iii
Lembar Persetujuan .....	v
Lembar Pengesahan .....	vi
Riwayat Hidup .....	vii
Kata Pengantar .....	iii
Abstrak .....	ix
Motto dan persembahan .....	x
Daftar isi .....	xi
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Gambar .....	xiv
Daftar Lampiran .....	xv
Lambang dan Singkatan .....	xvi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Batasan Masalah .....	3
1.3 Rumusan Masalah .....	4
1.4 Tujuan Masalah .....	4
1.5 Manfaat .....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Dasar Asfiksia Neonatorum .....	6
2.2 Konsep Dasar Ketidakefektifan Bersih Jalan nafas .....	14
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan .....	17
<b>BAB 3 PENELITIAN</b>	
3.1 Desain Penelitian .....	27
3.2 Batasan Istilah .....	28
3.3 Partisipan .....	29
3.4 Lokasi dan Waktu .....	29
3.5 Pengumpulan Data .....	30
3.6 Uji Keabsahan Data .....	31
3.7 Analisa Data .....	32
3.8 Etika Penelitian .....	33
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil .....	35
4.2 Pembahasan .....	48
<b>BAB 5 PENUTUP</b>	
5.1 Kesimpulan .....	54
5.2 Saran .....	56
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>57</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

No	Daftar Tabel	Halaman
2.1	Skor APGAR pada bayi Asfiksia Neonatorum .....	15
2.2	Intervensi Diagnosa Keperawatan pada Asfiksia Neonatorum .....	17
4.1	Identitas Klien Asfiksia Neonatorum .....	35
4.2	Riwayat Penyakit Asfiksia Neonatorum.....	36
4.3	Perubahan Pola Kesehatan Asfiksia Neonatorum .....	37
4.4	Pemeriksaan Fisik Asfiksia Neonatorum.....	38
4.5	Hasil Pemeriksaan Diagnostik Klien Asfiksia Neonatorum.....	39
4.6	Terapi Klien Asfiksia Neonatorum.....	40
4.7	Analisa Data Klien Asfiksia Neonatorum .....	40
4.8	Diagnosa Keperawatan Klien Asfiksia Neonatorum .....	42
4.9	Intervensi Keperawatan Klien Asfiksia Neonatorum .....	42
4.10	Implementasi Keperawatan Klien Asfiksia Neonatorum .....	44
4.11	Evaluasi Keperawatan Klien Asfiksia Neonatorum .....	46

## DAFTAR GAMBAR

No	Daftar Gambar	Halaman
2.1	Pohon masalah Asfiksia Nesonatorum.....	14

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2 : Formulir Permohonan Responden
- Lampiran 3 : Formulir Persetujuan Responden
- Lampiran 4 : Formulir Pengkajian
- Lampiran 5 : Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 6 : Surat Persetujuan Penelitian
- Lampiran 7 : Lembar Konsul Pembimbing
- Lampiran 7 : Lembar Konsul Pembimbing
- Lampiran 8 : Surat Pernyataan
- Lampiran 9 : Surat Pernyataan Bebas Plagiasi



## DAFTAR SINGKATAN

WHO	: World Health Organization
SDKI	: Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia
O <sub>2</sub>	: Oksigen
CO <sub>2</sub>	: Karbon dioksida
PO <sub>2</sub>	: Parsial oksigen
Ph	: Potential Hidrogen
TBC	: Tuberkulosis
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
BBL	: Bayi baru lahir
DJJ	: Denyut jantung janin
TD	: Tekanan darah
ASI	: Air susu ibu
Hb	: Hemoglobin
ANC	: Antenatalcare
TT	: Imunisasi tetanus tosoid
BAK	: Buang air kecil
BAB	: Buang air besar
kapas DTT	: Desinfeksi tingkat tinggi

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Penyakit asfiksia banyak dialami oleh bayi baru lahir dengan salah satu penyebabnya yaitu ketidakefektifan bersih jalan nafas. Asfiksia neonatorum merupakan penyebab kematian bayi yang sering terjadi di negara berkembang yaitu sebesar 21,1% salah satunya disebabkan karena ketidakmampuan bayi bernafas secara spontan dan teratur setelah lahir. Keadaan ini dapat disertai dengan adanya hipoksia, hiperkapnie dan asidosis yang merupakan campuran dari proses pembentukan asam laktat dan penumpukan karbon dioksida yang selanjutnya dapat meningkatkan pemakaian sumber energi dan mengganggu sirkulasi bayi (Drew dkk, 2009).

*World Health Organization* (WHO) (2010), menjelaskan bahwa Asfiksia Neonatorum merupakan urutan pertama penyebab kematian neonatus di negara berkembang yaitu sebesar 21,1%, setelah itu pneumonia dan tetanus neonatorum masing-masing sebesar 19,0% dan 14,1%. Berdasarkan laporan Survey Demografi Kesehatan Indonesia (LDKI) tahun 2012 diestimasikan bahwa kematian neonatal di Indonesia sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Kematian neonatal menyumbang lebih dari setengahnya kematian bayi (59,4%), sedangkan jika dibandingkan dengan angka kematian balita, kematian neonatal menyumbang 47,5% (Kemenkes RI, 2013). Kesehatan Provinsi Jawa

Timur, kematian neonatal pada tahun 2012 di Jawa Timur 27,38% disebabkan oleh asfiksia neonatorum.

Faktor resiko kejadian asfiksia sangat beragam dan banyak hal yang memengaruhi serta berhubungan dengan kejadian asfiksia. Asfiksia bayi baru lahir dapat dihubungkan dengan buruknya keadaan kehamilan dan kelahiran. Bayi tersebut dalam keadaan resiko tinggi dan ibu dalam keadaan hamil resiko tinggi. Pada umur kehamilan 3 minggu prajenin menunjukkan kematangan baik secara anatomi dan fungsional. penyebab asfiksia pada bayi antara lain karena faktor pertukaran gas atau pengangkutan selama kehilangan pernafasan, hal ini dapat menyebabkan asfiksia yang lebih berat. Menurut Nurarif dan kusuma (2015) masalah gangguan pernafasan pada asfiksia neonatorum salah satunya adalah bersihan jalan nafas. Keadaan ini akan mempengaruhi fungsi sel tubuh dan bila tidak segera ditangani secara tepat akan menyebabkan kematian.

Asfiksia pada bayi dapat bertambah buruk apabila penanganan tidak segera dilaksanakan dengan sempurna, sehingga perlu dilakukan suatu asuhan keperawatan pada bayi untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya dan membatasi gejala-gejala lanjut yang dapat timbul. Salah satunya adalah gangguan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang berhubungan dengan adanya cairan yang masuk kedalam saluran pernafasan, sehingga dapat menimbulkan tanda seperti pernafasan cepat dan dalam, denyut jantung terus menerus, tekanan darah mulai menurun, bayi terlihat lemas, menurunnya tingkat tekanan  $O_2$  dan meningkatnya  $CO_2$ , menurunnya Ph dalam darah. Angka kematian bayi baru lahir yang

diakibatkan oleh asfiksia masih tinggi. Oleh karena itu asfiksia memerlukan intervensi dan tindakan resusitasi segera dengan sempurna setelah lahir untuk meminimalkan mortalitas dan morbiditas pada bayi menurut Weni Kristiyanasari (2013). Melakukan resusitasi atau usaha dalam memberikan ventilasi yang adekuat dalam pemberian oksigen dan curah jantung yang cukup untuk menyalurkan oksigen (Nurarif & Kusuma, 2016) yaitu dengan menyelimuti bayi dengan menggunakan handuk hangat atau kain tebal yang diletakkan di atas perut ibu, bagian muka dan dada bayi tetap dibuka, letakkan bayi ditempat resusitasi, posisikan kepala bayi sedikit ekstensi dengan mengatur tebal handuk atau kain, ganjal bahu yang telah disediakan, bersihkan jalan nafas dengan menghisap lendir pada mulut sedalam <5 cm dan kemudian hidung bayi selama <3 cm, keringkan bayi dengan sedikit tekanan dan gosok-gosok dada, perut, punggung bayi untuk merangsang pernapasan. Ganti kain yang basah dengan kain yang bersih dan kering. Selimuti bayi dengan kain kering biarkan mulut dan dada terbuka kemudian posisikan kepala bayi dan nilai kembali usaha napas apabila menangis kuat atau bernapas spontan segera lakukan Asuhan Bayi Baru Lahir, bila tetap tidak bernapas atau menggap-mengap maka segera lakukan ventilasi (Nurarif & Kusuma, 2015).

## **1.2 Batasan Masalah**

Asuhan Keperawatan klien yang mengalami Asfiksia Neonatorum dengan ketidakefektifan bersih jalan nafas di ruang perinatologi RSUD Bangil Pasuruan.

### **1.3 Rumusan Masalah**

Bagaimana Asuhan Keperawatan Klien yang mengalami Asfiksia Neonatorum dengan ketidakefektifan bersih jalan nafas di ruang perinatologi RSUD Bangil Pasuruan?

### **1.4 Tujuan**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Melaksanakan Asuhan Keperawatan klien yang mengalami Asfiksia Neonatorum dengan ketidakefektifan bersih jalan nafas di ruang perinatologi RSUD Bangil Pasuruan.

#### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Melaksanakan pengkajian pada Asfiksia Neonatorum dengan masalah Ketidakefektifan Bersih Jalan Nafas di ruang perinatologi RSUD Bangil Pasuruan.
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pada Asfiksia Neonatorum dengan masalah Ketidakefektifan Bersih Jalan Nafas di ruang perinatologi RSUD Bangil Pasuruan.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada Asfiksia Neonatorum dengan masalah Ketidakefektifan Bersih Jalan Nafas di ruang perinatologi RSUD Bangil Pasuruan.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Asfiksia Neonatorum dengan masalah Ketidakefektifan Bersih Jalan Nafas di ruang perinatologi RSUD Bangil Pasuruan.

5. Melaksanakan evaluasi pada Asfiksia Neonatorum dengan masalah Ketidakefektifan Bersih Jalan Nafas di ruang perinatologi RSUD Bangil Pasuruan.

## **1.5 Manfaat**

### 1.5.1 Manfaat Teoritis

Dapat memberi gambaran dan informasi terhadap Asfiksia Neonatorum dengan menambah pengetahuan bagi penulis dan penelitian lainnya tentang informasi karakteristik pasien Asfiksia Neonatorum di RSUD Bangil Pasuruan.

### 1.5.2 Manfaat Praktis

#### 1.4.1 Bagi perawat

Dapat digunakan sebagai bahan masukan dan referensi bagi perawat dalam meningkatkan tindakan asuhan keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan yang baik khususnya referensi pengembangan masalah keperawatan asfiksia dengan masalah ketidakefektifan bersih jalan nafas.

#### 1.4.2 Bagi RSUD Bangil Pasuruan

Dapat dijadikan acuan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan tindakan asuhan keperawatan khususnya pada klien Asfiksia Neonatorum.

#### 1.4.3 Bagi Instansi Stikes ICME Jombang

Dapat digunakan sebagai wacana dan pengetahuan tentang perkembangan ilmu keperawatan, terutama pada klien Asfiksia Neonatorum.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Asfiksia Neonatorum**

##### 2.1.1 Definisi Asfiksia Neonatorum

Asfiksia Neonatorum merupakan kegagalan bayi baru lahir untuk memulai dan melanjutkan pernafasan secara spontan dan teratur. Keadaan inibiasanya disertai dengan keadaan hipoksia, hiperkarbia dan asidosis. Asfiksia dapat terjadi karena kurangnya kemampuan organ pernapasan bayi dalam menjalankan fungsinya, seperti mengembangkan paru (Sudarti dan fauzizah, 2013).

Menurut Weni Kristiyanasari (2013), Asfiksia dalam kehamilan dapat disebabkan oleh usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, penyakit pembuluh darah ibu yang mengganggu pertukaran gas janin seperti hipertensi, hipotensi, gangguan kontraksi uterus penyakit infeksi akut atau kronis, anemia berat, keracunan obat bius, uremia, toksemia gravidarum, cacat bawaan atau trauma. Asfiksia dalam persalinan dapat disebabkan oleh partus lama, ruptur uteri, tekanan kepala anak yang terlalu kuat pada plasenta, pemberian obat bius terlalu banyak dan tidak tepat pada waktunya, plasenta previa, solusio plasenta, plasenta tua (serotinus), prolapsus.

### 2.1.2 Klasifikasi.

#### 1. Asfiksia Berat (nilai APGAR 0–3)

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

#### 2. Asfiksia Sedang (nilai APGAR 4–6)

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

#### 3. Bayi normal atau asfiksia ringan (nilai APGAR 7– 9)

#### 4. Bayi normal dengan nilai APGAR 10

Asfiksia biasanya merupakan akibat dari hipoksia janin yang menimbulkan tanda :

- a. Denyut jantung janin lebih dari 100x/menit atau dari 100 menit tidak teratur
- b. Mekonium dalam air ketuban pada janin letak kepala
- c. Apnea
- d. Pucat
- e. Sianosis
- f. Penurunan terhadap stimulus

Sedangkan penanganan dan penatalaksanaan yang dapat dilakukan dalam merawat klien Asfiksia adalah dengan cara resusitasi.



Resusitasi adalah tindakan untuk memulihkan kembali kesadaran seseorang yang tampak mati akibat berhentinya fungsi jantung dan paru yang berorientasi pada otak.

### 2.1.3 Etiologi

Asfiksia terjadi karena beberapa faktor :

#### 1. Faktor Ibu

Terdapat gangguan pada aliran darah uterus sehingga menyebabkan berkurangnya aliran oksigen ke plasenta dan janin. Hal ini sering dijumpai pada gangguan kontraksi uterus misalnya preeklamsia dan eklamsi, perdarahan abnormal (plasenta previa dan solusio plasenta), partus lama atau partus macet, demam selama persalinan, infeksi berat (malaria, sifilis, TBC, HIV), kehamilan postmatur (setelah usia kehamilan 42 minggu), penyakit ibu.

#### 2. Faktor Plasenta

Faktor yang dapat menyebabkan penurunan pasokan oksigen ke bayi sehingga dapat menyebabkan asfiksia pada bayi baru lahir antara lain lilitan tali pusat, tali pusat pendek, simpul tali pusat, prolapsus tali pusat.

#### 3. Faktor Fetus

Gangguan ini dapat ditemukan pada keadaan tali pusat menumpang, tali pusat melilit leher, meconium kental, prematuritas, persalinan ganda.

#### 4. Faktor Neonatus

Depresi pusat pernapasan pada bayi baru lahir dapat terjadi dikarenakan oleh pemakaian obat seperti anestesi atau analgetika yang berlebihan pada ibu yang secara langsung dapat menimbulkan depresi pada pusat pernapasan janin. Asfiksia yang dapat terjadi tanpa didahului dengan tanda gejala gawat janin antara lain bayi prematur (sebelum 37 minggu kehamilan), persalinan dengan tindakan (sungsang, bayi kembar, distoria bahu), kelainan kongenital, air ketuban bercampur mekonium.

##### 2.1.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala asfiksia neonatorum adalah :

1. Pernafasan megap-megap dan dalam
2. Pernapasan tidak teratur
3. Tangisan lambat atau merintih
4. Warna kulit pucat atau biru
5. Tonus otot lemas atau ekstremitas lemah
6. Nadi cepat
7. Denyut jantung lambat (bradikardi kurang dari 100 kali per menit)
8. Menurunnya  $O_2$
9. Meningginya  $CO_2$
10. Penurunan pH

Pada umumnya, asfiksia neonatorum dengan masalah kekurangan  $O_2$  menunjukkan pernapasan yang cepat dalam periode

yang singkat apabila asfiksia berlanjut, gerakan pernapasan berhenti dan denyut jantung menurun. Sedangkan tonus neuromuskular berkurang secara berangsur–angsur dan memasuki periode apnue primer. Adapun gejala dan tanda asfiksia neonatorum yang khas antara lain pernapasan cepat, pernapasan cuping hidung dan nadi berdenyut cepat, anak terlihat lemas, menurunnya tekanan  $O_2$  anaerob ( $PaO_2$ ), meningkatnya tekanan  $CO_2$  darah ( $PaCO_2$ ), menurunnya Ph (akibat asidosis respiratorik dan metabolik), yang digunakan sebagai sumber glikogen bagi tubuh anak dan metabolisme anaerob, serta terjadinya perubahan sistem kardiovaskuler.

Pada asfiksia tingkat selanjutnya, juga akan terjadi perubahan yang disebabkan oleh beberapa keadaan. Diantaranya adalah hilangnya sumber glikogen dalam jantung sehingga mempengaruhi fungsi jantung, terjadinya asidosis metabolik yang mengakibatkan menurunnya sel jaringan termasuk otot jantung sehingga menimbulkan kelemahan jantung dan pengisian udara alveolus kurang adekuat sehingga darah mengalami gangguan.

#### 2.1.5 Patofisiologi

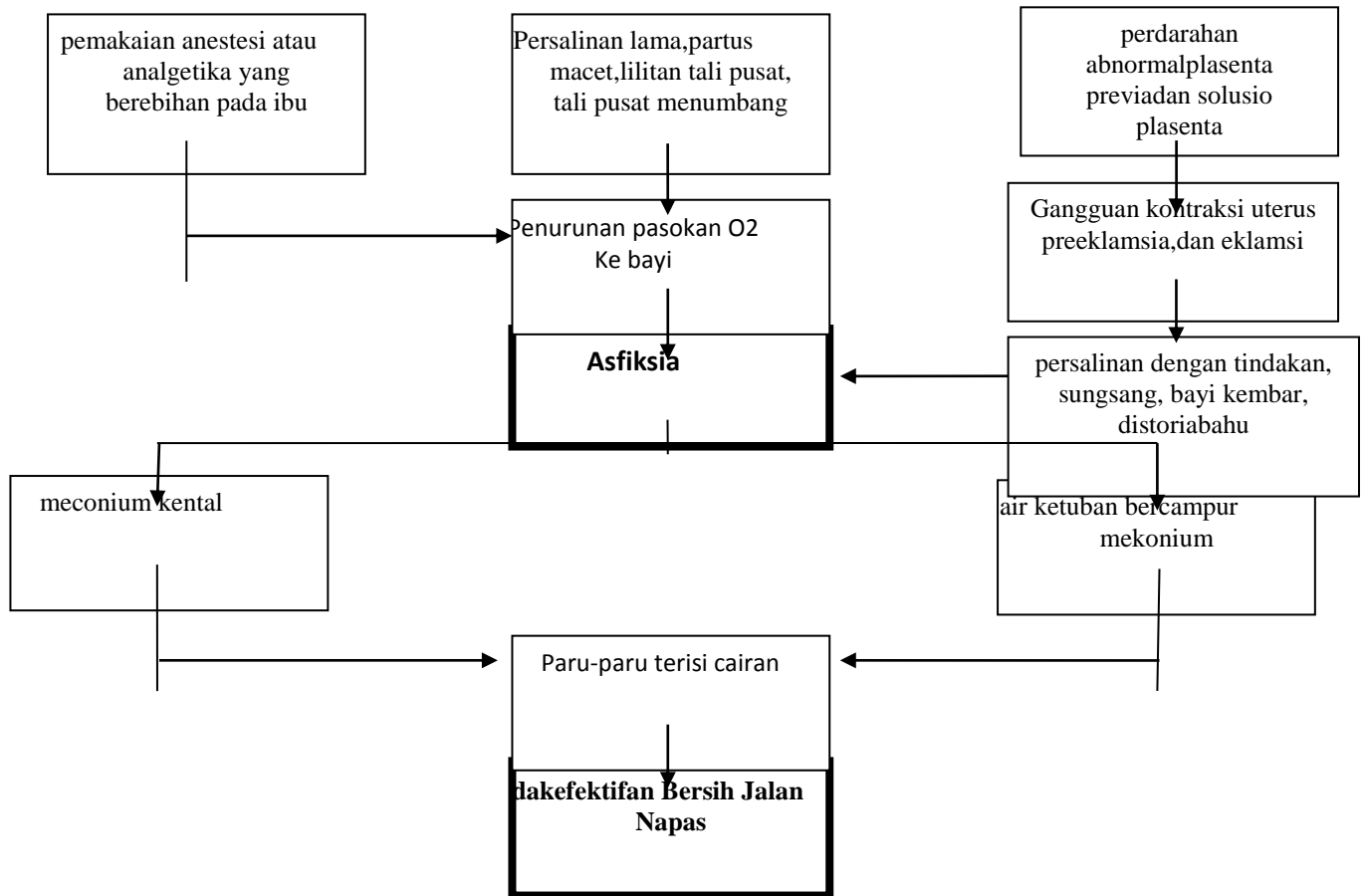
Pada proses kelahiran selalu menimbulkan asfiksia ringan yang bersifat sementara, proses ini perlu untuk merangsang kemoreseptor pusat pernafasan *primary gasping* yang kemudian berlanjut pernafasan teratur. Sifat asfiksia ini tidak berpengaruh buruk karena reaksi adaptasi bayi dapat mengatasinya. Kegagalan pernafasan mengakibatkan berkurangnya oksigen dan meningkatkan

karbondioksida diikuti oleh asidosis respiratorik apabila proses ini berlanjut maka metabolisme sel akan berlangsung yang berupa glikolisis glikogen sehingga sumber utama glikogen pada jantung dan hati akan berkurang dan akan menyebabkan asidosis metabolic.

Sehubungan dengan proses tersebut maka fase awal asfiksia ditandai dengan pernafasan cepat dan dalam selama tiga menit (periode hiperapnue) diikuti dengan apnea primer kira-kira satu menit dimana denyut jantung dan tekanan darah menurun. Kemudian bayi akan memulai bernafas 10x/menit selama beberapa menit, gasping ini semakin melemah sehingga akan timbul apneu sekunder. Pada keadaan ini tidak terlihat jelas setelah dilakukannya pembersihan jalan nafas maka bayi akan bernafas dan menangis kuat.

Pemakaian sumber glikogen untuk energi dalam waktu singkat dapat menyebabkan hipoglikemi pada bayi, pada asfiksia berat dapat menyebabkan kerusakan membran sel terutama susunan sel saraf pusat sehingga mengakibatkan gangguan elektrolit, hiperkalemi dan pembengkakan sel. Kerusakan pada sel otak berlangsung setelah asfiksia terjadi 8-10 menit. Manifestasi kerusakan sel otak setelah terjadi pada 24 jam pertama didapatkan gejala seperti kejang subtel, fokal klonik manifestasi ini dapat muncul sampai hari ke tujuh maka perlu dilakukannya pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi kepala dan rekaman elektroensefalografi.

Gambar 2.1 Pathway Asfiksia Neonatorum  
 Sumber : NANDA NOC-NIC ( Nurarif & kusuma, 2015)



### 2.1.7 Manifestasi klinis

#### 1. Pada kehamilan

Menurut penelitian sebelumnya oleh Dwi Ari (2017), denyut jantung lebih cepat dari 100 x/ menit atau kurang dari 100x/menit, halus dan ireguler serta adanya pengeluaran mekonium.

- a. Jika DJJ normal dan ada mekonium : janin mulai asfiksia
- b. Jika DJJ 160x/ menit ke atas dan ada mekonium : janin sedang asfiksia
- c. Jika DJJ 100x/ menit ke bawah ada mekonium : janin dalam gawat

#### 2. Pada bayi setelah lahir

- a. Bayi pucat dan kebiru–biruan
- b. Usaha bernafas minimal atau tidak ada
- c. Hipoksia
- d. Asidosis metabolic dan respiratori
- e. Perubahan fungsi jantung
- f. Kegagalan sistem multiorgan

Ada 2 macam kriteria asfiksia :

Tanda	Nilai		
	0	1	2
Warna	Biru/pucat	Tubuh kemerahan	Seluruh tubuh kemerahan
Frekuensi jantung	Tidak ada	Ekstremitas biru	>100/menit
Refleks	Tidak ada	Lambat	Gerakan
Aktivitas/tonus otot	Lumpuh/lelah	<100/menit	kulit/melawan
Usaha napas	Tidak ada	Gerakan sedikit	Gerakan aktif
		Ekstremitas fleksi	Menangis kuat
		Lambat teratur	

2.1 Tabel nilai skor APGAR Asfiksia Nonatorum

Sumber : Wahyuni, 2012.

Dilakukan dengan memberikan rangsangan nyeri dengan memukul kedua telapak kaki bayi.

1. Tindakan khusus

a. Asfiksi berat

Memperbaiki ventilasi paru-paru dengan memberikan O<sub>2</sub> secara tekanan langsung dan berulang dengan cara melakukan intubasi endotrakeal setelah kateter dimasukkan kedalam trakea, O<sub>2</sub> diberikan dengan tekanan yang tidak lebih dari 30 ml. Tekanan positif dikerjakan dengan meniupkan udara yang telah diperkaya dengan O<sub>2</sub> melalui kateter apabila pernapasan tidak segera timbul maka segera lakukan masage jantung yaitu dilakukan dengan penekanan 80–100 kali per menit.

b. Asfiksi ringan–sedang

Melakukan rangsangan untuk menimbulkan refleks pernapasan yang dilakukan selama 30–60 detik setelah penilaian menurut Apgar 1, bila pernapasan tidak timbul segera lakukan pernapasan kodok (frog breathing) dengan cara memasukkan pipa kedalam hidung dan O<sub>2</sub> dialirkan dengan kecepatan 1–2 liter dalam satu menit.

## **2.2 Konsep Dasar ketidakefektifan bersih jalan nafas**

### **2.2.1 Definisi**

Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernapasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas (Nurarif & kusuma, 2015).

### 2.2.2 Batasan Karakteristik

1. Tidak ada batuk
2. Suara nafas tambahan
3. Perubahan frekuensi nafas
4. Perubahan irama nafas
5. Sianosis
6. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara
7. Penurunan bunyi nafas
8. Sputum dalam jumlah yang berlebihan
9. Dipsneu

### 2.2.3 Faktor yang berhubungan

1. Lingkungan :
  - a. Merokok
  - b. Perokok pasif
  - c. Menghisap asap
2. Obstruksi jalan nafas :
  - a. Adanya jalan nafas yang buntu
  - b. Eksudat dalam jalan nafas
  - c. Sekresi dalam bronki
  - d. Adanya sisa sekresi
3. Fisiologi
  - a. Jalan nafas alergi
  - b. Asma
  - c. Penyakit paru obstruktif kronik



- d. Infeksi
- e. Diperplasi dinding bronkial

#### 2.2.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada asfiksia neonatorum menurut (Arif weni, 2009) :

1. Membersihkan jala nafas dengan menghisap lendir dengan menggunakan kasa steril.
2. Potong tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptik.
3. Apabila bayi tidak menangis lakukan rangsangan tartil dengan cara menepuk nepuk kaki, mengelus-elus dada, perut atau punggung. Jika bayi masih belum menangis setelah dilakukan rangsangan tartil maka lakukan nafas buatan mulut ke mulut atau dengan ventilasi tekanan positif.

Langkah – langkah ventilasi :

1. Pasangan sungkup, perhatikan lekatan.
  2. Ventilasi 2 kali dengan tekanan 30 cm air, amati gerakan dada bayi.
  3. Bila dada bayi mengembang, lakukan ventilasi 20 kali dengan tekanan 20 cm air dalam 30 detik.
  4. Penilaian apakah bayi menangis atau bernapas spontan teratur atau tidak.
4. Pertahankan suhu tubuh agar tidak memperburuk keadaan asfiksia dengan cara:
1. Membungkus bayi dengan kain hangat.
  2. Badan bayi harus dalam keadaan kering.

3. Jangan mandikan bayi dengan air dingin, gunakan minyak atau baby oil untuk membersihkan tubuhnya.
4. Kepala bayi ditutup dengan kain.
5. Apabila nilai apgar pada menit ke lima sudah baik (7-10) lakukan perawatan selanjutnya, yaitu dengan cara :
  1. Membersihkan badan bayi.
  2. Perawatan tali pusat.
  3. Pemberian ASI sedini mungkin dan adekuat.
  4. Memasang pakaian bayi.
  5. Memasang penenang (tanda pengenal) bayi.

#### 2.2.5 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan pemeriksaan untuk menunjang diagnosis penyakit, mendukung atau menyingkirkan diagnosis yang lainnya (Nurmalasari, 2010). Menurut Nursalam (2008), pemeriksaan penunjang pada pasien asfiksia yaitu pemeriksaan laboratorium (pemeriksaan darah yang berguna untuk mengetahui kadar Hb, leukosit dan trombosit).

### 2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

#### 2.3.1 Pengkajian

Merupakan informasi yang dicatat mencakup Identitas orang tua, identitas bayi baru lahir, riwayat persalinan, pemeriksaan fisik (Wildan dan Hidayat, 2008).

## 1. Data subjektif

Data subjektif adalah informasi yang dicatat mencakup identitas, kebutuhan yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada pasien/klien (anamnesis) (Wildan dan Hidayat, 2008).

### 1. Biodata

Pengkajian biodata menurut Romauli (2011) antara lain :

- a. Nama bayi :Untuk mengetahui kapan bayi lahir.
- b. Tanggal lahir :Untuk mengetahui kapan bayi lahir.
- c. Jenis kelamin :Untuk mengetahui jenis kelamin yang dilahirkan
- d. Nama Orang Tua :Untuk mengetahui identitas orang tua bayi
- e. Umur :Untuk mengetahui kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun.
- f. Pendidikan :Untuk mengetahui, tingkat pendidikan mempengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang.

Pekerjaan :Hal ini untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi agar nasehat kita sesuai. Pekerjaan ibu perlu diketahui untuk mengetahui apakah ada pengaruh pada kehamilan seperti, bekerja dipabrik rokok, percetakan.

g. Alamat :Untuk mengetahui ibu tinggal dimana menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya bersamaan. Alamat juga diperlukan bila mengadakan kunjungan kepada perilaku.

## 2. Keluhan utama

Untuk mengetahui alasan pasien yang dirasakan saat pemeriksaan (romauli, 2011). Pasien dengan asfiksia memiliki frekuensi jantung <100 kali/menit atau >100 kali/menit, tonus otot kurang baik, sianosis/pucat (Ridha, 2014).

### 3. Antenatal care (ANC)

Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sejak hamil berapa minggu, tempat ANC dan riwayat kehamilannya (Wiknjosastro, 2009).

### 4. Penyuluhan

Apakah ibu sudah dapat penyuluhan tentang gizi, aktifitas selama hamil dan tanda-tanda bahaya kehamilan (Saifuddin, 2010).

### 5. Imunisasi tetanus tosoid (TT)

Untuk mengetahui sudah/belum, kapan dan berapa kali yang nantinya akan mempengaruhi kekebalan ibu dan bayi terhadap penyakit tetanus (Wiknjosastro, 2009).

### 6. Menurut Muslihatun, (2009) Kebiasaan ibu sewaktu hamil :

1. Pola nutrisi : Dikaji untuk mengetahui apa ibu hamil mengalami gangguan nutrisi atau tidak, pola nutrisi yang perlu dikaji meliputi frekuensi, kualitas, keluhan, makanan pantangan.
2. Pola eliminasi : Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAK dan BAB, berkaitan dengan obesitas atau tidak.

3. Pola istirahat : Untuk mengetahui hambatan ibu yang mungkin muncul jika didapat data yang senjang tentang pemenuhan istirahat.
4. Personal hygiene : Dikaji untuk mengetahui tingkat kebersihan, sangat penting agar tidak terkena infeksi.
5. Psikologi budaya : Untuk mengetahui apakah ibu ada pantang makanan dan kebiasaan selama hamil yang tidak diperbolehkan dalam adat masyarakat setempat.
6. Perokok dan pemakaian obat-obatan dan alkohol yang mengaibatkan abortus dan kerusakan.

## 2. Data obyektif

Data obyektif adalah pencatatan yang dilakukan dari hasil pemeriksaan fisik, dan data penunjang (Wildan dan Hidayat, 2008).

### a. Pemeriksaan khusus

Dilakukan dengan pemeriksaan APGAR pada menit pertama ke 5 dan 10.

### b. Pemeriksaan umum

Pemeriksa ukuran keseluruhan, kepala, badan, ekstremitas, tonus otot, tingkat aktivitas, warna kulit dan bibir tangis bayi.

Pemeriksaan tanda-tanda :

1. Laju nafas 40-60 kali per menit, periksa kesulitan bernapas.
2. Laju jantung 120-160 kali per menit.
3. Suhu normal  $36,5^{\circ}\text{C}$ .

c. Pemeriksaan fisik sistematis menurut Indrayani dan Moudy (2013) :

1. Kepala : Pemeriksaan kepala, ubun-ubun (raba adanya cekungan atau cairan dalam ubun-ubun), sutura (pada perabaan sutura masih terbuka), molase, periksa hubungan dalam letak dengan mata dan kepala. Ukur lingkaran kepala dimulai dari lingkaran skdipito sampai frontal.
2. Mata : Buka mata bayi dan lihat apakah ada tanda-tanda infeksi atau pus. Bersihkan kedua mata bayi dengan lidi kapas DTT. Berikan salep mata kepala.
3. Telinga : Periksa hubungan letak dengan mata dan kepala.

4. Hidung dan mulut : Periksa bibir dan langit-langit, reflek hisap, dinilai saat bayi menyusui.
5. Leher : Periksa adanya pembesaran kelenjar thyroid.
6. Dada : Periksa bunyi nafas dan detak jantung. Lihat adakah tarikan dinding dada dan lihat puting susu (simetris atau tidak).
7. Abdomen : Palpasi perut apakah ada kelainan dan keadaan tali pusat.
8. Genetalia : Untuk laki-laki periksa apakah testis sudah turun kedalam skrotum. Untuk perempuan periksa labia mayor dan minor apakah vagina berlubang dan uretra berlubang.
9. Punggung : Untuk mengetahui keadaan tulang belakang periksa reflek di punggung dengan cara menggoreskan jari kita di punggung bayi, bayi akan mengikuti gerakan dari doresan jari kita.



10. Anus : Periksa lubang anus bayi.
11. Ekstremitas : Hitung jumlah jari tangan bayi.
12. Kulit : Lihat warna kulit dan bibir setra tanda lahir.

### 2.3.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien asfiksia neonatorum :

1. Asfiksia neonatorum berhubungan dengan ketidakefektifan bersih jalan napas.

### 2.3.3 Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan suatu susunan rencana tindakan keperawatan yang disusun oleh perawat dengan tujuan untuk memudahkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan guna untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi keperawatan dengan masalah ketidakefektifan bersih jalan napas menurut Nurarif & kusuma, 2015 dalam buku Nursing Intervetion Classification (NIC) adalah adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2 Intervensi Diagnosa Keperawatan : **Ketidakefektifan bersih jalan nafas**

Sumber : *NANDA NOC-NIC (Nurarif & kusuma, 2015)*

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan KH	Intervensi
1	<p><b>Ketidakefektifan bersih jalan napas</b>  <b>Definisi :</b>  ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.  <b>Batasan karakteristik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada batuk</li> <li>2. Suara nafas tambahan</li> <li>3. Perubahan frekuensi nafas</li> <li>4. Perubahan irama nafas</li> <li>5. Sianosis</li> <li>6. Penurunan bunyi nafas</li> <li>7. Dipsneu</li> <li>8. Sputum dalam jumlah yang berlebih</li> <li>9. Batuk yang tidak efektif</li> <li>10. Orthopneu</li> <li>11. Gelisah</li> <li>12. Mata terbuka</li> </ol> <p><b>Faktor-faktor yang berhubungan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lingkungan : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perokok pasif</li> <li>2. Menghisap asap</li> <li>3. Merokok</li> </ol> </li> <li>• Obstruksi jalan nafas : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Spasme jalan nafas</li> <li>2. Mokus dalam jumlah berlebihan</li> <li>3. Eksudat dalam jalan alveoli</li> <li>4. Materi asing dalam jalan nafas</li> <li>5. Adanya jalan nafas buatan</li> <li>6. Sekresi bertahan/sisa sekresi</li> <li>7. Sekresi dalam</li> </ol> </li> </ul>	<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiratory status : Ventilator</li> <li>• Reapiratory status : airway patency</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bersuara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu</li> <li>• mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips</li> <li>• Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak sesak), irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal.</li> <li>• Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas.</li> </ul>	<p><b>NIC :</b>  <b>Airway suction :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning.</li> <li>2. Auskultasikan suara nafas sebelum dan sesudah suctioning.</li> <li>3. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning.</li> <li>4. Meminta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan.</li> <li>5. Berikan O<sub>2</sub> dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal.</li> <li>6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan.</li> <li>7. Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal.</li> <li>8. Monitor status oksigen pasien.</li> <li>9. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion.</li> <li>10. Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O<sub>2</sub>, dll.</li> </ol> <p><b>Airway Management :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu.</li> <li>2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.</li> </ol>

---

bronki	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan.</li> <li>4. Pasang mayo bila perlu</li> <li>5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu.</li> <li>6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction.</li> <li>7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan.</li> <li>8. Lakukan suction pada mayo.</li> <li>9. Berikan bronkodilator bila perlu.</li> <li>10. Berikan pelembab udara kasa basah NaCl Lembab.</li> <li>11. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.</li> <li>12. Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub>.</li> </ol>
--------	---

---

#### 2.3.4 Implementasi Keperawatan :

Merupakan pengelolaan dari perwujudan intervensi meliputi kegiatan yaitu validasi, rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana, memberikan askep dalam pengumpulan data, serta melaksanakan adusa dokter dan ketentuan RS (wijaya & Putri, 2013).

#### 2.3.5 Evaluasi Keperawatan :

Merupakan tahap akhir dan suatu proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan rencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara melibatkan pasien dan sesama tenaga kesehatan (wijaya & Putri, 2013).

## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian merupakan semua proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian, mulai tahap persiapan sampai tahap penyusunan masalah dalam penelitian (Suryon, 2013). Dalam penelitian studi kasus ini menggunakan metode deskriptif yang berarti suatu model yang berupaya mengungkapkan keadaan yang terjadi saat ini, untuk selanjutnya dianalisis dan diinterpretasikan. Dimaksudkan untuk pengukuran yang cermat terhadap fenomena sosial tertentu. Peneliti mengembangkan konsep dan menghimpun fakta, dan memberikan dukungan terhadap apa yang disajikan (Saryono, 2013).

Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup satu unit secara intensif misalnya satu klien atau dua klien. Meskipun jumlah subjek cenderung sedikit namun jumlah variabel yang berhubungan dengan masalah studi kasus. Rancangan dari studi kasus bergantung pada keadaan kasus namun tetap mempertimbangkan penelitian waktu. Riwayat dan perilaku mempelajari suatu kejadian mengenai perseorangan (riwayat hidup). Pada metode studi kasus ini diperlukan banyak informasi guna mendapatkan bahan-bahan yang luas, biasanya dikaji secara rinci. Keuntungan paling besar dari rancangan ini.

pengkajian secara rinci, meskipun jumlah respondennya sedikit, sehingga akan didapatkan gambaran satu unit subyek secara jelas (Nursalam, 2011).

Studi kasus dibatasi oleh waktu dan tempat serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas atau individu. Dalam studi kasus ini adalah studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan Asfiksia Neonatorum dengan masalah Ketidakefektifan bersih jalan nafas.

### **3.2 Batasan Istilah**

Batasan istilah merupakan pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah yang menjadi kunci dalam fokus penelitian studi kasus. Dalam penelitian studi kasus batasan istilah yang digunakan yaitu sebagai berikut :

1. Asuhan keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respon untuk individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik aktual maupun potensial.
2. Asfiksia Neonatorum merupakan suatu keadaan bayi baru lahir yang mengalami gangguan tidak segera bernafas secara spontan dan teratur 1 menit setelah lahir.
3. Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas (Nurarif & kusuma, 2015).
4. Masalah diartikan sebagai penyimpangan antara yang seharusnya dengan apa yang benar-benar terjadi, antara teori dengan praktek, antara aturan dengan pelaksanaan, antara rencana dengan pelaksanaan.

### **3.3 Partisipan**

Partisipan adalah subyek yang berperan serta dalam suatu kegiatan, keikutsertaan dan peran serta. Partisipan pada studi kasus ini dipilih dengan metode purposive metode pemilihan partisipan dalam studi kasus dengan menentukan kriteria yang akan dimasukkan dalam studi kasus, dimana partisipan yang diambil dapat memberikan informasi yang berharga pada studi kasus (Nursalam, 2013). Adapun kriteria partisipan adalah sebagai berikut :

1. 2 bayi baru lahir yang mengalami Asfiksia sedang.
2. 2 bayi baru lahir yang mengalami masalah keperawatan ketidakefektifan bersih jalan nafas.
3. 2 bayi baru lahir yang dirawat baru diruang perinatologi RSUD Bangil Pasuruan.
4. 2 bayi baru lahir dan keluarga yang bersedia untuk dilakukan penelitian studi kasus.

### **3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi dan waktu penelitian adalah suatu tempat atau wilayah dimana penelitian tersebut akan dilakukan. Lokasi studi kasus tersebut berdasarkan pada :

1. Tempat banyaknya jumlah klien yang mengalami Asfiksia Neonatorum yaitu di ruang perinatologi RSUD Bangil Pasuruan yang beralamat di jalan Raya Raci, Masangan, Pasuruan apabila dibandingkan dengan wilayah lainnya.
2. Kemudahan akses penelitian terhadap partisipan.

3. Waktu studi kasus ini peneliti akan melakukan penelitian mulai bulan Maret 2018.

### **3.5 Pengumpulan Data**

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2011). Adapun teknik-teknik yang dapat digunakan dalam pengumpulan data, yaitu :

1. Melakukan informed consen

Meminta persetujuan sebelum melakukan tindakan dengan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian

2. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data yang dilakukan dengan cara tanya jawab (dialog) langsung antara pewawancara dengan responden. Kegiatan wawancara meliputi anamnesis berisi tentang wawancara dengan subjek atau responden, keluhan utama, riwayat penyakit skarang-dahulu-keluarga dan lainnya sesuai dengan pedoman yang akan diungkap. Sumber data dapat diperoleh dari klien sendiri, keluarga maupun perawat (Saryono, 2013).

3. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi merupakan suatu metode pengumpulan data menggunakan seluruh indra (penciuman, pendengaran, penglihatan, perabaan dan pengecap). Kegiatan observasi meliputi : mencatat, pertimbangan, dan penilaian. Dalam penelitian ini observasi dilakukan dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (Saryono, 2013).

#### 4. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan kegiatan mencari data atau variabel dari sumber berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, notulen rapat, agenda yang diamati dalam studi dokumentasi adalah benda mati (Saryono, 2013). Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan.

### **3.6 Uji Keabsahan Data**

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menghasilkan validitas data studi kasus yang tinggi. Disamping integritas penelitian (karena penelitian menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan dengan :

1. Memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan sampai kegiatan studi kasus berakhir dan memperoleh validitas tinggi. Dalam studi kasus ini waktu yang ditentukan adalah 3 hari akan tetapi apabila belum mencapai validitas data yang diinginkan maka waktu untuk mendapatkan data studi kasus adalah 4 hari.
2. Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, keluarga dan perawat.

### **3.7 Analisa Data**

Analisa data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara menggunakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya membandingkan dengan opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan



jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

Langkah-langkah analisis data pada studi kasus yaitu :

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumentasi) hasil studi di tempat pengambilan studi kasus. Hasil ditulis dalam bentuk catatan, kemudian disalin dalam buku

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara seluruh data yang diperoleh dari lapangan, telah dicatat kembali dalam bentuk uraian atau laporan yang lebih rinci dan sistematis dan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnosa kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan cara mengaburkan identitas klien.

4. Kesimpulan

Data yang disajikan kemudian dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi data yang

dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

### **3.8 Etika Penelitian**

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari :

1. *Informed Consen* (persetujuan menjadi klien)

Merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consen* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed concent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Masalah etika studi kasus merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek studi kasus dengan cara memberikan atau menempatkan nama responden dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil studi kasus yang akan disajikan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberi jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaanya oleh peneliti.

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Pengkajian dilakukan di RSUD Bangil Jl.Raya Raci Masangan No.9

Bangil Pasuruan, di Ruang Perinatologi. Terdapat 2 ruangan dengan

kapasitas 6 inkubator pada setiap ruangannya.

##### 4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Identitas Keluarga Klien Asuhan Keperawatan Dengan Asfiksia Neonatorum di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan 2018

IDENTITAS KELUARAGA KLIEN	KLIEN 1	KLIEN 2
Nama Ayah	Tn.A	Tn.A
Umur	46 Tahun	46 Tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SITA	SITA
Pekerjaan	Swasta	Swasta
Alamat	Pasuruan	Pasuruan
Nama Ibu	Ny.U	Ny.U
Umur	40 Tahun	40 Tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SLTA	SLTA
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga
Alamat	Pasuruan	Pasuruan
Jenis Persalinan	Sectioccasaria	Sectioccasaria

Tabel 4.2 Identitas Klien Asuhan Keperawatan Dengan Asfiksia Neonatorum di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan 2018

IDENTITAS KLIEN	KLIEN 1	KLIEN 2
Nama Klien	Bayi Ny.U	Bayi Ny.U
Umur	1 Hari	1 Hari
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	Belum Sekolah	Belum Sekolah
Pekerjaan	Belum Bekerja	Belum Bekerja
Alamat	Pasuruan	Pasuruan
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
No.RM	35-95-xx	35-95-xx
Diagnosa Masuk	Asfiksia	Asfiksia

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit Asuhan Keperawatan Asfiksia Neonatorum di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan 2018

RIWAYAT PENYAKIT	KLIEN 1	KLIEN 2
Keluhan Utama	Keluarga klien mengatakan sesak nafas	Keluarga klien mengatakan sesak nafas
Riwayat Penyakit Sekarang	Keluarga Klien mengatakan pada hari sabtu pagi tanggal 31 maret 2018 ibu bayi mengeluarkan lendir pada usia kehamila 32 minggu, kemudian dibawa ke Bidan setempat untuk melakukan pemeriksaan setelah dilakukan pemeriksaan ternyata ibu sudah pembukaan 2 dan salah satu letak bayi sungsang kemudian oleh Bidan dirujuk ke RSUD Bangil untuk mendapatkan pertolongan segera dan melakukan Sectioccasaria (SC), setelah kesepakatan bersama akhirnya keluarga setuju untuk dirujuk ke RSUD Bangil, setelah sampai pasien dibawa menuju maternal IGD dan dirawat inap di kamar bersalin	Keluarga Klien mengatakan pada hari sabtu pagi tanggal 31 maret 2018 ibu bayi mengeluarkan lendir pada usia kehamila 32 minggu, kemudian dibawa ke Bidan setempat untuk melakukan pemeriksaan setelah dilakukan pemeriksaan ternyata ibu sudah pembukaan 2 dan salah satu letak bayi sungsang kemudian oleh Bidan dirujuk ke RSUD Bangil untuk mendapatkan pertolongan segera dan melakukan Sectioccasaria (SC), setelah kesepakatan bersama akhirnya keluarga setuju untuk dirujuk ke RSUD Bangil, setelah sampai pasien dibawa menuju maternal IGD dan dirawat inap di kamar bersalin
Riwayat Penyakit Dahulu	<p>A. Riwayat Kehamilan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit yang pernah diderita selama hamil : Ibu Klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit selama hamil</li> <li>2. Obat-obatan yang pernah dikonsumsi selama kehamilan : ibu klien mengatakan selama hamil tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan</li> </ol> <p>B. Riwayat Persalinan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ANC ( prenatal ) : tiap kurang lebih 1 bulan</li> <li>2. Jenis Persalinan : operasi</li> <li>3. BB Lahir : 1900 gram</li> <li>4. Kelainan Kongenital :</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit yang pernah diderita selama hamil : Ibu Klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit selama hamil</li> <li>2. Obat-obatan yang pernah dikonsumsi selama kehamilan : ibu klien mengatakan selama hamil tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ANC ( prenatal ) : tiap kurang lebih 1 bulan</li> <li>2. Jenis Persalinan : operasi</li> <li>3. BB Lahir : 1800 gram</li> <li>4. Kelainan Kongenital : Tidak ada kelainan</li> </ol>

	Tidak ada kelainan kongenital	kongenital
	5. Post Natal : bayi lahir mengalami asfiksia dan tidak berpenyakit menular	5. Post Natal : bayi lahir mengalami asfiksia dan tidak berpenyakit menular
	<b>C. Riwayat Penyakit</b>	
	1. Penyakit yang pernah diderita : ibu klien mengatakan tidak mempunyai penyakit menular atau kronik	1. Penyakit yang pernah diderita : ibu klien mengatakan tidak mempunyai penyakit menular atau kronik
	2. Operasi : ibu klien mengatakan tidak mempunyai riwayat operasi sebelumnya	2. Operasi : ibu klien mengatakan tidak mempunyai riwayat operasi sebelumnya
	3. Alergi : ibu klien mengatakan tidak mempunyai alergi selama kehamilan	3. Alergi : ibu klien mengatakan tidak mempunyai alergi selama kehamilan
	<b>D. Riwayat Imunisasi</b>	
	1. Hepatitis : 1 kali saat lahir	1. Hepatitis : 1 kali saat lahir
Riwayat Penyakit Keluarga	Keluarga klien mengatakan bahwa didalam anggota keluarga dari bapak dan ibu tidak ada yang mempunyai penyakit menular atau kronik.	Keluarga klien mengatakan bahwa didalam anggota keluarga dari bapak dan ibu tidak ada yang mempunyai penyakit menular atau kronik

Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan klien Asuhan Keperawatan Asfiksia Neonatorum di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan 2018

POLA KESEHATAN	KLIEN 1	KLIEN 2
Pola Istirahat Tidur	Setiap waktu	Setiap waktu
Pola Eliminasi	BAB dan BAK 7,9 kg dalam 24 jam	BAB dan BAK 8,9 kg dalam 24 jam
Pola Aktivitas	Minum, tidur	Minum, tidur
Pola Nutrisi	ASI / PASI 40CC/24 jam	ASI / PASI 40CC/24 jam
Persona Hygiene	Mandi diseka 2x sehari pagi dan sore hari, mengganti pakaian 2x sehari pagi dan sore	Mandi diseka 2x sehari pagi dan sore hari, mengganti pakaian 2x sehari pagi dan sore

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik Klien Asuhan Keperawatan Asfiksia Neonatorum di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan 2018

OBSERVASI	KLIEN 1	KLIEN 2
Keadaan Umum	Lemah	Lemah
Kesadaran	Composmentis, CRT > 2 detik	Composmentis, CRT > 2 detik
S	35, 6° C	35, 3° C
N	133 X/menit	129 X/menit
RR	58 x/ menit	54 x/ menit
SPO <sub>2</sub>	93%	93%
Pemeriksaan Fisik ( head toe to)		
a. Kepala	Inspeksi : rambut tebal, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, wajah simetris,tidak ada masa pada leher Palpasi : tidak ada benjolan kelenjar tiroid dan tidak ada bendungan vena jugularis	Inspeksi : rambut tebal, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, wajah simetris,tidak ada masa pada leher Palpasi : tidak ada benjolan kelenjar tiroid dan tidak ada bendungan vena jugularis
b. Mata	Inspeksi : Mata tidak strambismus (juling). Alis, mata simetris, tidak ada edema, pupil isokor, reflek cahaya kanan dan kiri positif	Inspeksi : Mata tidak strambismus (juling). Alis, mata simetris, tidak ada edema, pupil isokor, reflek cahaya kanan dan kiri positif
c. Hidung	Inspeksi : Hidung simetris, terpasang O <sub>2</sub> nasal kanul Palpasi : tidak ada nyeri Auskultasi : adanya pernafasan cuping hidung	Inspeksi : Hidung simetris, terpasang O <sub>2</sub> nasal kanul Palpasi : tidak ada nyeri Auskultasi : adanya pernafasan cuping hidung
d. Mulut dan Faring	Inspeksi : mukosa bibir lembab Palpasi : tidak ada faringitis	Inspeksi : mukosa bibir lembab Palpasi : tidak ada faringitis
e. Thoraks dan Paru	Inspeksi : bentuk dada simetris Palpasi : sesak nafas Auskultasi : adanya pernafasan cuping hidung, frekuensi pernafasan 58 x/ menit	Inspeksi : bentuk dada simetris Palpasi : sesak nafas Auskultasi : adanya pernafasan cuping hidung, frekuensi pernafasan 54 x/ menit
Observasi	Klien 1	Klien 2

f. Jantung	Perkusi : tidak ada nyeri dada Auskultasi : irama jantung teratur, CRT > 2 detik	Perkusi : tidak ada nyeri dada Auskultasi : irama jantung teratur, CRT > 2 detik
g. Abdomen	Inspeksi : tidak ada jejas, luka Perkusi : tidak ada nyeri tekan Palpasi : tidak terdapat pembesaran hepar, OGT	Inspeksi : tidak ada jejas, luka Perkusi : tidak ada nyeri tekan Palpasi : tidak terdapat pembesaran hepar, OGT
h. Ekstremitas dan persendian	Inspeksi : pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada luka Palpasi : akral hangat	Inspeksi : pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada luka Palpasi : akral hangat

Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Diagnostik Klien Asuhan Keperawatan Asfiksia Neonatorum di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan 2018

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Tgl pemeriksaan	01/04/2018		
HEMATOLOGI	KLIEN 1	KLIEN 2	
Darah Lengkap			
Leukosit(WBC)	22,91	%	3,70-10,1
Neutrofil	16,5	%	
Limfosit	3,3	%	
Monosit	2,3	%	
Eosinofil	0,0	%	
Basofil	0,8	%	
Neutrofil %	72,0	%	
Limfosit %	L 14,3	%	39,3-73,7
Monosit %	10,0	%	18,0-48,3
Eosinofil %	L 0,0	%	4,40-12,7
Basofil %	H 3,7	%	0,600-7,30
Eritrosit (RBC)	4,719	10 <sup>6</sup> /uL	0,00-1,70
Hemoglobin (HGB)	15,72	g/dL	4,2-11,0
Hematokrit (HCT)	44,84	%	12,0-16,0
MCV	95,01	Um <sup>3</sup>	38-47
MCH	H 33,32	Pg	81,1-96,0
MCHC	35,07	g/dL	27,0-31,2
RDW	13,68	%	31,8-35,4
PLT	253	10 <sup>3</sup> /uL	11,5-14,5
MPV	6,700	fL	155-366
			6,90-10,6

Tabel 4.6 Terapi Klien Asuhan Keperawatan Asfiksia Neonatorum di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan 2018

KLIEN 1		KLIEN 2	
Infus D <sub>10</sub> sution	0,185 150cc/24 jam	Infus D <sub>10</sub> sution	0,185 150cc/24 jam
Inj. Viccilin	2 x 150 mg (IV)	Inj. Viccilin	2 x 150 mg (IV)
Gentamicin	1 X 15 mg (IV)	Gentamicin	1 X 15 mg (IV)
Asi/Pasi 8x2	5cc	Asi/Pasi 8x2	5cc

## 4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.7 Analisa Data Klien Asuhan Keperawatan Asfiksia Neonatorum di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan 2018

DATA	KLIEN 1 ETIOLOGI	MASALAH
Data Subjektif : Tidak Terkaji	Persalinan lama, lilitan tali pusat, presentasi janin abnormal	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
Data Objektif :		
1. Keadaan Umum : Lemah	↓	
2. Kesadaran : Composmentis	Asfiksia	
3. Bayi tampak lemah, tangisan merintih	↓	
4. Mukosa bibir lembab, raut wajah pucat	Janin kekurangan O <sub>2</sub> kadar CO <sub>2</sub> meningkat	
5. GCS 4-5-6	↓	
6. Apgar Skor 5		
7. Pola nafas tidak teratur		
8. Inspeksi : terpasang O <sub>2</sub> nasal kanul, terpasang infus D <sub>10</sub> 15CC/ 24 jam, terpasang OGT, adanya pernafasan cuping hidung	<b>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas</b>	
9. Papasi : akril hangat		
10. Sumbatan sekret (bersihan jalan nafasa tidak efektif)		
11. TTV		
S : 35,6° C		
N : 133 x/menit		
RR : 58 x/menit		
SPO <sub>2</sub> : 100%		



DATA	KLIEN 2 ETIOLOGI	MASALAH
Data Subjektif : Tidak Terkaji	Persalinan lama, lilitan tali pusat, presentasi janin abnormal	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
Data Objektif :		
1. Keadaan Umum : Lemah	↓	
2. Kesadaran : Composmentis	Asfiksia	
3. Bayi tampak lemah, tangisan merintih	↓	
4. Mukosa bibir lembab, raut wajah pucat	Janin kekurangan O <sub>2</sub> kadar CO <sub>2</sub> meningkat	
5. GCS 4-5-6	↓	
6. Apgar Skor 5		
7. Pola nafas tidak teratur	<b>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas</b>	
8. Inspeksi : terpasang O <sub>2</sub> nasal kanul, terpasang infus D10 15CC/ 24 jam, terpasang OGT, adanya pernafasan cuping hidung		
9. Papasi : akril hangat		
10. Sumbatan sekret ( bersihan jalan nafasa tidak efektif)		
11. TTV :		
30 C		
N: 129 x/menit		
RR: 54 x/menit		
: 99 %		

## 4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan Klien Asuhan Keperawatan Asfiksia Neonatorum di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan 2018

Klien 1	Klien 2
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret

## 4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan Klien Asuhan Keperawatan Asfiksia Neonatorum di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan 2018

Diagnosa Keperawatan	NOC (NURSING OUTCOME CLASSIFICATION)	NIC (NURSING INTERVENTION CLASSIFICATION)
<b>Klien 1</b>		
<p><b>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas</b> <b>Definisi :</b> ketidakmampuan untuk membersihkan ekskresi atau obstruksi dan saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas.</p> <p>DS : Tidak terkaji DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keadaan umum : lemah</li> <li>Kesadaran:com posmentis</li> <li>Klien tampak lemah</li> <li>Mukosa bibir lembab, raut wajah pucat</li> <li>GCS 4-5-6</li> <li>Apgar Skor 5</li> <li>Pola nafas tidak teratur</li> <li>Inspeksi : terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 4 liter/menit, terpasang infus</li> </ol>	<p><b>NOC :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Respiratory status Ventilator</li> <li>Respiratory status : Airway palency</li> </ol> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mampu mengeluarkan sputum</li> <li>Klien tidak sesak, irama nafas, frekuensi nafas, pernafasan dalam rentang normal</li> <li>Tidak adanya cuping hidung, ronchi</li> <li>Mampu mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas</li> </ol>	<p><b>NIC :</b> <b>Airway Suction :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pastikan kebutuhan oral/ tracheal suctioning</li> <li>Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning</li> <li>Berikan O<sub>2</sub> dengan nasal kanul</li> <li>Gunakan alat yang steril setiap kali melakukan tindakan</li> <li>Monitor status oksigen pasien</li> <li>Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu</li> <li>Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilator</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	NOC (NURSING OUTCOME CLASSIFICATION)	NIC (NURSING INCOME CLASSIFICATION)
9. D <sub>10</sub> 150cc/24 jam, terpasang OGT		8. Lakukan fisioterapi dada
10. Palpasi akral hangat		9. Keluarkan sekret dengan baik atau suction
11. Perkusi : adanya pernafasan cuping hidung		10. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
12. Sumbatan sekresi (bersihkan jalan nafas tidak efektif)		11. Lakukan suction
13. TTV : S : 35,6° C N:133 x/menit RR:58 x/menit SPO2 : 93%		12. Lakukan respiratory dan status O <sub>2</sub>

## Klien 2

<b>Ketidakefektifan</b> <b>bersihkan jalan nafas</b> <b>Definisi :</b> ketidakmampuan untuk membersihkan ekskresi atau obstruksi dan saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas.	<b>NOC :</b>	<b>NIC :</b>
<b>DS :</b> Tidak terkaji <b>DO :</b>	1. Respiratory status : Ventilator 2. Respiratory status : Airway palency <b>Kriteria hasil :</b> 1. Mampu mengeluarkan sputum 2. Klien tidak sesak, irama nafas, frekuensi nafas, pernafasan dalam rentang normal 3. Tidak adanya cuping hidung, ronchi 4. Mampu mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas	<b>Airway Suction :</b> 1. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning 2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning 3. Berikan O <sub>2</sub> dengan nasal kanul 4. Gunakan alat yang steril setiap kali melakukan tindakan 5. Monitor status oksigen pasien 6. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu
1. Keadaan umum : lemah 2. Kesadaran:com posmentis 3. Klien tampak lemah 4. Mukosa bibir lembab, raut wajah pucat 5. GCS 4-5-6 6. Apgar Skor 5 7. Pola nafas tidak teratur 8. Inspeksi :		

terpasang O <sub>2</sub> Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	NOC	NIC
9. nasal kanul 4 liter/menit, terpasang infus D <sub>10</sub> 150cc/24 jam, terpasang OGT		7. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilator
10. Palpasi akral hangat		8. Lakukan fisioterapi dada
11. Perkusi: adanya pernafasan cuping hidung		9. Keluarkan sekret dengan baik atau suction
12. Auskultasi adanya suara ronchi		10. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
13. Sumbatan sekresi (bersihan jalan nafas tidak efektif)		11. Lakukan suction
14. TTV : S : 35,3° C N : 129 x/menit RR: 54 x/menit SPO2: 93 %		12. Lakukan respiratory dan status O <sub>2</sub>
		13. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan.

#### 4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Klien Asuhan Keperawatan Asfiksia Neonatorum di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan 2018

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Hari/Tanggal	Waktu	Hari/Tanggal	Waktu	Hari/Tanggal
		Sabtu, 31 maret 2018		Minggu, 1 april 2018		Senin, 2 april 2018
<b>Klien 1</b>						
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	15.00	Melakukan bina hubungan saling percaya kepada keluarga klien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik	09.00	Mengeluarkan secret dengan cara suction	14.00	Monitor status oksigen pasien
			10.00	Memonitor Vital Sign S : 36° C N : 126 x/ menit RR : 48x/ menit SPO2 : 96 %	14.30	Memonitor Vital Sign S : 36, 3° C N : 118 x/ menit R : 45 x/ menit SPO2 : 99 %

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Hari/Tanggal	Waktu	Hari/Tanggal	Waktu	Hari/Tanggal
	16.00	Monitor adanya suara nafas tambahan	11.00	Memberikan infus D10 150cc/24 jam, sukralfat 0,5cc peronde	15.30	Memonitor suara nafas, adanya suara cuping hidung
	17.00	Memberikan O2 dengan menggunakan nasal kanul untuk memfasilitasi suction nasotrakeal	11.45	Memonitor suara nafas dan bersihan jalan nafas	16.00	Mengeluarkan secret dengan bantuan suction
	18.00	Memonitor Vital Sign S : 35,6° C N:133x/menit RR:58 x/menit SPO2 : 93%			17.00	Mengatur intake cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan
	18.30	Memberikan infus D <sub>10</sub> 150cc/24 jam, sukralfat 0,5cc peronde			17.30	Monitor adanya suara nafas tambahan
<b>Klien 2</b>						
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	15.30	Melakukan bina hubungan saling percaya kepada keluarga klien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik	09.30	Mengeluarkan secret dengan cara suction	14.15	Monitor status oksigen pasien
			10.30	Memonitor Vital Sign S : 35, 8° C N:125x/menit RR:50x/menit SPO2 : 95 %	15.00	Memonitor Vital Sign S : 36, 1° C N : 120 x/ menit RR : 48 x/ menit SPO2 : 97 %
	16.30	Monitor adanya suara nafas tambahan	11.30	Memberikan infus D10 150cc/24 jam, sukralfat 0,5cc peronde	16.00	Memonitor suara nafas, adanya suara cuping hidung
	17.00	Memberikan O2 dengan menggunakan nasal kanul untuk memfasilitasi suction	12.40	Memonitor suara nafas dan bersihan jalan nafas	16.30	Mengeluarkan secret dengan bantuan suction
					17.30	Mengatur intake cairan untuk

Klien 2				
	nasotrakeal			mengoptimalkan keseimbangan
18.00	Memonitor Vital Sign S : 35,3° C N : 129 x/ menit RR : 54 x/ menit SPO2:93 %	13.00	Membuka jalan nafas dengan cara chin lift atau jaw trust	18.30 Monitor adanya suara nafas tambahan
19.00	Memberikan infus D10 150cc/24 jam, sukralfat 0,5cc peronde			19.00 mengidentifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan.

#### 4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan Klien Asuhan Keperawatan Asfiksia Neonatorum di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan 2018

Diagnosa keperawatan	31 Maret 2018	1 April 2018	2 April 2018
<b>Klien 1</b>			
Asfiksia Neonatorum berhubungan dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas	<p>S : Keluarga klien mengatakan klien sesak</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keadaan umum : lemah</li> <li>Kesadaran composmentis</li> <li>Raut wajah pucat</li> <li>Akral hangat</li> <li>GCS 4-5-6</li> <li>Apgar Skor 5</li> <li>S :35,6° C N:133x/ menit RR:58x/menit SPO2 :93 %</li> <li>Adanya sekret</li> <li>Terpasang O2 nasal kanul</li> <li>Pola nafas tidak teratur</li> <li>Terpasang OGT</li> </ol>	<p>S : Keluarga klien mengatakan masih sesak</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keadaan umum : lemah</li> <li>Kesadaran : composmentis</li> <li>Raut wajah pucat</li> <li>Akral hangat</li> <li>Terpasang O2 nasal kanul</li> <li>GCS 4-5-6</li> <li>S :36° C N :126x/ menit RR :48x/ menit SPO2 :96 %</li> <li>Terpasang OGT</li> <li>Adanya pernafasan cuping hidung</li> <li>Adanya</li> </ol>	<p>S : Keluarga klien mengatakan klien masih sesak</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keadaan umum : lemah</li> <li>Kesadaran : composmentis</li> <li>Raut wajah pucat</li> <li>Akral hangat</li> <li>Terpasang O2 nasal kanul</li> <li>GCS 4-5-6</li> <li>S :36,3° C N :118 x/menit RR :45 x/ menit SPO2 :99 %</li> <li>Terpasang OGT</li> <li>Adanya pernafasan</li> </ol>
Diagnosa			2 April 2018

keperawatan	31 Maret 2018	1 April 2018	
	1. Adanya pernafasan cuping hidung A : Masalah belum teratasi P :Intervensi di lanjutkan	11.penumpukan sekret A. Masalah belum teratasi P. Intervensi di lanjutkan	10.cuping hidung 11.Adanyan penumpukan sekret A. Masalah belum teratasi P. Intervensi di lanjutkan
<b>Klien 2</b>			
Asfiksia Neonatorum berhubungan dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas	S : Keluarga klien mengatakan klien sesak O : 1. Keadaan umum : lemah 2. Kesadaran composmentis 3. Raut wajah pucat 4. Akral hangat 5. GCS 4-5-6 6. Apgar Skor 5 7. S :35,3 <sup>o</sup> C N:129x/ menit RR:54x/ menit SPO2:93 % 8. Adanya sekret 9. Terpasang O <sub>2</sub> nasal kanul 10.Pola nafas tidak teratur 11.Terpasang OGT 12. Adanya pernafasan cuping hidung A : Masalah belum teratasi P :Intervensi di lanjutkan	S : Keluarga klien mengatakan klien sesak O : 1. Keadaan umum : lemah 2. Kesadaran composmentis 3. Raut wajah pucat 4. Akral hangat 5. GCS 4-5-6 6. S :35,8 <sup>o</sup> C N:125x/ menit RR:50x/ menit SPO2 :95 % 7. Adanya sekret 8. Terpasang O <sub>2</sub> nasal kanul 9. Pola nafas tidak teratur 10.Terpasang OGT 11. Adanya pernafasan cuping hidung A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan	S : Keluarga klien mengatakan klien sesak O : 1. Keadaan umum : lemah 2. Kesadaran composmentis 3. Raut wajah pucat 4. Akral hangat 5. GCS 4-5-6 6. S :36,1 <sup>o</sup> C N:120x/menit RR:48x/ menit SPO2 :97 % 7. Adanya sekret 8. Terpasang O <sub>2</sub> nasal kanul 9. Pola nafas tidak teratur 10.Terpasang OGT 11. Adanya pernafasan cuping hidung A :Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan

## 4.2 Pembahasan

Pada bab ini penulis akan membahas tentang analisa studi kasus asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Asfiksia Neonatorum dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang perinatologi RSUD Bangil Pasuruan. Penulis akan membahas mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan.

Asfiksia Neonatorum merupakan suatu keadaan bayi baru lahir dimana bayi tidak dapat bernafas dengan spontan 1 menit setelah lahir sehingga hal ini dapat menurunkan pemenuhan O<sub>2</sub> dan memungkinkan terjadinya peningkatan tekanan CO<sub>2</sub> (Prawiroharjo, 2011)

### 4.2.1 Pengkajian

#### 1. Data Subyektif

Data subyektif pada tinjauan kasus klien Asfiksia Neonatorum dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas didapatkan 2 klien terdapat keluhan utama yaitu sesak.

Manifestasi klinik menurut Nursalam(2008), tanda dan gejala terjadinya Asfiksia Neonatorum antara lain : Pernafasan megap-megap dan dalam, pernapasan tidak teratur, tangisan lambat atau merintih, warna kulit pucat atau biru, tonus otot lemas atau ekstremitas lemah, nadi cepat, denyut jantung lambat



(bradikardi kurang dari 100 kali per menit), Menurunnya  $O_2$ , Meningginya  $CO_2$ , Penurunan pH.

Menurut peneliti, dari hasil evaluasi terhadap keluhan pada Klien 1 ditemukan keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, klien tampak lemah, tangisan merintih, akral hangat, GCS 4-5-6, Apgar Skor 5, pola nafas tidak teratur, pernafasan cuping hidung, terdapat otot bantu nafas, S :  $35,6^{\circ}C$ , RR :58 x/menit , N :129 x/menit, sehingga perawat memberikan tindakan suction untuk mengeluarkan secret, memberikan  $O_2$  nasal kanul 4 lpm, memonitor status oksigen klien, memonitor adanya suara tambahan. Sedangkan pada Klien 2 ditemukan keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, klien tampak lemah, tangisan merintih, akral hangat, GCS 4-5-6, Apgar Skor 5, pola nafas tidak teratur, pernafasan cuping hidung, terdapat suara ronchi, terdapat otot bantu nafas, S :  $35,3^{\circ}C$ , RR : 54 x/menit , N: 129 x/menit, perawat memberikan tindakan suction, memberikan  $O_2$  nasal kanul, monitor status oksigen klien.

## 2. Data Obyektif

Data Objektif pada observasi tanda-tanda vital didapatkan perbedaan antara klien 1 dan klien 2. Pada klien 1 didapatkan keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS : 4-5-6, raut wajah pucat, akral hangat, S :  $35,6^{\circ}C$ , RR :58 x/menit , N :129 x/menit, klien sesak, pernafasan cuping hidung, adanya secret, terpasang OGT, pola nafas tidak teratur, terpasang

O<sub>2</sub>nasal kanul, sedangkan klien 2 didapatkan keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS : 4-5-6, raut wajah pucat, akral hangat, S : C35,3<sup>0</sup>C, RR :54 x/menit , N : 129 x/menit, adanya secret, adanya bunyi ronchi terpasang OGT, pola nafas tidak teratur, terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul terdapat suara ronchi.

Menurut A.Aziz alimun hidayat (2013) pemeriksaan fisik pada klien asfiksia neonatorum pemeriksaan sistem pernafasan akan mengalami perubahan apabila terjadi perubahan akut terhadap kondisi klien tidak stabil. Gangguan pertukaran gas juga dapat terjadi, hal ini disebabkan oleh karena penyempitan pada arteri pulmonal, peningkatan tekanan pembuluh darah pada paru.

Menurut peneliti berdasarkan data yang diketahui terdapat kesenjangan antara hasil pengkajian secara langsung dengan teori, peneliti mendapatkan fakta bahwa tidak semua gejala asfiksia neonatorum yang ada dalam teori ditemukan secara langsung pada klien dengan asfiksia neonatorum di lapangan.

#### 4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan 2 dari hasil pengkajian, hasil pemeriksaan fisik, hasil dari pemeriksaan diagnostik yang didapatkan menunjukkan masalah yang

dialami kedua klien adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan adanya penumpukan secret.

Menurut peneliti ketidakefektifan bersihan jalan nafas disebabkan oleh penumpukan sekret di jalan nafas dan peningkatan frekuensi pernapasan. Kekurangan  $O_2$  mengakibatkan klien mengalami pernafasan cuping hidung dan irama, frekuensi dan kedalaman nafas yang abnormal. Diagnosa yang diambil untuk klien 1 dan 2 didasarkan pada tanda gejala yang dialami oleh kedua klien.

#### 4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan pada klien 1 dan klien 2 adalah NOC yaitu Respiratory Monitoring, pada pemberian terapi klien 1 diberikan infus  $D_{10}$  160cc/24 jam, suctin, injeksi viccilin 2 x 100 mg (IV), injeksi gentamicilin 1 x 10 mg (IV), ASI atau PASI 8 x 5cc. Sedangkan terapi pada klien 2 infus  $D_{10}$  160cc/24 jam, injeksi gentamicilin 1x10 mg, injeksi viccilin 2x100mg, suction, ASI/PASI 8x5cc.

Intervensi yang dilakukan oleh peneliti untuk klien 1 dan klien 2 adalah sesuai dengan apa yang ada pada Nanda NOC NIC yaitu RespiratoryMonitoring : kecepatan, irama, kedalaman dan upayabernafas. Monitoring pergerakan, kesimetrisan dada, retraksi dada dan alat bantu pernafasan. Auskultasi suara nafas, monitoring adanya penumpukan secret, catat area dimana terjadi penumpukan secret dan bunyi nafas.

#### 4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien 1 dan klien 2 sudah sesuai dengan apa yang ada pada intervensi, pemberian terapi obat pada klien 1 dan klien 2 sama diberikan infus D<sub>10</sub> 160<sub>CC</sub>/24 jam, suctin, injeksi viccilin 2 x 100 mg (IV), injeksi gentamicilin 1 x 10 mg (IV), ASI atau PASI 8 x 5cc.

Implementasi merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah tindakan serta menilai data yang baru (Rohmah, 2012)

#### 4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada klien 1 dan klien 2 dilakukan selama 3 hari pada hari pertama klien 1 masih tampak sesak nafas, pada hari kedua klien tampak masih sesak, pada hari ketiga tidak ada perubahan dalam evaluasi klien masih tetap sesak namun, frekuensi pernafasan sudah mendekati membaik karena adanya penumpukan secret sedikit berkurang.

Pada klien 2 hari pertama klien tampak sesak, hari kedua klien masih sesak, hari ketiga klien masih sesak Menurut peneliti terjadinya perbedaan evaluasi antara klien 1 dan klien 2 dikarenakan kondisi tubuh klien itu sendiri. Evaluasi keperawatan mengalami perubahan dikarenakan

intervensi yang diberikan sesuai dengan kondisi klien, untuk klien 1 terjadi kenaikan berat badan selama 3 hari observasi sebesar 100 gram sehingga berat badan klien dalam hari ke 3 menjadi 2000 gram, klien 1 lebih cepat mencapai evaluasi dalam rentang maksimal karena dari keadaan umum klien sudah cukup baik dilihat dari perubahan tanda gejala yang ada. Pada klien 2 selama observasi 3 hari tidak terjadi perubahan berat badan yaitu tetap 1800 gram, terjadi perlambatan perubahan kondisi pada klien 2 karena kondisi tubuh klien itu sendiri.

Evaluasi merupakan penelitian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang telah diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah, 2012).

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan apa yang penulis dapatkan dalam laporan studi kasus pembahasan pada asuhan keperawatan pada klien asfiksia neonatorum dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada An.U dan An.U di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis mengambil kesimpulan :

##### **5.1.1 Pengkajian**

###### **1. Klien 1 dan Klien 2**

Keluarga Klien mengatakan pada hari sabtu pagi tanggal 31 maret 2018 ibu bayi mengeluarkan lendir pada usia kehamilan 32 minggu, kemudian dibawa ke Bidan setempat untuk melakukan pemeriksaan setelah dilakukan pemeriksaan ternyata ibu sudah pembukaan 2 dan salah satu letak bayi sungsang kemudian oleh Bidan dirujuk ke RSUD Bangil untuk mendapatkan pertolongan segera dan melakukan Sectiocesaria (SC), setelah kesepakatan bersama akhirnya keluarga setuju untuk dirujuk ke RSUD Bangil, setelah sampai pasien dibawa menuju maternal IGD dan dirawat inap di kamar bersalin

##### **5.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Dari pengkajian dua klien tersebut, maka penulis mengambil diagnosa keperawatan Asfiksia Neonatorum berhubungan dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Penulis memprioritaskan diagnosa Asfiksia Neonatorum berhubungan dengan ketidakefektifan

bersihan jalan nafas pada urutan pertama karena apabila masalah pada jalan nafas tidak diatasi terlebih dahulu hal ini dapat berdampak fatal.

### 5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan oleh peneliti untuk klien 1 dan klien 2 sudah sesuai dengan apa yang ada di Nanda NOC NIC yaitu Respiratory Monitoring : kecepatan, irama, kedalaman dan upaya bernafas. Monitoring pergerakan, kesimetrisan dada, retraksi dada dan alat bantu nafas. Auskultasi suara nafas, monitoring adanya penumpukan secret, catat area dimana terjadi penumpukan secret dan bunyi nafas. Dalam tahap ini penulis tidak mendapatkan adanya kesenjangan antara teori dan fakta hal ini dapat terjadi karena intervensi direncanakan berdasarkan kondisi dan masalah pada klien, sehingga masalah tersebut dapat mengatasi masalah yang dialami oleh klien.

### 5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 yaitu perwujudan dari intervensi yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, kolaborasi dan tindakan rujukan atau ketergantungan. Implementasi tindakan keperawatan dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan pada situasi nyata seringkali

implementasi jauh berbeda dengan rencana oleh karena itu sebelum melaksanakan tindakan yang telah direncanakan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan sesuai dengan kebutuhan klien dengan kondisi saat ini. Implementasi yang dilakukan oleh peneliti selama 3 hari rawat dengan kriteria hasil secara umum kondisi kesehatan klien cukup membaik.

#### 5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 didapatkan pada hari pertama, kedua, ketiga klien masih sesak dikarenakan adanya penumpukan sekret dengan demikian intervensi dan implementasi yang telah diberikan selama tiga hari didapatkan evaluasi dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas masih dalam tahap belum teratasi.

#### 5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis menyampaikan saran antara lain :

##### 1. Bagi Perawat di Ruang Neonatus

Diharapkan perawat dapat lebih tanggap dengan kondisi klien sehingga dapat memberikan mutu pelayanan kepada klien lebih optimal.

##### 2. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan bagi penulis selanjutnya dapat digunakan sebagai wacana dan pengetahuan tentang perkembangan ilmu keperawatan, terutama pada klien Asfiksia Neonatorum dengan



masalah keperawatan gangguan pertukaran gas sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan klien secara maksimal.

## DAFTAR PUSTAKA

- Drew, David. 2009. Asuhan Resusitasi Bayi Baru Lahir Seri Praktek Kebidanan. Jakarta : EGC.
- Kristiyanasari, weni. 2013. Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Ma'rifah & Novelia. 2011. Hubungan Antara Berat Badan Lahir Bayi dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Sehat PPNI Mojokerto : Medika.
- Muslihatun. 2010. Asuhan Neonatus Byi dan Balita. Yogyakarta : Fitramaya.
- Nurarif & kusuma. 2015. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa & NANDA NIC-NOC. Yogyakarta : Mediaction.
- Nursalam. 2011. Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika. Edisi 2.
- Nursalam. 2014. Metodologi Penelitiin Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis. Jakarta Selatan : Salemba Medika. Edisi 3.
- Prawirohardjo. 2002. Ilmu Kebidanan. Jakarta : yayasan Buku Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Romauli. 2011. Buku Ajar Askeb I Konsep Dasar Asuhan Kehamilan. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Saifudin. 2000. Buku Asuan Nasional Pelayanan Maternal dan Neonatal. Jakarta : yayasan Buku Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Suryono. 2013. Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam bidang Kesehatan. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Wahyuni. 2012. Asuhan Neonatus Bayi dan Balita Penuntun Belajar Praktek Klinik. Jakarta : EGC.
- Wikjosastro. 2009. Ilmu Kebidanan. Jakarta : yayasan Buku Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wulandari, P. 2015. Asuhan Bayi Baru Lahir. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kusuma Husada. Surakarta.

## Lampiran 2

## PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama : Yayik Dwi Cahyanti  
NIM : 151210033  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Asfiksia Neonatorum dengan Masalah Ketidakefektifan Bersih Jalan Nafas di Ruang Perinatologi Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berperan serta dalam pembuatan laporan kasus sebagai partisipan dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data atau informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri.

Demikian surat permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan.

Pasuruan, April 2018  
Peneliti

(Yayik Dwi Cahyanti)

## Lampiran 3

## PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny.U

Umur : 40 Tahun

Alamat : Pasuruan

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai partisipan dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghenikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada paksaan dari siapapun, saya menyatakan :

Bersedia

Menjadi responden dalam penelitian

Pasuruan, April 2018

Peneliti

partisipan

(Yayik Dwi Cahyanti)

(.....)

## Lampiran 3

## PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny.U

Umur : 40 Tahun

Alamat : Pasuruan

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai partisipan dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghenikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada paksaan dari siapapun, saya menyatakan :

Bersedia

Menjadi responden dalam penelitian

Pasuruan, April 2018

Peneliti

Partisipan

(Yayik Dwi Cahyanti)

(.....)

## Lampiran 4

### FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

DIRUANG : .....

Tanggal masuk : ..... Ruangan/kelas : .....  
 DMK : ..... No. Kamar : .....  
 No. Rekam Medik : .. Diagnosa masuk : .....

#### A. Biodata

##### 1. Identitas Klien

1. Nama/Namapanggilan :
2. Tempat tanggal lahir / Usia :
3. Jenis Kelamin :
4. Agama :
5. Pendidikan :
6. Alamat :
7. Rencana terapi :

##### 2. Identitas Orang Tua

###### 1. Ayah

1. Nama :
2. Usia :
3. Pendidikan :
4. Pekerjaan / Sumber penghasilan :
5. Agama :
6. Alamat :

###### 2. Ibu

1. Nama :
2. Usia :
3. Pendidikan :
4. Pekerjaan / Sumber penghasilan :
5. Agama :
6. Alamat :

##### 3. Identitas Saudara Kandung

N	N A M A	USIA	HUBUNGAN	KETERANGAN

## II. Keluhan Utama / Alasan Masuk RS.

.....

.....

## III. Riwayat Sekarang

### A. Riwayat Kesehatan sekarang

.....

.....

### B. Riwayat Kesehatan lalu( Khusus untuk anak usia 0 – 5 tahun )

#### 1). Pre Natal Care

1. Pemeriksaan kehamilan .....kali
2. Keluhanselam hamil : perdarahan .....,PHS....., infeksi...,ngidam....., muntah-muntah....., demam....., perawatan selam hamil
3. Riwayat : terkena sinar.....,terapi obat.....
4. Kenaikan berat badan selama hamil.....Kg
5. Imunisasi TT.....kali
6. Golongan darah ibu.....,Golongan darah Ayah.....

#### 2). Natal

1. Tempat melahirkan : RS.....,klinik.....,rumah.....
2. Lama dan jenis persalinan : spontan....., Forsep.....,Operasi.....,lain-lain.....
3. Penolong persalinan : Dokter.....,Bidan.....,Dukun.....
4. Cara untuk memudahkan persalinan : drip.....,obat perangsang....
5. Komplikasi waktu lahir :robek perineum.....,Infeksi nifas.....
6. Post Natal
7. Kondisibayi : BB lahir.....gram, PB.....cm
8. Apakah anak mengalami:penyakit kuning.....,kebiruan.....,kemerahan.....,problem menyusui....BB tidak stabil.....

## 1). Penyakit dahulu (Untuk semua umur)

1. Penyakit \_\_\_\_\_ yang \_\_\_\_\_ pernah dialami  
: batuk....., demam....., diare....., kejang....., lain-lain.....
2. Kecelakaan \_\_\_\_\_ yang \_\_\_\_\_ dialami  
: jatuh....., tenggelam....., lalulintas....., keracunan.....
3. Pernah : dioperasi ....., dirawat di rumah sakit.....
4. Alergi : makanan....., obat-obatan..... zat/substansi kimia....., tekstil.....
5. Konsumsi obat-obatan bebas .....
6. Perkembangan anak disbanding saudara-saudaranya :  
lambat....., sama....., cepat.....

## 2). Riwayat Kesehatan keluarga

1. Penyakit anggota keluarga \_\_\_\_\_ :  
Alergi....., asma....., TBC....., hipertensi...., Penyakit jantung....., stroke..., anemia....,  
hemofilia....., arthritis....., DM...., kanker..... jiwa....
2. Genogram

**IV. Riwayat imunisasi**

No	Jenis Imunisasi	Waktu pemberian	Reaksi setelah pemberian
1.	BCG		
2.	DPT		
3.	Polio		
4.	Campak		
5.	Hepatitis		
	Lain – lain		

**V. Riwayat Tumbuh Kembang.**

## A. Pertumbuhan Fisik

1. Berat Badan : BB lahir :    Kg masuk RS :    kg.
2. Tinggi Badan : PB :    cm, PB masuk RS :    Cm
3. Waktu tumbuh gigi :



## B. Perkembangan Tiap Tahap

Usia anak saat ini : (    bulan )

1. Berguling :
2. Duduk :
3. Merangkak :
4. Berdiri :
5. Berjalan :
6. Senyum kepada orang lain :
7. Bicara pertama kali :
8. Berpakaian tanpa bantuan :

## VI. Riwayat Nutrisi

### A. Pemberian ASI

1. Pertama kali disusui.....
2. Cara pemberian : setiap kali menangis....., terjadwal.....
3. Lama pemberian..... tahun

### B. Pemberian Susu Tambahan

1. Alasan pemberian :
2. Jumlah pemberian :
3. Cara pemberian : dengan dot ....., sendok.....

### C. Pemberian Makanan Tambahan

1. Pertama kali diberikan usia....., bulan.....
2. Jenis : bubur susu....., pisang....., lain-lain....

### D. Pola perubahan Nutrisi tiap tahapan usia sampai nutrisi saat ini

Usia	Jenis nutrisi	Lama pemberian
1. 0 – 3 bulan		
2. 4-12 bulan		
3. Saat ini		

## VII. Riwayat Psikososial

1. Apakah anak tinggal di : apartemen ..... ,rumah sendiri.....,kontrak.....
2. Lingkungan berada di :kota.....,setengah kota.....,desa.....
3. Apakah rumah dekat :sekolah.....,ada tempat bermain.....,punya kamar tidur sendiri.....
4. Apakah ada tangga yang bisa berbahaya :.....,apakah anak punya ruang bermain.....
5. Hubungan antar anggota keluarga :harmonis.....,berjauhan.....
6. Pengasuh anak : orang tua.....,baby sitter.....,pembantu.....,nenek/kakek.....

### VIII. Riwayat Spritual

1. Support sistem dalam keluarga
2. Kegiatan keagamaan :

### IX. Reaksi Hospitalisasi

#### 1). Pemahaman keluarga tentang sakit dan rawat inap

1. Mengapa ibu membawa anaknyake RS :
2. Apakah dokter menceritakan tentang kondisi anak : ya.....,tidak.....
3. Bagaimana perasaan orang tua saat ini :  
cemas.....,takut...,khawatir.....,biasa.....
4. Apakah orang tua akan selalu berkunjung: ya.....,kadang-kadang.....,tidak.....
5. Siapa yang akan tinggal dengan anak : ayah.....,ibu.....,kakak.....,lain-lain.....

#### 2). Pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap

1. Mengapa keluarga/orang tua membawa kamu ke rumah sakit?
2. Menurutmu apa penyebab kamu sakit
3. Apakah dokter menceritakan keadaanmu :ya.....,tidak.....
4. Bagaimana rasanya dirawat di RS : bosan.....,takut.....,senang.....lain-lain.....

### X. Aktivitas sehari-hari

#### A. Nutrisi :

Kondisi	Sebelum sakit	saat sakit
1. S Seleramakan		
2. M Menu makan		
3. Fr Frekuensi makan		
4. M Makanan yang		

disukai 5. Makanan pantangan 6. P Pembatasan polami akan 7. Cara makan 8. Riwayat makan		
---	--	--

**B. Cairan :**

Kondisi	Sebelum sakit	saat sakit
1. Jenis minuman 2. Frekuensi minum 3. Kebutuhan cairan 4. Cara pemenuhan		

**C. Eliminasi (bak/bab) :**

Kondisi	Sebelum sakit	saat sakit
1. 1. Tempat pembuangan Fekkuensi (waktu) Konsistensi 4. Kesulitan Obat pencahar		

**D. Istirahat tidur :**

Kondisi	Sebelum sakit	saat sakit
n tidur a..siang malam 1. Pola tidur 2. Kebiasaan sebelum tidur 3. Kesulitan tidur		

**E. Olahraga :**

Kondisi	Sebelum sakit	saat sakit
1. Program olah raga 2. Jenis dan frekuensi 3. Kondisi setelah olahraga		

#### F. Personal Hygiene :

Kondisi	Sebelum sakit	saat sakit
1. Cara mandi frekuensi 2. Saat mandi 3. Cucirambut a. Frekuensi 4. Cara Gunting kuku a. Frekuensi 5. Cara Gosok gigi frekuensi		

#### G. Aktivitas/mobilitas fisik

Kondisi	Sebelum sakit	saat sakit
1. Kegiatan sehari-hari 2. Pengaturan jadwal harian 3. Penggunaan alat Bantu aktivitas 4. Kesulitan pergerakan tubuh		

#### H. Rekreasi

Kondisi	Sebelum sakit	saat sakit
1. P1. Perasaan saat sekolah 2. Waktu luang 2 Perasaan setelah rekreasi/bermain 3. Waktu senggang keluarga 5. Kegiatan hari libur		

## XI. Pemeriksaan Fisik

### 1. Keadaan Umum Klien :

Baik.....,lemah.....,sakitberat.....

### 2. Tanda – tanda vital

1. Suhu :
2. Nadi :
3. Respirasi :
4. Tekanan Darah :

### 3. Antropometri

1. Panjang badan :
2. Berat Badan :
3. Lingkar lengan atas :
4. Lingkar kepala :
5. Lingkar dada :
6. Lingkar perut :
7. Skin fold :

### 4. Sistem Pernafasan

1. Hidung: Kesimetrisan....., Pernapasan cuping hidung  
....., secret....., polip....., epistaksis .....
2. Leher : Pembesaran kelenjar..... tumor.....
3. D a d a : Bentuk dada : Normal....., barrel....., pingion  
chest..... Perbandingan ukuran anterior-posterior dengan transversal :  
..... Gerakan dada: Simetris....., terdapat retraksi....., otot bantu  
pernapasan..... Suar nafas : Vocal  
premitus....., ronchi....., wheezing....., stridor....., rales..... Apakah ada  
clubbing finger

### 5. Sistem kardiovaskuler

1. Conjunctiva : anemia/tidak, bibir pucat/cyanosis....., arteri carotis  
: kuat/lemah, tekanan vena jugularis: meninggi/tidak
2. Ukuran Jantung : Normal....., membesar....., ictus cordis/apex
3. Suara jantung : S1....., S2....., Bising aorta....., murmur....., gallop.....
4. Capillary refilling time : ..... detik

## 6. Sistem Pencernaan

1. Sklera : ikterus/tidak, bibir : lembab....., kering, pecah-pecah..., labioskizis.....
2. Mulut : Stomatitis....., palatoskizis....., jumlah gigi....., Kemampuan menelan : baik...../sulit.....
3. Gaster : kembung....., nyeri....., gerakan peristaltic.....
4. Abdomen : hati : teraba....., lien....., ginjal....., Faeses.....
5. Anus : Lecet....., hemorroid.....

## 7. System indra

### 1. Mata :

1. Kelopak mata..... bulu mata....., alis.....
2. Visus (gunakan snellen chart).....
3. Lapang pandang.....

### 2. Hidung :

1. Penciuman ..... Perihidung....., trauma....., mimisan
2. Sekret yang menghalangipenciuman.....

### 3. Telinga :

1. Keadaantelinga....., kanalaudiotoris : bersih....., serumen.....
2. Fungsipendengaran.....

## 8. Sistem syaraf

### 1) Fungsi cerebral :

1. status mental : orientasi....., daya ingat....., perhatian dan perhitungan....., bahasa.....
2. Kesadaran :(eyes....., motorik....., verbal.....) dengan GCS : .....
3. Bicara ekspresif....., respektif

### 2). Fungsi cranial :

1. Nervus I :
2. Nervus II : Visus ..... , lapang pandang.....

3. Nervus III, IV,VI : gerak bola mata .....pupil isokor.....,anisokor.....
  4. Nervus V : Sensorik.....,motorik.....
  5. Nervus VII : sensorik.....,otonom.....motorik.....
  6. Nervus VIII : pendengar.....,keseimbangan.....
  7. Nervus IX : .....
  8. Nervus X :Gerakan ovula.....,rangsang muntah/menelan.....
  9. Nervus XI : Sternocleidomastoideus.....,trapesius.....
  10. Nervus XII :gerakan lidah.....Fungsi Motorik : massa otot .....tonus otot.....,kekuatan otot :.....
  11. Fungsi sensorik :suhu.....,nyeri.....getaran.....,posisi.....,diskriminasi.....
  12. Fungsi cerebellum : koordinasi....., keseimbangan.....
  13. Reflek :biceps.....,triseps.....,patella.....,babinski
  14. Iritasi miningen : kaku kuduk.....,lasaque sing.....,kernig sign.....,
  15. brudzki sign I...../II
8. SistemMuskulo Skeletal
1. Kepala:bentukkepala.....,gerakan.....
  2. Vertebraescoliosis.....,lordosis.....,kiposis.....,gerakan.....,ROM.....,fungsi igerak.....
  3. Pelvis : gaya jalan.....,gerakan.....,ROM.....,trendelberg test.....,ortalani /bariow
  4. Lutut : Bengkak.....,kaku.....,gerakan.....
  5. Kaki : bengkak.....,gerakan.....,kemampuan jalan.....,tanda tarikan.....
  6. Tangan : bengkak.....,gerakan.....,ROM.....
- 10 .SistemIntegumen
1. Rambut :warna.....,mudahdicabut.....
  2. Kulit : warna.....,temperature...kelembaban.....,bulu kulit...,erupsi.....,tahi lalat.....,ruam.....,tekstur.....
  3. Kuku :warna.....,permukaan kuku.....,mudah patah.....,kebersihan.....
11. SistemEndokrine :
1. Kelenjar thyroid :

2. Ekskresi urine berlebihan.....,polidipsi.....,poliphagi.....
3. Suhu tubuh yang tidak seimbang.....,keringat berlebihan.....
4. Riwayat bekas air seni dikelilingi semut.....

#### 12. Sistem perkemihan

1. Odema palpebra ..... , moon face..... odema anasarka.....
2. Keadaan kandung kemih
3. Nocturia....., dysuria....., kencing batu.....

#### 13. Sistem imun :

1. alergi (cuaca....., debu....., bulubintang....., zat kimia.....)
2. Penyakit yang berhubungan dengan perubahan cuaca : flu....., urtikaria....., lain-lain.....

#### 14 . Pemeriksaan tingkat perkembangan

##### A. 0-6 tahun

Dengan menggunakan DDST

1. Motorik kasar
2. Motorik halus
3. Bahasa
4. Personal sosial

##### B. 6 tahun keatas

1. Perkembangan kognitif
2. Perkembangan psikoseksual
3. Perkembangan psikososial

#### 15. Test diagnostic

....., .....

Perawat

(.....)



## I. Analisa Data

No	Data	Etiologi	masalah

## II. RENCANA KEPERAWATAN

Tgl.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional

## 4. TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN

N	Tgl. Jam	Tindakan	TT perawat	Tgl. Jam	Catatan Perkembangan	TT perawat
					S. O. A. P.	

Lampiran 5

74

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**  
**"INSAN CENDEKIA MEDIKA"**



Website : [www.stikesicme-jbg.ac.id](http://www.stikesicme-jbg.ac.id)

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : 111/KTI-S1KEP/K31/073127//2018  
 Lamp. : -  
 Perihal : Ijin Penelitian

Jombang, 5 Februari 2018

Kepada :

Yth. Direktur RSUD Bangil Pasuruan  
 di  
 Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Skripsi yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 - **Keperawatan** Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Ijin Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **YAYIK DWI CAHYANTI**  
 NIM : 15 121 0033  
 Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan Pada Klien Asfiksia Neonatorum Dengan Masalah Ketidakefektifan Bersih Jalan Nafas*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

H. Imam Fatoni, SKM., MM  
 NIK: 03.04.022

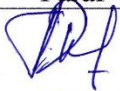






Tembusan

- Kepala Bakesbangpol Kab.Pasuruan
- Kepala Dinas Kesehatan Kab.Pasuruan
- Kepala Ruang Perinatologi RSUD Bangil

### LEMBAR KONSUL

Nama : Yayik Dwi Cahyanti  
 Nim : 151210033  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Bayi Asfiksia Neonatorum Dengan Masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas








Pembimbing 1

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
1.	2-12-17	masalah - judul 1	
2.	10-12-17	jenis masalah	
3.	15-12-17	judul acc	
A	28-12-17	Bab I revisi	
B	1-1-18	Bab I revisi	
6.	5-1-18	Bab I acc	
7.	10-1-18	Bab II acc	

### LEMBAR KONSUL

Nama : Yayik Dwi Cahyanti  
 Nim : 151210033  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Bayi Asfiksia Neonatorum Dengan Masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas








#### Pembimbing 1

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
1.	2-2-18	masalah → judul	
2.	10-2-18	Raji masalah sesuai di panduan.	
3.	15-2-18	judul <del>acc</del> BAB III acc	
4.	28-2-18	Bab IV Revisi.	
5.	1-3-18	Bab IV → Revisi	
6.	5-3-18	Bab IV → acc	
7.	10-3-18	Bab V → Revisi acc <del>Campur Bab ke</del> <del>maju ujian</del>	

### LEMBAR KONSUL

Nama : Yayik Dwi Cahyanti  
 Nim : 151210033  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Bayi Asfiksia Neonatorum Dengan Masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas







Pembimbing 2

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
1.	15-12-17	Penulisan → Revisi. dikaji lagi	
2.	16-12-17	Bab I → Revisi	
3.	20-12-17	Bab I → acc	
4.	25-12-17	Bab II → Revisi	
5.	30-12-17	Bab II → acc	
6.	1-1-18	Bab III → Revisi	
7.	25-1-18	Bab III acc	

### LEMBAR KONSUL

Nama : Yayik Dwi Cahyanti  
 Nim : 151210033  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Bayi Asfiksia Neonatorum Dengan Masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Pembimbing 2

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
8.	9-2-18	maju ujian	
9.	10-2-18	Bab <u>iū</u> → Revisi	
10.	22-2-18	Bab <u>iū</u> → acc	
11.	25-2-18	Bab <u>ū</u> → Revisi	
12.	10-3-18	Bab <u>ū</u> → Revisi	
13.	25-3-18	Bab <u>ū</u> → acc	
14.	4.4-18	maju ujian.	