

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BY Ny L USIA *NEONATUS* (3 HARI)
DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN: *RESPIRATORY
DISTRESS SYNDROME* (RDS) DI RUANG PERINATOLOGI
RSUD dr SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Diploma III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Disusun oleh:

RIMARSHA GESTINA

KHGA22002



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

ABSTRAK

IV Bab, 85 Halaman, 11 Tabel, 1 bagan, 3 Lampiran

ASUHAN KEPERAWATAN PADA By.Ny.L USIA *NEONATUS* (3 HARI) DENGAN GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN : *RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME* DI RUANG PERINATOLOGI RSUD dr.SLAMET GARUT adalah judul karya tulis ilmiah ini. Karya Tulis Ilmiah ini di **latar belakang** oleh jumlah penderita *Respiratory Distress Syndrome* yang mencapai 8 kasus pada periode bulan Januari-Mei tahun 2025 dengan menempati peringkat keempat dari daftar enam penyakit tertinggi di ruang perinatology RSUD dr.Slamet Garut dengan presentase sebanyak 10,66%. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk memperoleh pengetahuan dan pengalaman secara nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan komprehensi meliputi aspek bio, psiko, social, spiritual pasien dengan *Respiratory Distress Syndrome* melalui pendekatan proses keperawatan secara langsung pemberian asuhan keperawatan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan teknik studi kasus, dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi kepustakaan dan partisipasi aktif. Adapun masalah keperawatan yang muncul pada By.Ny.L yaitu: Pola nafas tidak efektif b.d imaturitas neurologis, Ikterik Neonatus b.d usia kurang dari 7 hari, Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan, Risiko infeksi d.d peningkatan paparan organisme, dan Risiko gangguan perlekatan d.d perpisahan antara ibu dan bayi akibat hospitalisasi. Dalam kesimpulan 5 diagnosis yang muncul 2 masalah teratasi sebagian dan 3 masalah teratasi. Ada beberapa masalah yang secara teoritis kemungkinan ada, tetapi tidak ditemukan pada kasus ini karena pada saat pengkajian tidak ditemukan data subjektif dan data objektif yang muncul. Dalam melakukan asuhan keperawatan diperlukan kerja sama dengan pasien, keluarga, perawat dan tim kesehatan lain, sehingga sangat menunjang bagi tercapainya asuhan keperawatan secara optimal.

Kata Kunci : *Respiratory Distress Syndrome*

Daftar Pustaka : 23 buah (2016-2025)

ABSTRACT

IV chapter, 85 page, 11 table, 1 chart, 3 attachment

NURSING CARE FOR By.Ny.L NEONATUS AGE WITH RESPIRATORY SYSTEM DISORDERS: RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME IN PERINATOLOGI OF RSUD dr. SLAMET GARUT.L is the title of this

scientific paper This scientific writing is motivated by the number of Respiratory Distress Syndrome patients reaching 12 cases during the period from January to May 2025, ranking fourth among the top six diseases in the pediatric inpatient ward of RSUD dr. Slamet Garut, with a percentage of 10,66%. The purpose of writing this scientific paper is to gain knowledge and real experience about the implementation of comprehensive nursing care covering biological, psychological, social, and spiritual aspects of patients with Respiratory Distress Syndrome through a nursing process approach via direct nursing care delivery in the form of a Scientific Paper. The method used is a descriptive method with case study techniques, employing interviews, observations, physical examinations, literature studies, and active participation. The nursing problems that arise in By.Ny.L are: ineffective breathing pattern due to neurological immaturity, neonatal jaundice due to being less than 7 days old, nutritional deficit due to inability to swallow food, risk of infection due to increased exposure to organisms, and risk of attachment disorder due to separation between mother and baby due to hospitalization. In conclusion, out of 5 diagnoses that emerged, 2 problems were partially resolved and 3 problems were resolved. There are several problems that theoretically could exist, but were not found in this case because no subjective and objective data emerged during the assessment. In providing nursing care, cooperation with the patient, family, nurses, and other healthcare teams is necessary, thus greatly supporting the achievement of optimal nursing care.

Keywords : Respiratory Distress Syndrome

Reference : 23 pieces (2016-2025)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan judul “**Asuhan Keperawatan pada By.Ny.L Usia *Neonatus* (3 Hari) Dengan Gangguan Sistem Pernapasan: *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) Di Ruang Perinatologi Rumah Sakit dr. Slamet Garut**” tepat pada waktunya.

Karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Dalam penulisan karya tulis ini tidak terlepas atas bimbingan, dorongan dan bantuan dari berbagai pihak baik moral maupun material. Oleh karena itu penulis pada kesempatan ini mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan.
5. Ibu Sri Yekti Widadi, M.Kep. selaku Pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah mencurahkan banyak waktu untuk senantiasa memberikan arahan, saran dan motivasi kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak Elang M Atoilah, S.Sos.,M.Kes., selaku penguji I dalam karya tulis Ilmiah ini.
7. Bapak Hasbi Taobah Ramdani, S.Kep.Ners,M.Pd., selaku penguji II dalam karya tulis Ilmiah ini.

8. Seluruh dosen STIKes Karsa Husada Garut khususnya untuk Program Diploma III Keperawatan dan seluruh karyawan yang telah memberikan bantuan pada penulis dalam mengumpulkan sumber kepustakaan.
9. Kepala ruangan beserta Staf Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet yang telah memberikan kesempatan dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan.
10. Keluarga By.Ny.L atas kesediannya bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan.
11. Terkhusus penulis persembahkan kepada nenek tersayang Alm. Nenden Rosmiati yang selalu saya sebut mamah. Alhamdulillah kini penulis sudah berada di tahap ini, terimakasih telah merawat dan membesarkan penulis dari kecil sampai penulis umur tujuh belas tahun dengan kasih sayang dan perhatiannya. Meskipun berat selama tiga tahun terakhir tanpa kehadirannya, do'a dan kenangan akan tetap hidup dalam setiap langkah penulis. Semoga Allah SWT memberikan tempat terbaik di sisi-Nya untuk beliau, dan semoga setiap hal baik yang saya lakukan menjadi pahala yang terus mengalir untuknya.
12. Terima kasih dan Maaf Kepada Teman penulis dibangku perkuliahan yang telah kebersamai dalam tiga tahun ini Desti dan Tina yang banyak membantu penulis, mendengarkan beberapa cerita penulis, terimakasih telah mau menjadi teman penulis dan masih kebersamai saya dengan beberapa sifat yang penulis sadari, sampai akhir penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Kepada kedua orang tua penulis, Ibu dan Bapak saya yang telah membesarkan, senantiasa memberikan bantuan materil selama menempuh pendidikan. Semoga setiap do'a dan tetes keringat ibu dan bapak dibalas dengan kebahagiaan dunia dan akhirat oleh Allah SWT.
14. Dan terakhir untuk Rimarsha Gestina, ya diri penulis sendiri. Terimakasih sudah mau banyak belajar, mau sedikit menepikan ego dan memilih untuk bangkit dan menyelesaikan apa yang telah dimulai ini. Terimakasih masih bertahan dan telah mengendalikan diri dari berbagai tekanan di luar keadaan dan tidak pernah memutuskan untuk menyerah.

Segala upaya telah penulis lakukan untuk menyelesaikan karya tulis ini, karena keterbatasan, pengetahuan dan pengalaman penulis, karya tulis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun untuk perbaikan dimasa yang akan datang, sebelum dan sesudahnya penulis mengucapkan banyak terimakasih, semoga karya tulis ini bermanfaat bagi penulis khususnya, umumnya bagi semua pembaca karya tulis ini aamiin.

Garut, 13 Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK

KATA PENGANTAR.....v

DAFTAR ISI..... viii

DAFTAR TABELx

DAFTAR BAGAN..... xi

BAB I PENDAHULUAN.....1

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan.....4

C. Metode Telaahan6

D. Sistematika Penulisan.....7

BAB II TINJAUAN TEORI.....9

A. Konsep Dasar Penyakit9

1. Definisi9

2. Anatomi Fisiologi10

3. Etiologi13

4. Manifestasi klinis15

5. Klasifikasi16

6. Patofisiologi17

7. Pemeriksaan penunjang20

8. Komplikasi.....20

9. Penatalaksanaan22

10. Konsep dasar pertumbuhan dan perkembangan.....24

11. Dampak hospitalisasi26

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan27

1. Pengkajian.....27

2. Diagnosis keperawatan34

3. Intervensi36

4. Implementasi.....42

5. Evaluasi.....42

6. Dokumentasi43

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	44
A. Tinjauan Kasus	44
1. Pengkajian.....	44
2. Diagnosis keperawatan	57
3. Proses Keperawatan.....	60
4. Catatan perkembangan.....	65
B. Pembahasan	73
1. Pengkajian.....	73
2. Diagnosis keperawatan	74
3. Perencanaan	78
4. Implementasi.....	79
5. Evaluasi.....	80
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	82
A. Kesimpulan.....	82
B. Rekomendasi	84

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Daftar Penyakit	3
Tabel 2. 1 <i>Score Down</i>	16
Tabel 2. 2 Keterangan <i>Respiratory Distress Syndrome</i>	16
Tabel 2. 3 Analisa Data	30
Tabel 2. 4 Intervensi Keperawatan	37
Tabel 3. 1 Identitas Saudara Kandung	46
Tabel 3. 2 Pola Aktivitas Sehari-hari	50
Tabel 3. 3 Pemeriksaan Laboratorium	54
Tabel 3. 4 Terapi Medis	56
Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan	61
Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan	66

DAFTAR BAGAN

Table 2.1 Pathway	19
-------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kelahiran bayi saat usia kehamilan belum mencapai 37 minggu yang biasa disebut kelahiran *premature*. Bayi yang lahir prematur masih menjadi salah satu kondisi yang beresiko munculnya berbagai infeksi dan mudah terserang komplikasi. Salah satu komplikasi yang bisa menyerang pada bayi *premature* adalah penyakit gangguan pernapasan atau RDS (*Respiratory Distres Syndrome*), penyakit ini disebabkan oleh *imaturitas* fungsi organ pada bayi (Laksono, 2022).

Respiratory distress syndrome atau RDS merupakan keadaan dimana sistem respiratori atau pernapasan pada *neonatus* terdapat gangguan, yang disebabkan karena kurangnya surfaktan terutama pada bayi yang lahir kurang bulan, apabila surfaktan tidak adekuat membuat kolapsnya alveoli dan hipoksia. Dimana surfaktan ialah zat yang mampu menurunkan tegangan pada dinding aleveoli paru (Anggraeni, 2020).

WHO (World Health Organization) pada tahun 2022 pravelansi gangguan pernapasan pada neonatus mencapai 6% pada sejumlah bayi baru lahir di Asia Tenggara. kematian pada neonatus masih dalam angka 32 per 1.000 kelahiran neonatus hidup, hal tersebut dapat terjadi pada minggu pertama setelah kelahiran, paling tinggi disebabkan oleh gangguan pada sistem pernapasan yang mencapai 36,9%. Salah satu penyebab gangguan

pernapasan adalah *Respiratory Distress Syndrome* yang bisa mencapai hingga 14% (Rikesdas, 2018).

Angka mortalitas neonatus pada tahun 2017 sebanyak 72.000 kasus, dimana mortalitas tersebut paling banyak dikarenakan kelahiran BBLR (berat bayi lahir rendah) dan 19% disebabkan oleh kelahiran yang *premature*. Penyebab dari kejadian tersebut karena gangguan sistem pernapasan (35,9%) yang disertai dengan penurunan saturasi oksigen sebanyak 30% pada bayi dengan kelahiran *premature*. Di Indonesia, kasus gangguan pernapasan pada bayi baru lahir merupakan tantangan besar dalam pelayanan neonatal. Mayoritas kasus ditemukan pada bayi *premature* yang lahir melalui operasi *Caesar* dan dengan berat badan lahir rendah. Selain itu, sebagian besar pasien memerlukan terapi CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) dan antibiotik sebagai bagian dari penanganan awal.

Respiratory Distress Syndrome (RDS) ialah suatu kondisi klinis pada *neonatus* yang ditandai dengan keluhan frekuensi nafas lebih dari 60x/menit, pernapasan cuping hidung, retraksi dinding dada dan sianosis, dan kesulitan bernafas progresif akibat imaturitas paru dan kekurangan surfaktan. Keadaan ini menyebabkan kolap alveoli, hipoksemia dan asidosis *respiratorik* yang dapat mengancam jiwa jika tidak ditangani secara tepat (Legesse et al, 2023).

Berdasarkan data yang penulis peroleh dari bidang RSUD Dr. Slamet Garut, pasien yang mengalami *Respiratory Distress Syndrome* (RDS)

dibandingkan dengan kasus lainnya periode bulan Januari-Mei 2025 dapat dilihat pada tabel 1.1 dibawah ini.

Tabel 1.1 Daftar Penyakit Daftar Penyakit Jenis Penyakit 5 Besar di Ruang Perinatologi RSUD Dr.Slamet Garut Periode Bulan Januari-Mei 2025

NO	JENIS PENYAKIT	FREKUENSI	PRESENTASE
1	BBLR	31	41,33%
2	ASFIKSIA	15	20%
3	HIPERBILIRUBIN	10	13,33%
4	RDS	8	10,66%
5	PNEUMONIA	7	9,33%
6	HIPOKALEMIA	4	5,35%
	JUMLAH	75	100%

Sumber: Rekam Medik Ruangan Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut, Tahun 2025

Dari data diatas menunjukkan bahwa jumlah penderita *Respiratory Distress Syndrome (RDS)* dari catatan rekam medic RSU dr. Slamet Garut diruang Perinatologi pada rentang waktu bulan Januari 2025 sampai Mei 2025 menduduki urutan keempat yaitu sebanyak 8 dengan presentasi 10,66%.

Berdasarkan tabel 1.1 di atas menunjukkan bahwa penderita RDS cukup tinggi yaitu sebanyak 8 dengan presentasi 10,66%. Meskipun RDS bukan merupakan kasus pertama namun timbulnya RDS pada neonatus memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan bayi baru lahir, terutama yang lahir dengan *premature* yang dapat menyebabkan komplikasi kronis. Komplikasi kronis yang dapat terjadi pada pasien dengan RDS seperti gangguan perkembangan dan *Bronchopulmonary Dysplasia (BPD)*, karena kurangnya surfaktan dalam paru. Untuk itu diperlukan perawatan

keperawatan yang komprehensif dan menyeluruh untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

Perawat anak memegang peran krusial dalam asuhan keperawatan neonatus dengan fokus pada pemenuhan kebutuhan dasar anak, pencegahan penyakit, edukasi kesehatan kepada keluarga, serta kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Dalam merawat *neonatus*, perawat bertanggung jawab melakukan pengkajian komprehensif, memantau kondisi klinis, memberikan intervensi yang tepat, serta mendukung keluarga secara psikologis dan edukatif agar dapat berperan aktif dalam perawatan bayi. Peran ini sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup neonatus dan mencegah komplikasi yang dapat terjadi selama masa perawatan. Selain itu, perawat juga berfungsi sebagai advokat keluarga dan pengambil keputusan etik dalam proses perawatan (Rachmah, 2021)

Berdasarkan hal tersebut, maka penulis menerapkan untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien RDS dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul : **“Asuhan Keperawatan pada By.Ny.L Usia *Neonatus* (3 Hari) Dengan Gangguan Sistem Pernapasan: *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) Di Ruang Perinatologi Rumah Sakit dr. Slamet Garut”**.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

“Memberikan Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. L Usisa *Neonatus* (3 Hari) Di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut”

2. Tujuan Khusus

- a) Penulis mampu melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien dengan “Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. L Usia *Neonatus* (3 Hari) Dengan *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet”.
- b) Penulis mampu menegakan diagnosis keperawatan pada klien dengan “Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. L Usia *Neonatus* (3 Hari) Dengan *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet”.
- c) Penulis mampu menegakan perencanaan keperawatan pada klien dengan “Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. L Usia *Neonatus* (3 Hari) Dengan *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut”.
- d) Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan “Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. L Usia *Neonatus* (3 Hari) Dengan *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut”.
- e) Penulis mampu mengevaluasi tindakan keperawatan pada klien dengan “Asuhan Keperawatan Pada By. Ny. L Usia *Neonatus* (3 Hari) Dengan *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut”

- f) Penulis mampu mendokumentasikan “Asuhan Keperawatan Pada
By. Ny. L Usia *Neonatus* (3 Hari) Dengan *Respiratory Distress
Syndrome* (RDS) di Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut”.

C. Metode Telaahan

Metode yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ini adalah metode deduktif yang berbentuk studi kasus dengan menggunakan proses keperawatan. Adapun teknik yang digunakan adalah :

1. Wawancara

Yaitu kegiatan untuk mendapatkan keterangan langsung dengan tanya jawab kepada keluarga klien dengan perawat ruangan.

2. Observasi

Dengan menggunakan pengamatan langsung dan berperan serta selama perawatan yakni dengan mengamati keadaan umum, perkembangan penyakit pasien, penatalaksanaan dan pengobatan serta berperan aktif memberikan asuhan keperawatan.

3. Pemeriksaan Fisik

Teknik ini dilaksanakan dengan cara langsung melaksanakan pemeriksaan untuk memperoleh data objektif dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi.

4. Studi Dokumentasi

Penulis menggunakan catatan medis, catatan keperawatan atau catatan penunjang lainnya yang ada di ruangan dalam rangka menambah data. Penulis juga menggunakan referensi yang dapat menunjang dan

melengkapi tinjauan teori dan mendukung penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Studi Kepustakaan

Penulis mengumpulkan biodata dari berbagai literature baik dari buku, jurnal, ebook, surat kabar maupun data lain dari internet yang kemudian dijadikan satu untuk mendukung proses pembuatan karya tulis ini.

6. Partisipasi Aktif

Melakukan kerja sama dengan klien, keluarga, dan perawat ruangan memberikan asuhan keperawatan pada klien.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika yang penulis gunakan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, sebagai berikut :

1. **BAB I Pendahuluan** : Bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan umum, dan tujuan khusus, metode penulisan dan sistematika penulisan.
2. **BAB II Tinjauan Teori** : Bab ini membahas tentang konsep dan tinjauan teoritis tentang asuhan keperawatan meliputi pengertian, anatomi, fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan penunjang, komplikasi dan penatalaksanaan.
3. **BAB III Tinjauan Kasus dan Pembahasan** : Bab ini membahas tentang asuhan keperawatan pada By. Ny. L Usia *Neonatus* (3 Hari) dengan *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) di ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut meliputi : Pengkajian, analisa data, diagnosis

keperawatan, perencanaan, implementasi keperawatan, evaluasi dan catatan perkembangan serta dilanjutkan mengenai ulasan secara naratif dari setiap tahapan proses keperawatan yang dilakukan, dan membahas tentang kesenjangan antara teori, dengan keadaan yang terjadi di lapangan.

4. **BAB IV Kesimpulan dan Rekomendasi :** Bab ini membahas tentang kesimpulan selama melaksanakan asuhan keperawatan serta merekomendasikan kepada pihak pihak yang bersangkutan untuk menunjang karya tulis ilmiah ini

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

Respiratory Distress Syndrom (RDS) atau sindrom gagal napas adalah suatu kondisi dimana adanya disfungsi pernapasan pada bayi baru lahir. RDS adalah suatu penyakit yang berkaitan dengan *maturitas* paru yang lambat atau jumlah surfaktan di dalam paru tidak adekuat. Produksi surfaktan dimulai sejak usia kehamilan atau gestasi minggu ke 22, semakin muda usia kehamilan maka semakin besar juga kemungkinan terjadinya RDS. Gawat nafas dapat dialami oleh bayi preterm mempunyai potensi kegawatan lebih tinggi karena faktor belum matangnya fungsi organ-organ tubuh bayi (Hanin et al., 2024)

Respiratory Distress Syndrome (RDS) merupakan kondisi kegagalan pernapasan disebabkan karena imaturitas organ paru dalam memproduksi surfaktan yang cukup, fungsi surfaktan untuk menjaga alveoli tetap mengembang pada saat pernapasan berlangsung. Kondisi ini umumnya muncul dalam beberapa jam setelah kelahiran, terutama pada bayi *premature* yang lahir sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu. RDS juga dikenal dengan istilah *Hyaline Membrane Disease* karena adanya pembentukan membrane hialin yang melapisi alveoli dan menyebabkan kegagalan bernapas spontan dan teratur setelah persalinan (Ballard, 2016).

Respiratory Distress Syndrome (RDS) adalah salah satu kondisi yang terdiri dari beberapa gejala seperti takipnea atau pernapasan lebih dari 60x/menit disertai sianosis, rintihan saat eskpirasi, serta penggunaan otot pernapasan saat inspirasi. Penyakit RDS menyerang pada bayi premature karena sistem pernapasannya tidak mampu melakukan pertukaran gas secara normal tanpa adanya bantuan (Pakaya, 2022).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan, *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) merupakan kondisi kegagalan pernapasan pada bayi baru lahir atau *neonatus* yang disebabkan karena *imaturitas* organ paru dalam memproduksi surfaktan yang cukup. Surfactan berfungsi untuk menjaga agar alveoli paru-paru tetap mengembang dengan baik saat bernapas.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi

Sistem pernapasan terdiri dari saluran pernapasan atas dan saluran pernapasan bawah. Saluran pernapasan atas adalah bagian awal dari sitem pernapasan yang berfungsi sebagai jalur masuk dan keluarnya udara dari lingkungan menuju paru-paru, yang terdiri dari hidung, faring dan laring (Zuriati et al., 2017) .

- 1) Hidung merupakan pintu masuk utama udara ke dalam sistem pernapasan, dimana udara yang masuk melalui hidung akan disaring oleh rambut-rambut halus (silia) dan lendir yang melapisi rongga hidung kemudiam dihangatkan dan dilembabkan.

- 2) Selanjutnya melewati faring (tenggorokan) yang merupakan saluran bersama untuk udara dan makanan, fungsinya adalah menyalurkan udara ke laring dan trakea serta makanan ke esofagus, faring lebih pendek dan lebih lebar, yang memudahkan pernapasan.
- 3) kemudian bagian terakhir adalah laring (kotak suara) terletak diantara faring dan trakea, yang berfungsi sebagai jalur udara menuju trakea, dengan kata lain laring berfungsi sebagai pengaturan aliran udara dan tempat produksi suara.

Saluran pernapasan bawah adalah bagian dari sistem pernapasan yang terletak setelah laring terdiri dari trakea, bronkus, paru-paru dan alveoli.

- 1) Trakea adalah saluran yang menghubungkan laring ke bronkus. Trakea berfungsi untuk menjaga kepatenan jalan napas. Trakea bercabang menjadi bronkus kanan dan kiri yang kemudian bercabang menjadi bronkus lobaris dan bronki segmentalis.
- 2) Paru-paru terdiri dari dua organ yang terletak di dalam rongga dada. Di dalam paru-paru terdapat jaringan alveoli. Pada neonatus, jumlah alveoli masih sedikit dan dinding alveoli lebih tebal dibandingkan orang dewasa, sehingga defisiensi pertukaran gas lebih rendah.
- 3) Alveoli adalah saku kantung udara kecil, berdinding tipis dan dapat mengembang yang di kelilingi oleh kapiler paru. Secara anatomi alveoli dilapisi oleh dua tipe sel *pneumosit*, yaitu tipe I yang berbentuk pipih dan menutupi 90% permukaan alveoli, yang

berperan dalam pertukaran gas serta tipe II yang berbentuk kubus dan bertugas memproduksi surfaktan. Surfactan adalah campuran fosfolipid dan protein yang mulai diproduksi sekitar usia kehamilan 34 sampai 36 minggu dan zat yang melapisi alveoli (kantong udara di paru-paru) dan berfungsi untuk menurunkan tegangan permukaan pada dinding alveoli agar tetap terbuka saat proses pernapasan berlangsung.

Pada neonatus dengan *Respiratory Distress Syndrome* (RDS), terjadi defisiensi surfaktan yaitu kondisi dimana paru-paru bayi *premature* tidak mampu memproduksi surfaktan dalam jumlah yang cukup atau surfaktan tidak berfungsi dengan baik, yang menyebabkan peningkatan tegangan permukaan alveoli, sehingga alveoli menjadi kaku dan lengket.

b. Fisiologi

Proses pernapasan pada neonatus melibatkan kontraksi otot-otot pernapasan, termasuk diafragma dan otot intercostal ketika bayi bernapas, diafragma berkontraksi dan turun, menciptakan tekanan negatif di dalam rongga dada yang memungkinkan udara masuk ke paru-paru. Di dalam paru-paru, udara memenuhi alveoli, tempat oksigen berdifusi ke dalam darah dan karbon dioksida dikeluarkan. Saat ekspirasi, otot-otot pernapasan relaksasi, rongga dada mengecil, dan udara keluar dari paru-paru. Surfactan yang melapisi alveoli menurunkan tegangan permukaan sehingga alveoli tetap terbuka dan tidak kolaps saat ekspirasi, menjaga volume paru yang efektif untuk pertukaran gas dan proses bernapas. Pada

neonatus dengan RDS, proses ini terganggu karena kolapsnya alveoli dan kekurangan surfaktan, akibatnya bayi mengalami kesulitan bernapas, yang ditandai dengan napas cepat (takipnea), retraksi dada, dan penggunaan otot bantu pernapasan (Davis.P.G 2017).

3. Etiologi

Penyebab terjadinya RDS dikarenakan kurangnya surfaktan di paru paru, dimana surfaktan merupakan zat yang berada di dalam kantung udara paru paru, fungsinya membantu menjaga paru-paru tetap mengembang sehingga bayi bisa bernapas setelah dilahirkan. Menurut (Sugiarno & Wayan Wiwin, 2020) terdapat beberapa penyebab terjadinya RDS sebagai berikut:

1. *Premature*

Bayi dengan kelahiran *premature* menjadi faktor penyebab utama *Respiratory Distress Syndrome* karena fungsi organ pada bayi baru lahir masih belum sempurna atau matur sehingga alveoli kecil dan sulit mengembang dan dinding dada masih sangat lemah, produksi surfaktan belum sempurna membuat kapasitas paru kurang mencukupi kebutuhan oksigen di dalam tubuh,

2. *Neonatus* yang dilahirkan dengan cara *Sectio Caesaria/SC*

Neonatus yang lahir secara *sectio caesaria* beresiko mengalami *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) dibandingkan lahir secara normal, karena pada persalinan normal terjadi kompresi pada dada bayi saat melawati jalan lahir, yang membantu mengeluarkan cairan

dari paru-paru dan merangsang produksi surfaktan. Sedangkan pada bayi yang dilahirkan secara SC, tidak mengalami kompresi pada dada sehingga volume cairan paru yang tersisa lebih banyak dan produksi surfaktan lebih sedikit. Selain itu juga, kurangnya rangsangan mekanik pada saluran napas menyebabkan cairan paru sulit terserap, sehingga meningkatkan risiko RDS.

3. Ibu yang melahirkan neonatus dalam keadaan hipertensi

Bayi yang lahir dari ibu dengan hipertensi dapat menyebabkan vasospasme pada pembuluh darah sehingga mengganggu aliran darah dan sirkulasi *uteroplasenta*. Akibatnya, perfusi oksigen dan nutrisi ke janin berkurang, menyebabkan gangguan perkembangan paru-paru dan defisiensi surfaktan yang penting untuk pernafasan bayi.

4. *Asfiksia perinatal*

Asfiksia perinatal, yaitu kekurangan oksigen saat lahir, dapat menyebabkan kerusakan pada paru-paru dan meningkatkan risiko RDS. Bayi yang mengalami asfiksia mungkin memiliki paru-paru yang tidak berfungsi dengan baik, yang dapat memperburuk kondisi pernapasan mereka saat lahir.

5. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya menyebabkan berkurangnya cairan ketuban yang fungsinya untuk melindungi dan mendukung perkembangan janin dalam rahim. Ketuban Pecah Dini ini dapat menyebabkan prematuritas dan infeksi intrauterine, yang

memiliki risiko mengganggu pematangan paru-paru dan produksi surfaktan pada bayi baru lahir. Selain itu, kurangnya volume cairan ketuban /*oligohidramnion* dapat menimbulkan kompresi tali pusat sehingga menghambat aliran oksigen dari ibu ke janin, yang bisa menyebabkan hipoksia sehingga dapat memperburuk fungsi pernapasan bayi setelah lahir (Anggun, 2023).

6. Ibu hamil dengan Diabetes

Diabetes pada masa gestasi menyebabkan terjadi gangguan pada suplai nutrisi yang kurang atau berlebihan. Peningkatan kekentalan darah dapat terjadi pada diabetes sehingga menyebabkan pengentalan darah. Maka dari itu, terjadilah gangguan dalam kebutuhan nutrisi dan suplay oksigen pada janin. Hal ini menyebabkan bayi lahir dengan keadaan sulit bernapas (Anggun, 2023).

4. Manifestasi klinis

Berat dan ringannya gejala klinis untuk penyakit *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) pada bayi dipengaruhi oleh tingkat maturitas paru. Semakin rendah berat badan dan usia kehamilan, semakin berat gejala klinis yang ditunjukkan. Gejala terlihat pada beberapa jam setelah kelahiran. Bayi dengan penyakit RDS yang mampu bertahan hidup sampai 96 jam pertama mempunyai prognosis yang baik. Adapun beberapa gejala umum RDS (Wahyuni & Asthiningsih, 2020) , sebagai berikut :

- a. Pernafasan cepat/ *hipernea* atau *dispneai* dengan frekuensi pernafasan pada saat inspirasi lebih dari 60x/menit.
- b. Retraksi intercostal, epigastrium atau suprasternal pada inspirasi.
- c. Sianosis/ kebiruan
- d. *Grunting* (terdengar seperti suara merintih) saat eskpirasi.
- e. Takikardia (170x/menit)
- f. Pernafasan tidak teratur dan Pernafasan dangkal

5. Klasifikasi

Dalam penilaian kegawatan pernapasan bayi dapat dilakukan *Down Score*, yang biasanya dipergunakan mendiagnosis cepat gawat napas yang dialami bayi baru lahir dalam menilai tingkat keparahannya, bisa dijadikan sebagai pengkajian klinis awal dalam memantau derajat gawat napas pada bayi dengan RDS tanpa melalui uji klinis di unit perawatan (Atika, 2022). RDS di klasifikasikan berdasarkan tingkat kegawatannya.

Tabel 2. 1 *Score Down*

	0	1	2
Frekuensi nafas	< 60 x/menit	60-80 x/menit	> 80x/menit
Retraksi	Tidak ada retraksi	Retraksi ringan	Retraksi berat
Sianosi	Tidak sianosis	Sianosis hilang dengan O ₂	Sianosis menetap walaupun diberikan O ₂
Air entry	Udara masuk	Penurunan ringan udara masuk	Tidak ada udara masuk
Merintih	Tidak merintih	Merintih terdengar dengan stetoskop	Merintih terdengar tanpa stetoskop

Tabel 2. 2 Keterangan *Respiratory Distress Syndrome*

Skor	Kondisi
Skor < 4	Gangguan Pernafasan Ringan (O2 nasal/ Head Box)
Skor 4 - 5	Gangguan Pernafasan Sedang (Pelu Nasal CPAP)
Skor > 7	Ancaman Gagal Nafas (Cek analisa Gas Darah)/perlu intubasi

Sumber: Marni (2015) dalam Haryani (2021)

6. Patofisiologi

Faktor terjadinya kegawatan napas atau *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) pada bayi yang lahir dengan *premature* disebabkan oleh alveoli yang masih kecil sehingga sulit untuk mengembang. Pengembangan yang kurang sempurna terjadi karena dinding dada yang lemah dan kurang produksi surfaktan. Diketahui bahwa defisiensi surfaktan merupakan faktor terpenting dalam terjadinya RDS. Surfaktan dihasilkan oleh *pneumosit* tipe 2 yang terdiri dari 90% lipid dan 10% protein pada usia gestasi 24 – 28 minggu dan mulai berfungsi aktif pada usia gestasi 34 – 35 minggu. Fungsi dari surfaktan yaitu untuk mengurangi tegangan permukaan cairan yang melapisi alveolar dan mempertahankan agar alveoli tetap mengembang.

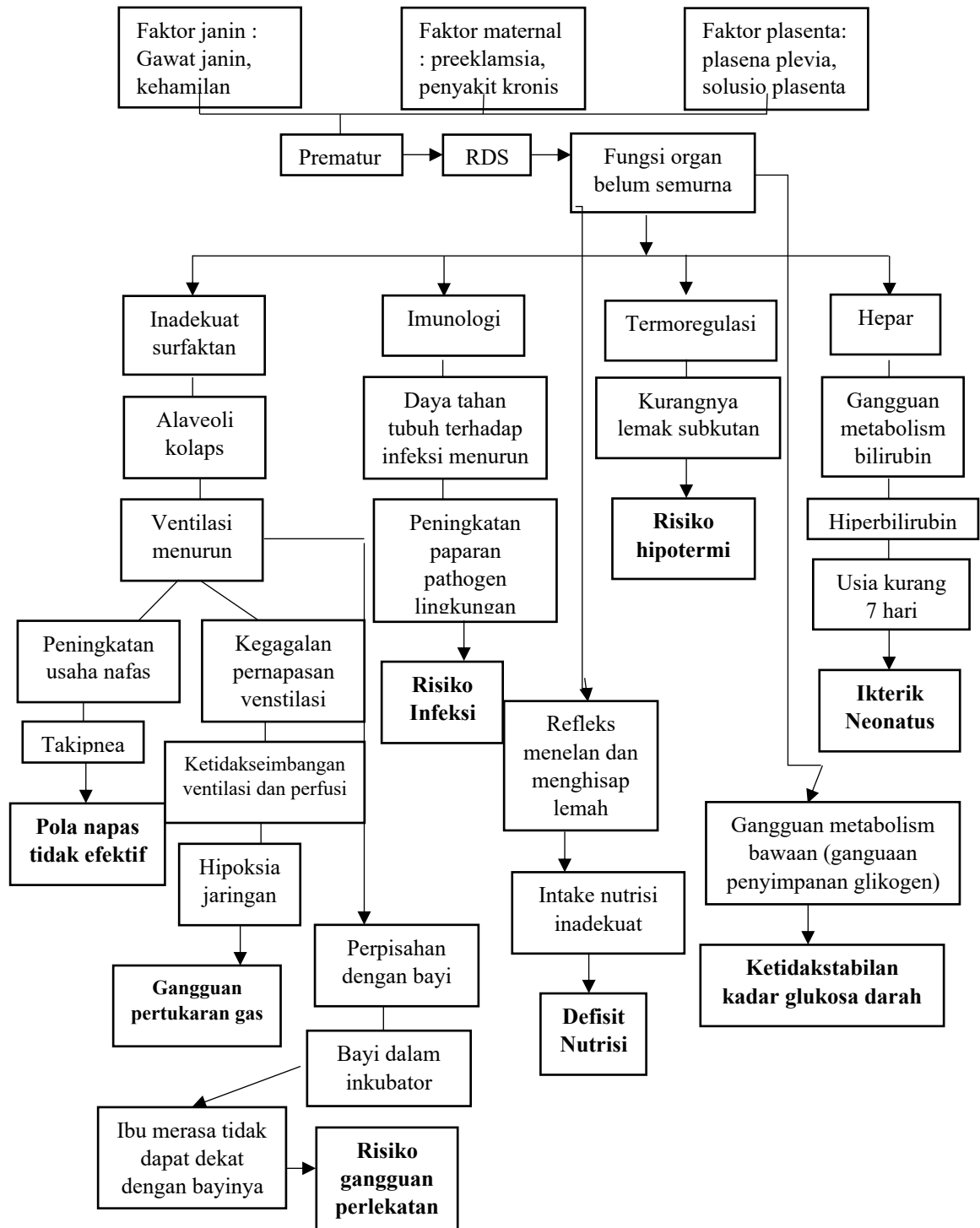
Ketidak adanya surfaktan, janin tidak mampu menjaga paru-parunya untuk tetap mengembang. Setiap kali bernapas menjadi sulit dan memerlukan usaha yang keras untuk mengembangkan paru-parunya pada setiap hembusan napas (ekspirasi). Hal tersebut menyebabkan bayi baru lahir lebih banyak menggunakan bantuan oksigen untuk menghasilkan energi daripada menerima sehingga mengakibatkan bayi merasa kelelahan. Jika bayi semakin merasa kelelahan, maka alveoli pada organ bayi akan

semakin membuka. Ketidakmampuan mempertahankan perkembangan paru ini dapat menyebabkan atelektasis (Suminto, 2018).

Pada saat bernafas, stress pada alveoli dan bronkiolus terminalis terjadi akibat dari usaha repetitive untuk membuka kembali alveoli yang kolaps dan distensi yang berlebihan pada alveoli yang terbuka. Tekanan tersebut dapat merusak struktur paru sehingga terjadi kebocoran debris proteinaseosa ke jalan nafas, debris dapat semakin mengganggu fungsi surfaktan sehingga akan menyebabkan gagal napas.

Semua perubahan patologis ini menyebabkan pola napas tidak efektif pada pasien dengan RDS, seperti napas cepat (*takipnea*), retraksi dinding dada, pernapasan cuping hidung. Usaha napas yang meningkat disebabkan oleh gangguan pada paru dan atelectasis. Jika tidak segera ditangani, bayi dapat mengalami kelelahan otot napas, gagal napas dan akhirnya henti napas.

Patway



Sumber : Haryani & Fajariyah 2021, Audila, H & Septiana, N (2024), Ernawat Y., Rukayah (2023), Wiwin, N. W (2020), SDKI (2016)

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut (Haryani, 2021), pemeriksaan penunjang pada bayi dengan RDS yaitu :

- a. Gas darah arteri
 - 1) Hitung darah lengkap
 - 2) Hb (normal 15-19 g/dl), biasanya Hb bayi dengan RDS cenderung turun karena O₂ dalam darah sedikit
 - 3) Leukosit lebih dari 10.0 (normal 4.0 – 10.0 10^3 / mm³)
 - 4) Elektrolit, kalsium, natrium, glukosa serum
 - 5) Tes cairan amnion (lesting banding spingomielin) untuk menentukan maturitas paru
 - 6) Oksimetri nadi untuk menentukan hipoksia
- b. Pemeriksaan radiologis, setelah 14-24 jam akan tampak infiltrate alveolar
- c. Biopsi paru, terdapat adanya pengumpulan granulosit secara abnormal di dalam parenkim paru.
- d. Pemeriksaan Score Down adalah pemeriksaan pada bayi baru lahir yang bertujuan untuk mengevaluasi status gawat nafas.

8. Komplikasi

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada neonatus dengan *Respiratory Distress Syndrome* meliputi komplikasi akut dan komplikasi kronis (Haryani, 2021).

a. Komplikasi akut

1) Hipoksia

Hipoksia adalah kondisi dimana tubuh atau bagian tubuh tidak mendapatkan cukup oksigen, pada neonatus dengan RDS, hipoksia dapat terjadi akibat kesulitan bernapas dan kolapsnya alveoli.

2) *Pneumothorax* dan kebocoran udara

Tekanan ventilasi tinggi atau kerusakan jaringan paru akibat RDS dapat menyebabkan udara bocor ke rongga dada, sehingga paru kolaps dan bayi mengalami sesak nafas.

3) Sepsis neonatorum

Komplikasi sepsis neonatorum pada neonatus terjadi karena faktor yang saling berkaitan. Bayi yang lahir dengan berat badan rendah dan prematur yang memiliki sistem imun yang belum matang, sehingga sangat rentan terhadap infeksi. Kombinasi antara imaturitas sistem imun, gangguan fisiologis akibat RDS serta paparan prosedur medis invasif di lingkungan rumah sakit menjadi penyebab utama komplikasi akut berupa sepsis neonatorum.

b. Komplikasi kronis

1) *Bronchopulmonary Dysplasia* (BPD)

Terjadi karena kerusakan paru yang dialami bayi selama perawatan intensif untuk mengatasi gangguan pernapasan.

BPD ditandai dengan ketergantungan oksigen jangka panjang, gangguan pertumbuhan paru, dan risiko infeksi saluran napas berulang.

2) Gangguan perkembangan

Neonatus yang mengalami RDS dan komplikasi terkait dapat mengalami gangguan perkembangan, termasuk keterlambatan dalam perkembangan motorik dan kognitif.

9. Penatalaksanaan

a. Lingkungan yang ideal

Suhu tubuh bayi harus diusahakan agar tetap dalam batas normal ($36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C) dengan cara meletakkan bayi dalam inkubator, dan mengatur kelembaban ruangan.

b. Memberikan oksigen

Pemberian oksigen harus dilakukan secara hari-hari karena berpengaruh kompleks pada bayi premature. pengobatan dengan oksigen ini bertujuan untuk mengisi kembali kadar oksigen jaringan. Bayi diberi oksigen dengan kecepatan terkontrol selama pernapasan spontan dan dengan mekanis ketika pernapasan spontan tidak ada melalui penggunaan ventilasi mekanis (bantuan pernapasan dengan memberikan oksigen dalam jumlah yang telah ditentukan melalui selang endotrakeal).

c. Pemberian antibiotic

Memberikan antibiotic bertujuan untuk mencegah infeksi minor. Neonatus dapat menerima antibiotic seperti penisilin dengan dosis 5.000-10.000/Kg BB/Hari bersamaan atau tidak dengan gentamicin 3-5/Kg BB/Hari atau dengan obat antibiotic lainnya.

d. Bantuan *Respirasi Non Invasive*

CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) merupakan rekomendasi bantuan pernapasan yang regular, dan efektif dalam menurunkan reintubasi, pemberian CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) secara cepat dapat menurunkan kebutuhan terapi surfaktan. CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) membantu memperbaiki saturasi oksigen, mengurangi kerja napas dan mencegah kebutuhan ventilasi mekanik invasif yang berisiko menimbulkan komplikasi. Terapi ini juga mempertahankan fungsi diafragma dan memperlebar jalan napas, sehingga bayi dapat bernapas lebih efektif tanpa intubasi. Indikasi pemberian CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) meliputi bayi dengan frekuensi >60 x/menit, retraksi dada, saturasi <93% dan apnea berulang.

e. Pemberian surfaktan eksogen

Surfaktan dapat diberikan sebagai tambahan untuk terapi oksigen dan ventilasi. Pada umumnya, bayi yang lahir sebelum usia gestasi 37 minggu, belum mempunyai surfaktan paru yang

cukup adekuat untuk kelangsungan hidup di luar rahim. Penggunaan surfaktan disarankan pada bayi dengan distress pernafasan secepat mungkin, setelah kelahiran, terutama pada bayi dengan BBLR, yang belum terpapar steroid antenatal pada ibu hamil. Dengan memberikan surfaktan eksogen, alveoli dapat tetap terbuka, meningkatkan pertukaran oksigen dan mengurangi kebutuhan ventilasi mekanik yang invasive. Terapi ini biasanya diberikan melalui kateter ke dalam trakea bayi, sering dikombinasikan dengan *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) untuk hasil optimal.

f. Terapi cairan dan Nutrisi

Kebutuhan cairan dan nutrisi pada bayi sebaiknya diberikan secara parenteral pada 36-48 jam pertama diberikan glukosa 10% dengan kecepatan 65-100 ml/kg BB/24 Jam. Selanjutnya ditambahkan elektrolit dan volume cairan ditingkatkan secara berangsur sampai 120-150 ml/Kg BB/24 Jam.

10. Konsep dasar pertumbuhan dan perkembangan

Pertumbuhan adalah perubahan kuantitatif yang dapat diukur seperti peningkatan berat badan, tinggi badan, dan lingkar kepala. Dengan kata lain pertumbuhan mencerminkan penambahan ukuran dan jumlah sel serta jaringan dalam tubuh. Sedangkan perkembangan adalah proses kualitatif yang mencakup peningkatan fungsi dan kompleksitas kemampuan, seperti kemampuan motorik, bahasa dan sosial. Perkembangan mengikuti pola

yang teratur dan berurutan misalnya bayi belajar duduk sebelum berdiri (Evita Aurilia, Nadine, 2021).

Pada neonatus akan terjadi proses adaptasi terhadap lingkungan dan terjadi perubahan siklus darah serta organ-organ tubuh yang mulai berfungsi. Pada saat lahir, berat badan normal bayi yang sehat berkisar 2.500-400 gram dengan panjang badan sekitar 48-52 cm. (Rini 2016) pada masa neonatal, refleks-reflkes yang bersifat fisiologis akan muncul diantaranya:

a. Refleks mencari (*Rooting Reflkes*)

Reflkes ini akan muuncul ketika ibu menyentuh pipi bayi dengan jari tangan, gerakan tersebut membantu bagian kepala bayi bergerak mendekati puting susu kemudian dilanjutkan membuka mulut dan menarik kedalam mulut.

b. Refleks menghisap (*Sucking Refleks*)

Sucking refleks merupakan gerakan otomatis menarik lebih jauh kedalam rahang dengan tahanan mulut sehingga air susu mengalir dengan senndirinya.

c. Refleks menelan (*Swallowing Reflkes*)

Swallowing reflkes ini ialah ketika mulut sang bayi sudah terisi air susu, maka bayi akan menelan dengan spontan.

d. Reflkes *moro*

Gerakan bayi mengembangkan tangan ke samping dengan jari-jari melebar, lalu menarik tangan seolah memeluk saat mendapat

rangsangan tiba-tiba atau terkejut. Refleks ini biasanya menghilang pada usia 3-4 bulan.

e. Refleks genggam (*Palmar Graps Refleks*)

Ketika telapak tangan bayi disentuh, bayi akan menggenggam jari atau benda dengan kuat, refleks ini biasanya akan menghilang pada usia 3-4 bulan.

f. Refleks Babinski

Ketika telapak kaki bayi digores lembut, jempol kaki akan mengarah ke atas dan jari-jari kaki lainnya melebar.

g. *Tonick neck* refleks

Saat kepala bayi diputar ke satu sisi, lengan dan kaki pada sisi tersebut akan mengulurkan, sementara sisi lainnya menekuk. Refleks ini muncul sekitar usia 1 bulan dan menghilang pada 5-6 bulan (Halimah, 2016).

Refleks-refleks tersebut sering dengan berjalannya waktu dan bertambahnya usia bayi, maka akan menghilang. Pada masa neonatal ini, fungsi pendengaran dan penglihatan sudah mulai tampak berkembang.

11. Dampak hospitalisasi

Dampak hospitalisasi yang biasa terjadi pada *neonatus* yaitu rentan mengalami ketidaknyamanan. Ketidaknyamanan yang biasa dirasakan oleh *neonatus* mengakibatkan gangguan hemodinamik pada tubuh seperti perubahan frekuensi nadi, frekuensi nafas, dan saturasi oksigen yang dapat

memperburuk kondisi dan kegagalan intervensi dalam jangka panjang dapat mengakibatkan gangguan perkembangan (Halimah, 2016)

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Meliputi nama pasien, umur, jenis kelamin, agama, alamat, tanggal masuk, tanggal pengkajian, dan diagnosis medis.

2) Identitas Orang Tua/Penanggung Jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat dan hubungan dengan klien.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Bayi dengan RDS biasanya mengalami keluhan seperti sesak, ada pernafasan cuping hidung, kondisi umum lemah, lesu, apneu, tidak responsive, penurunan bunyi nafas.

2) Riwayat kesehatan

Kaji riwayat kesehatan dimulai dari riwayat kesehatan sekarang, dahulu dan keluarga.

c. Riwayat kehamilan dan persalinan

Meliputi riwayat antenatal care, apakah ibu klien saat mengandung memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus, hipertensi, tipe dan lama persalinan, stress fetal atau inpartus.

d. Riwayat tumbuh kembang

Kaji pertumbuhan pada neonatus yang ditentukan berdasarkan berat badan, panjang badan dan lingkar kepala, untuk perkembangannya meliputi gerakan motorik halusnya.

e. Aktivitas sehari-hari

Pengkajian terhadap activity daily life yang meliputi pola nutrisi, pola eliminasi, pola tidur, dan kebersihan diri

f. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Penampilan pada umumnya pasien terlihat lemah, kaji tanda-tanda vital meliputi suhu, SpO₂, nadi dan respirasi.

2) Kepala

Pada kepala kaji bentuknya, lihat apakah terlihat kepala lebih besar, ada atau tidaknya jejas/luka, ada atau tidaknya benjolan dan lesi, kaji warna dan ketebalan rambut.

3) Mata

Amati adanya edema, tanda infeksi, amati warna sclera apakah ada ikterik, refleks pupil, simetris atau tidaknya.

4) Hidung

Periksa adanya atresia, gerakan cuping hidung, mukosa (meradang/pucat) dan sekresi (purulent, berdarah, cair), frekuensi nafas normal 30-60 x/menit.

5) Telinga

Periksa kelengkapan daun telinga, lubang telinga, membrane timpani.

6) Mulut dan tenggorokan

Perhatikan keadaanya (warna, fisura, simetris), periksa apakah ada sianosis sentral, lidah dan mukosa kering.

7) Thorax atau dada

Amati bentuk dada, keadaan puting, bayi napas dan bunyi jantung bayi, dengarkan suara napas apakah ada stridor/merintih, adakah retraksi dada, adakah apneu, denyut jantung normal biasanya 100-160x/menit.

8) Punggung

Adakah pembengkakan, cekungan di punggung, adalah kelainan pada punggung spina bifida.

9) Abdomen/perut

Amati bentuk perut bayi apakah cekung, kembung, ada penonjolan, distensi abdomen, bising usus, keadaan tali pusat.

10) Genitalia dan Anus

Pada laki laki apakah testis telah ada di skrotum, apakah penis berlubang, dimana letak lubangnya, Pada perempuan apakah labia mayora telah menutupi minora, vagina dan uretra berlubang, apakah terdapat sekresi vaginal.

11) Esktermitas

Adakah kelainan bentuk, adakah kelumpuhan, pergerakan bayi, jumlah jari.

12) Kulit

Kaji warna kulit, pembengkakan, kaji adakah sianosis, apakah kulit terlihat kuning.

g. Pemeriksaan penunjang

Berisi pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan ronsen, pemeriksaaan analisa gas darah, kultur darah dll.

h. Analisa data

Analisa data merupakan proses menyusun data secara sistematis yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi, data dijabarkan kedalam kategori dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri maupun orang lain.

Tabel 2. 3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	Ds : Dispnea Do : – Penggunaan otot bantu pernafasan – Fase ekspirasi memanjang	Kurangnya surfaktan dalam paru yag mengakibatkan alveoli mudah kolaps saat ekspirasi sehingga paru-paru sulit mengembang dengan baik, mengakibatkan bayi harus berusaha lebih keras untuk bernapas, dan menyebabkan	Pola napas tidak efektif

No	Data	Etiologi	Problem
	– Pola napas abnormal (mis takipnea, bradipnea, hiperventilasi)	kelelahan otot pernapasan mengakibatkan pola napas menjadi tidak efektif	
2	Ds : Dyspnea Do : – PCO₂ meningkat/menurun – PO₂ menurun – Takikardia – pH arteri meningkat/menurun – bunyi nafas tambahan	Paru-paru bayi premature yang belum cukup matang dan kurangnya surfaktan, mengakibatkan ventilasi menurun kemudian kegagalan pernafasan ventilasi karena ketidakseimbangan ventilasi dan perfusi, akibatnya bayi mengalami kesulitan bernapas atau hipoksia dengan tanda kulit kebiruan dan tubuh kekurangan oksigen.	Gangguan pertukaran gas
3	Ds : - Do : – Bilirubin total >2 mg/dL – Membrane mukosa kuning – Kulit kuning – Sclera kuning	Penumpukan bilirubin tak terkonjugasi dalam darah, karena produksi bilirubin yang meningkat akibatnya penghancuran sel darah merah yang cepat tetapi organ hati bayi belum sempurna sehingga belum mampu mengkonjugasi dan mengeluarkan bilirubin secara efektif, akibatnya bilirubin menumpuk dan menyebabkan warna kuning pada kulit dan mata bayi.	Ikterik neonatus

No	Data	Etiologi	Problem
4	Ds : - mengantuk - pusing Do : – Gangguan koordinasi – Kadar glukosa dalam darah/urin rendah	Bayi prematur memiliki sistem metabolisme yang belum matang, sehingga rentan terhadap fluktuasi kadar glukosa darah akibat ketidakmampuan tubuh dalam mengatur glukosa secara efektif.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
5	DS: - DO: – Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal – Otot menelan lemah – Otot pengunyah lemah	Bayi yang lahir premature karena lemahnya reflkes menghisap terjadi akibat organ dan sistem saraf bayi yang belum matang, sehingga tidak mampu menyusu dengan baik, menyebabkan asupan nutrisi melalui mulut tidak efektif.	Defisit nutrisi
6	Ds :- Do : -	Bayi memiliki sistem imun yang lemah dan kulit yang tipis sehingga membuat kuman mudah masuk. Prosedur invasive seperti infus atau alat bantu napas dapat meningkatkan risiko infeksi	Risiko infeksi
7	Ds :- Do :-	Bayi premature memiliki cadangan lemak subkutan yang sedikit dan tipis sehingga mudah kehilangan panas.	Risiko hipotermi

No	Data	Etiologi	Problem
8	Ds: Do:	Bayi lahir prematur dengan gangguan pernafasan berat yang memerlukan perawatan intensif, seperti ventilasi mekanik dan terapi oksigen, sehingga menyebabkan pemisahan dan mengganggu proses bonding dini.	Risiko gangguan perlekatan

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul berdasarkan (SDKI, 2017.) pada pasien *Respiratory Distress Syndrome* adalah:

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas neurologis (D.0005)

Ds:

Do:

- Penggunaan otot bantu pernafasan
- Fase ekspirasi memanjang
- Pola nafas abnormal (mis takipnea, bradipnea, hiperventilasi)

- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (D.0003)

Ds:

Do:

- PCO₂ meningkat/menurun
- PO₂ menurun
- Takikardia
- pH arteri meningkat/menurun
- bunyi nafas tambahan

- c. Ikterik Neonatus berhubungan dengan usia kurang dari 7 hari (D.0024)

Ds:

Do:

- Bilirubin total >2 mg/dL
- Membrane mukosa kuning
- Kulit kuning

- d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan metabolic bawaan (D.0027)

Ds

Do: Gangguan koordinasi, Kadar glukosa dalam darah/urin rendah

- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)

Ds:

Do:

- Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal
- Refleks menelan lemah
- Refleks menghisap lemah

- f. Risiko gangguan perlekatan ditandai dengan perpisahan antara ibu dan bayi akibat hopitalisasi (D.0127)

- g. Risiko infeksi ditandai dengan peningkatan paparan organisme pathogen (D.0142)

- h. Risiko hipotermia ditandai dengan prematuritas (D.0140)

3. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala tindakan atau pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klini untuk mencapai luaran yang diharapkan (SIKI, 2018) dan (SLKI, 2019).

Tabel 2. 4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	D.0005 Pola napas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas neurologis dibuktikan dengan : 1. Penggunaan otot bantu pernafasan 2. Fase ekspirasi memanjang 3. Pola nafas abnormal (mis, takipnea)	Pola napas (L.01004) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun 2. Nadi membaik (120-160) 3. Otot bantu nafas menurun 4. Pola nafas membaik	Pemantauan respirasi (L.01014) Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Monitor saturasi oksigen 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor nilai AGD 9. Monitor hasil x-ray toraks Teraupetik 10. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 11. Atur posisi pasien 12. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 13. Jelaskan tujuan dan procedure pemantauan 14. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

No	Diagnosis keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
2	D.0003 Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi perfusi ditandai dibuktikan dengan : 1. PCO2 meningkat/ menurun 2. PO2 menurun 3. Takikardia 4. Bunyi napas tambahan	Pertukaran gas (L.01003) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun 2. Pola napas membaik 3. Warna kulit membaik	Pemantauan respirasi (I.01014) Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Monitor saturasi oksigen 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor nilai AGD 9. Monitor hasil x-ray toraks Terapeutik 10. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 11. Atur posisi pasien 12. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 13. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
3	D.0024 Ikterik neonatus berhubungan dengan usia kurang dari 7 hari dibuktikan dengan : 1. Bilirubin total > 2mg/dl 2. Membrane mukosa kuning 3. Kulit kuning 4. Sklera kuning	Adaptasi neonatus (L.10098) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan ikterik/ kulit kuning menurun dengan kriteria hasil : 1. Sklera tampak putih 2. Kulit kuning menurun 3. Kadar bilirubin menurun	Fototerapi neonatus (I.03091) Observasi 1. Monitor ikterik pada sklera dan kulit bayi 2. Monitor suhu dan tanda vital setiap 4 jam sekali 3. Monitor efek samping fototrapi (Hipertermi, diare, ruam kulit) Terapeutik 1. Siapkan lampu fototerapi dan inkubatr atau kotak bayi 2. Lepaskan pakaian bayi kecuali popok 3. Berikan penutup mata (eye protection)pada bayi

No	Diagnosis keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
		4. aktivitas ektermalitas meningkat	4. Ukur jarak antara lampu dan permukaan kulit bayi 5. Ganti segera popok bayi jika BAB dan BAK 6. Gunakan linen berwarna putih agar memantulkan cahaya sebanyak mungkin 7. Kolaborasi pemberian ASI/Nutrisi
4	D.0027 Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan metabolisme dibuktikan dengan : 1. Gangguan koordinasi 2. Kadar glukosa dalam darah/urin rendah	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (L.03002) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kadar glukosa meningkat	Manajemen hipoglikemia (L.03115) Observasi 1. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia 2. Identifikasi penyebab hipoglikemia Terapeutik 3. Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu 4. Berikan glukogen 5. Pertahankan kepatenan jalan napas Edukasi 6. Anjurkan memonitor kadar gula darah 7. Jelaskan interaksi antara diet, insulin atau agen oral Kolaborasi 8. Kolaborasi dekstrose
5	D.0019 Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan : 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal 2. Otot menelan melemah	Status nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan otot mengunyah meningkat	Manajemen nutrisi (L.03119) Observasi: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan

No	Diagnosis keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
	3. Otot mengunyah lemah	2. Kekuatan menelan meningkat 3. Berat badan membaik	8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik: 9. Berikan makanan tinggi serat 10. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Edukasi: 11. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi: 12. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu
6	D. 0142 Risiko infeksi ditandaikan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Suhu (36-37) 2. Tidak ada kemerahan 3. Kebersihan tangan meningkat	Pencegahan infeksi (I.1459) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 8. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 9. Ajarkan etika batuk 10. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka/luka operasi 11. Anjurkan keluarga pasien cara mencuci tangan dengan benar 12. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 13. Anjurkan meningkatkan asupan cairan 14. Kolaborasi pemberian antibiotik

No	Diagnosis keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
7	D.0140 Risiko hipotermi ditandai dengan prematuritas	Termoregulasi (L.14134) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Suhu tubuh membaik	Manajemen hipotermia (I.14507) Observasi 1. Monitor suhu tubuh 2. Identifikasi penyebab hipotermia (mis.terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis dll) 3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia Teraupetik 4. Sediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan, inkubator) 5. Ganti pakaian dan linen yang basah 6. Lakukan pengamatan aktif eskternal (mis, kompres hangat) 7. Lakukan penghangatan pasif (mis. selimut, penutup kepala, pakaian tebal) Edukasi 8. Anjurkan makan atau minum hangat
8	D.0127 Risiko gangguan perlekatan ditandai dengan perpisahan antara ibu dan bayi akibat hopitalisasi	Promosi perlekatan (I.10342) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perlekatan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kehawatiran menlajankan peran orang tua menurun 2. Kekhawatiran akibat hospitalisasi menurun	Promosi perlekatan (I.10342) Observasi 1. Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI 2. Monitor perletakan saat menyusui (mis. bibir bayi berputar keluar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu) Terapeutik 3. Hindari memegang kepala bayi 4. Fasilitasi kunjungan keluarga 5. Anjurkan ibu melakukan bonding lewat sentuhan atau berbicara dengan klien

No	Diagnosis keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
			6. Informasikan perkembangan klien setiap saat Edukasi 7. Ajarkan ibu menopang seluruh tubuh bayi 8. Anjurkan ibu saat menyusui menunggu mulut bayi terbuka lebar sehingga aerola bagian bawah dapat masuk semua 9. Ajarkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusu.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang telah dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang sedang dihadapi ke status kesehatan baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Dalam pelaksanaan implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Ilmi dkk, 2019).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahapan akhir yang berada di dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana tujuan asuhan keperawatan telah tercapai. Evaluasi ini merupakan penilaian sistematis, terhadap intervensi yang telah diberikan, serta efektivitas rencana keperawatan yang dilaksanakan (Ernawati, 2020).

Kegiatan evaluasi dilakukan dengan mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, yang menggunakan komponen SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Planning), dimana S artinya subjektif yang perawat dapatkan dari keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan. O artinya data Objektif yang didasarkan dari hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada klien dan yang dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan. A artinya analisis intervensi dari data subjektif dan objektif, dengan kata lain analisis suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat

dituliskan masalah diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien. P artinya *planning* atau perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau perencanaan yang ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Purba, 2019).

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi menurut Nursalam (2016) meliputi :

- a. Masalah teratasi : jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan
- b. Masalah teratasi sebagian : jika pasien menunjukkan perubahan dan kemajuan sebagian sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan atau bahkan timbul masalah baru

6. Dokumentasi

Proses akhir dari kegiatan asuhan keperawatan, dokumentasi ini sangat diperlukan karena sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap hasil asuhan keperawatan tertulis (Nursalam, 2015)

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Biodata

1) Identitas klien

Nama	: By. Ny. L
Usia/TTL	: 3 hari/ 19 April 2025
Jenis kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
No.RM	: 01456019
Tanggal masuk	: 19 April 2025
Tanggal pengkajian	: 22 April 2025
Diagnosa medis	: RDS (<i>Respiratory Distress Syndrom</i>)

2) Identitas penanggung jawab

a) Nama ibu

Nama	: Ny. L
Usia	: 32 tahun
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Agama	: Islam
Alamat	: Kp. Tajur

b) Nama ayah

Nama : Tn. R

Usia : 34 Tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Dagang/Wiraswasta

Agama : Islam

Alamat : Kp. Tajur

b. Identitas saudara kandung

Tabel 3. 1 Identitas Saudara Kandung

No	Nama	Usia	Hubungan dengan klien	Status kesehatan
1	An. D	7 th	Kaka	Sehat

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Terlihat penggunaan otot bantu napas

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian di ruang perinatologi, terlihat penggunaan otot bantu napas pada bayi, irama napas tidak teratur, saturasi 95% dengan CPAP FLO2 30% PEEP 6 liter/menit dan respirasi 62x/menit. Bayi lahir secara *section caesar* dari ibu P2A0, usia kandungan 34-35 minggu.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Ny. L mengatakan mempunyai riwayat penyakit Hipertensi sejak mengandung klien pada trimester ke 3 dengan keluhan sakit kepala dan pusing dengan tekanan darah 217/65 mmHg.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Ny. L dan Tn. R mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan seperti DM dll. Ny. L mengatakan anak pertamanya lahir secara normal di bidan dengan berat badan 2,700 gram lahir dengan cukup bulan.

5) Riwayat kesehatan dan persalinan

a) Prenatal

Ny. L mengatakan klien anak ke duannya, selama hamil selalu rutin memeriksa kehamilannya di bidan terdekat, Ny. L mengatakan selama hamil berat badanya meningkat yang awalnya 52kg menjadi 58 kg. Ny. L mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit Hipertensi, tetapi untuk kehamilannya yang sekarang pada usia kehamilan memasuki 7 bulan Ny.L sering mengalami sakit kepala dan pusing dengan tekanan darah yang tinggi.

b) Intranatal

By. Ny. L lahir secara SC (*Sectio Caesar*) pada tanggal 19 April 2025 pukul 10.15 di ruang OK RSUD dr. Slamet Garut,

masa gestasi 34-35 minggu dengan indikasi ibu PEB (Preklamsi Berat).

c) Postnatal

Lahir bayi berjenis kelamin laki-laki pada tanggal 19 April pukul 10.25 WIB di ruang OK RSUD dr. Slamet, dengan PB 41 cm, BB 1980 gram, LK 30,5cm, LILA 9 cm, LD 27cm, LP 26cm. Menurut penuturan bidan di ruangan, By. Ny.L saat lahir tidak langsung menangis, warna tubuh merah ekstremitas sianosis, terdapat suara merintih saat ekspirasi, irama napas lemah dan tidak teratur, dengan APGAR score pada menit ke 5 nya adalah 5.

6) Riwayat imunisasi

By. Ny. L diberi Vit.K

d. Riwayat Tumbuh Kembang

1) Pertumbuhan

Berat badan	: 1980 gram
Panjang badan	: 41 cm
Lingkar kepala	: 30,5 cm
Lingkar dada	: 27 cm
Lingkar perut	: 26 cm
Lingkar lengan atas	: 9 cm

2) Perkembangan

a) Refleks *moro*

Saat terkejut bayi merentangkan kedua tangannya dengan telapak tangan menghadap keatas, lalu menariknya kembali.

b) Refleks menghisap (*Sucking refleks*)

Refleks menghisap lemah, dibuktikan dengan ketika bagian atas atau langit langit mulut bayi disentuh, bayi tidak menggerakkan mulutnya seperti menghisap, kemudian terpasang OGT.

c) Refleks memegang (*palmar graos refleks*)

Pada saat disentuh telapak tangan bayi menutup jari-jarinya seperti gerakan menggenggam.

d) Refleks Babinski

Refleks Babinski normal/positif ditandai dengan jempol kaki terangkat ke atas dan jari-jari lainnya melebar saat telapak kaki digoreskan.

e. Status gizi

$$\begin{aligned} \text{IMT : BB kg/TB(m)}^2 &= 1,98/(0,41)^2 \\ &= 1.98/0,1681 \\ &= 11,78 \text{ kg/m}^2 \end{aligned}$$

Interpetasi : nilai IMT normal biasanya berkisaran 12 sampai 13 kg/m² pada bayi.

f. Dampak Hospitalisasi

Ibu klien mengatakan khawatir terhadap kondisi anaknya yang berada dalam inkubator.

g. Riwayat Psikologis

1) Klien

Klien tampak lemah

2) Orang tua

Ny. L dan Tn. R khawatir terhadap anaknya yang berada di incubator dan tidak rawat gabung dengan ibunya.

3) Kesehatan spiritual keluarga

Keluarga beragama islam dan mengatakan saat sholat selalu berdoa untuk kesembuhan anaknya.

h. Aktivitas Sahari-hari

Tabel 3. 2 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Aktivitas	Selama Dirawat
1	Nutrisi dan Cairan	Karena refleks menghisap bayi masih lemah, selama pemberian susu menggunakan OGT sebanyak 5- 10 cc/2 jam menggunakan ASI
2	Istirahat dan Tidur	-
3	Eliminasi	BAB dan BAK menggunakan pempers
4	Personal Hygiene	By. Ny. L hanya di lap/ dispons dan menggunakan minyak telon, sahari 2x.

i. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum : Bayi tampak lemah

Kesadaran : Composmentis

2) Tanda tanda vital

Suhu : 36,7 °C
Nadi : 145 x/menit
SpO2 : 95 % dengan bantuan CPAP
Respirasi : 62x/menit

3) Pemeriksaan Fisik *Head To Toe*

a) Kepala dan rambut

Bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran ukuran kepala, frontal anterior lunak, rambut berwarna hitam.

b) Mata

Kedua mata sejajar dan simetris, sklera putih, konjungtiva tidak anemis.

c) Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada perdarahan, tidak ada pernafasan cuping hidung, terpasang CPAP FLO2 30% PEEP 6 liter/menit.

d) Telinga

Bentuk telinga simetris, telinga tampak bersih.

e) Mulut dan tenggorokan

Bentuk mulut simetris, tidak ada sianosis, mukosa bibir kering, refleks hisap lemah, terpasang OGT.

f) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nadi karotis teraba

g) Thorax atau dada

Bentuk dada simetris , pengembangan dada kiri dan kanan saat bernafas simetris, terdapat retraksi dada/otot bantu napas, tidak ada lesi.

Paru-paru : SpO2 95% dengan bantuan CPAP FLO2
30% PEEP 6 liter/menit, suara nafas
vesikuler, respirasi 62x/menit

Jantung : nadi 145x/menit, tidak ada murmur,

h) Punggung

Banyak Rambut lanugo, tidak ada jejas atau luka, bahu simetris dan sejajar.

i) Abdomen/ perut

Bentuk perut supel, tidak kembung, tidak teraba distensi, LP 26 cm, bising usus (+).

j) Genetalia dan Anus

Tidak terdapat kelainan pada penis maupun skrotum, anus ada, BAB dan BAK menggunakan pampers.

k) Ekstermitas

Tumit mengkilap, telapak kaki halus, aktivitas ekstermitas cukup lemah.

l) Kulit

Terdapat banyak rambut lanugo, jaringan lemak subkutan tipis, warna kulit kuning dari kepala sampai perut (drajat kremer 2), suhu 36,5°C dalam inkubator dengan setingan 31°C.

m) Umbilikus

Tali pusat masih basah, tidak terjadi perdarahan

j. Pemeriksaan Laboratorium

Nama : By. Ny. L

Tanggal : 19 April 2025

No. CM : 01456019

Tabel 3. 3 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Interpretasi
Hematologi dengan Diff			
Hemoglobin	17,9 g/dl	10 – 18	normal
Lekosit	13.810/mm ³	5,000 ~ 19,500	Normal
Monosit	2 %	2 ~ 10	Normal
Eritrosit	5,27juta/mm ³	4,76 ~ 6,95	Normal
Hematokrit	50 %	31 ~ 55	Normal
Trombosit	194.000/mm ³	150.000~440.000	Normal
MCV	105 fl	85 ~ 123	Normal
MCH	35 pg/cell	28 ~ 40	Normal
MCHC	33 g/dl	29 ~ 37	Normal
Hitung jenis			
Basofil	1 %	0 ~ 1	Normal
Esofinofil	1 %	1 ~ 6	Normal
Batang	0 %	3 ~ 5	Rendah
Neutrophil	40 %	50 ~ 20	Normal
Limfosit	36 %	30 ~ 45	Normal

Nama : By. Ny. L

Tanggal : 23 April 2025

No. CM : 01456019

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Interpretasi
Hematologi			
Hemoglobin	17, 60 g/dl	10 -18	Normal
Lekosit	13,720/mm ³	5.000 ~ 19,500	Normal
Eritrosit	5,27juta/mm ³	4,76 ~ 6,95	Normal
Hematokrit	51 %	31 ~ 55	Normal
Trombosit	210.000/mm ³	150.000~440.000	Normal
Bilirubin Total	7,6 mg/dl	0,1-1,2 mg/dl	Tinggi
Bilirubin Direck	0,56 mg/dl	0.00 ~ 0,20	Tinggi

k. Terapi

Tabel 3. 4 Terapi Medis

Obat	Dosis	Cara	P	S	M	Golongan
D10 %	6cc/jam	Iv				Digunakan pada bayi neonates yang beresiko mengalami hipoglikemia.
Aminosteril 6%	2cc/jam	iv	-	-	-	Golongan obat nutrisi parenteral (TPN-Total Parenteral Nutrition) yang berfungsi untuk memenuhi kebutuhan protein dan nitrogen pada bayi yang tidak dapat menerima nutrisi secara oral.
Cefotaxim	2x100mg	Iv	08.00		21.00	Golongan antibiotik sefalosporin generasi keiga, digunakan untuk mengobati infeksi bakteri serius, seperti pneumonia, meningitis dan infeksi berat lainnya.
Amikasin	1x30 mg	iv			18.00	Golongan antibiotik amioglikosida digunakan untuk mengobati infeksi bakteri serius, terutama yang disebabkan oleh bakteri gram negatife seperti infeksi saluran pernafasan bawah.

1. Analisa data

Tabel 3. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds: Do: – Penggunaan otot bantu napas – Frekuensi pernapasan 62x/menit – Terpasang CPAP FLO2 30 % PEEP 6 liter/menit – Nadi 145x/menit – SpO2 95 % – Suara nafas vesikuler	Kurangnya surfaktan dalam paru yang mengakibatkan alveoli mudah kolaps saat ekspirasi sehingga paru-paru sulit mengembang dengan baik, mengakibatkan bayi harus berusaha lebih keras untuk bernapas, dan menyebabkan kelelahan otot pernapasan mengakibatkan pola napas menjadi tidak efektif	Pola napas tidak efektif
2	Ds: - Do: – kulit kuning dari kepala sampai perut (drajat kramer 2) – Bilirubin total 7,6 mg/dl – Bilirubin direck 0,56 mg/dl	Penumpukan bilirubin tak terkonjugasi dalam darah, karena produksi bilirubin yang meningkat akibatnya penghancuran sel darah merah yang cepat tetapi organ hati bayi belum sempurna sehingga belum mampu mengkonjugasi dan mengeluarkan bilirubin secara efektif, akibatnya bilirubin menumpuk dan menyebabkan warna kuning pada kulit dan mata bayi.	Ikterik neonates
3	Ds : - Do : – Refleks menelan lemah – Refleks menghisap lemah – Terpasang OGT – Berat badan 1980 gram	Bayi yang lahir prematur karena lemahnya reflkes menghisap terjadi akibat organ dan sistem saraf bayi yang belum matang, sehingga tidak mampu menyusu dengan baik, menyebabkan asupan nutrisi melalui mulut tidak efektif.	Defisit nutrisi
4	Ds: Do: – Terpasang infus D10% di tangan sebelah kanan – Terpasang OGT	Bayi memiliki sistem imun yang lemah dan kulit yang tipis sehingga membuat kuman mudah masuk. Prosedur invasive seperti	Risiko infeksi

	–Bayi dalam incubator –Suhu 36,7 °C	infus atau alat bantu napas dapat meningkatkan risiko infeksi	
5	Ds: Ibu klien mengatakan khawatir terhadap kondisi anaknya yang berada dalam inkubator Do: – Bayi tidak rawat gabung – Dalam inkubator – Belum melakukan IMD	Bayi lahir prematur dengan gangguan pernafasan berat yang memerlukan perawatan intensif, seperti ventilasi mekanik dan terapi oksigen, sehingga menyebabkan pemisahan bayi dari ibu dan mengganggu proses bonding dini.	Risiko gangguan perlekatan

2. Diagnosis keperawatan

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas neurologis

(D.0005)

Ds:-

Do:

- Penggunaan otot bantu napas
- Terpasang CPAP FLO2 30 % PEEP 6 liter/menit
- Frekuensi pernapasan 62x/menit
- Nadi 145x/menit
- SpO2 95%
- Suara napas vesikuler

- b. Ikterik neonates berhubungan dengan usia < dari 7 hari (D.0024)

Ds:-

Do:

- kulit kuning dari kepala sampai perut (drajat kramer 2)
- Bilirubin total 7,6 mg/dl
- Bilirubin direck 0,56 mg/dl

- c. defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)

Ds: -

Do :

- Refleks menelan lemah
- Refleks menghisap lemah
- Terpasang OGT
- Berat badan 1980 gram

- d. Risiko infeksi ditandai dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan (D.0142)

Ds:-

Do:

- Terpasang infus D10 % di tangan sebelah kanan
- Terpasang OGT
- Bayi dalam incubator
- Suhu 36,7 °C

- e. Risiko gangguan perlekatan ditandai dengan perpisahan antara ibu dan bayi akibat hopitalisasi (D.0127)

Ds : Ibu klien mengatakan khawatir terhadap kondisi anaknya yang berada dalam inkubator

Do :

- Bayi tidak rawat gabung
- Dalam inkubator
- Belum melakukan IMD

3. Proses Keperawatan

Nama : By. Ny. L

Alamat : Kp. Tajur

Ruangan : Perinatologi

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN (SDKI)	PERENCANAAN (SIKI)			IMPLEMENTASI	EVALUASI
		TUJUAN (SLKI)	INTERVENSI	RASIONAL		
1	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas neurologis ditandai dengan : Ds: - Do: – Penggunaan otot bantu nafas – Terpasang CPAP 30 % flow 6 liter/menit – Frekuensi pernafasan 62x/menit – Nadi 145x/menit – SpO2 95%	L.01004 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun 2. Nadi membaik (120-160) 3. Otot bantu nafas menurun 4. Pola nafas membaik	I.01014 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti takipnea) 3. Auskultasi bunyi napas 4. Monitor saturasi oksigen 5. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi (pemakaian CPAP) 6. Dokumentasikan hasil	1. Untuk mendeteksi adanya masalah dalam fungsi pernapasan 2. Pola napas yang abnormal 3. Mengetahui bunyi pernafasan 4. Mengetahui saturasi terbaru. 5. Mengetahui perkembangan status respirasi menggunakan alat 6. Dokumentasikan hasil	Tanggal: 23 April 2025 Pukul: 08.00 1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman nafas, dan upaya nafas 2. Memonitor pola nafas 3. Mengauskultasi bunyi nafas 4. Memonitor saturasi oksigen 5. Memonitor kecepatan oksigen 6. Mengatur posisi 7. Mendokumentasikan hasil	Tanggal: 23 April 2025 Pukul: 13.00 WIB S:- O: – Penggunaan otot bantu nafas masih ada – Suara nafas vesikuler – Nadi 145x/menit – Frekuensi pernafasan 60x/menit – SpO2 97 % dibantu dengan CPAP FLO2 30% PEEP 6 liter/menit A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN (SDKI)	PERENCANAAN (SIKI)			IMPLEMENTASI	EVALUASI
		TUJUAN (SLKI)	INTERVENSI	RASIONAL		
2	D.0024 Ikterik neonatus berhubungan dengan usia < dari 7 hari ditandai dengan : Ds: Do: – Sklera kuning – kulit kuning dari kepala sampai perut (drajat kramer 1) – Bilirubin total 7,6 mg/dl – Bilirubin direck 0,56 mg/dl	L.10098 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan ikterik/ kulit kuning menurun dengan kriteria hasil : 1. Kulit kuning menurun 2. Kadar bilirubin menurun 3. Aktivitas ektermis meningkat	(I.03091) 1. Monitor ikterik pada sklera dan kulit bayi 2. Monitor suhu dan tanda vital 4 jam sekali 3. Monitor efek samping fototrap (mis. Hipertermi, diare, ruam kulit) 4. Siapkan lampu fototerapi dan inkubatr atau kotak bayi 5. Lepaskan pakaian bayi kecuali popok 6. Berikan penutup mata (eye protection atau billband) pada bayi 7. Ukur jarak lampu dan permukaan kulit bayi	1. Untuk mengetahui kuning pada kulit 2. Untuk mengetahuitanda vital setelah fototerapi 3. Untuk mengetahui adanya efek samping fototerapi 4. Meyiapkan alat fototerapi 5. Memaksimalkan kulit yg terkena sinar fototerapi 6. Melindungi lapisan mata dari paparan sinar 7. Memastikan cahaya yg diterima optimal	Tanggal: 23 April 2025 Pukul: 08.00 WIB 1. Memonitor ikterik pada sklera dan kulit bayi 2. Meminotur suhu tubuh dan vital setiap 4 jam sekali 3. Menyiapkan lampu fototerapi dan incubator atau kotak bayi 4. Melepaskan pakaian bayi kecuali popok 5. Memberikan penutup mata (eye protection) 6. Mengukur jarak antara lampu dan permukaan kulit bayi	S:- O: – Sklera kuning – kulit kuning dari kepala sampai perut (drajat kramer 2) – Bilirubin total 7,6 mg/dl – Bilirubin direck 0,56 mg/dl – Bayi Dalam Inkubator – Refleks Hisap Lemah – Suhu 36,7°C A: Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN (SDKI)	PERENCANAAN (SIKI)			IMPLEMENTASI	EVALUASI
		TUJUAN (SLKI)	INTERVENSI	RASIONAL		
			8. Ganti segera popok bayi jika BAB dan BAK 9. Gunakan linen berwarna putih 10. Kolaborasi pemberian ASI	8. Menjaga kebersihan dan kenyamanan 9. Agar memantulkan cahaya dengan banyak mungkin 10. Agar bayi mendapatkan asupan nutrisi yang cukup	7. Mengganti segera popok jika BAB dan BAK/4jam 8. Menggunakan linen berwarna untuk memantulkan cahaya 9. Melanjutkan pemberian ASI	
3	D.0019 defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019) Ds: - Do : – Refleks menelan lemah – Refleks mengunyah lemah	L.03030 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan otot menghisap meningkat	I.03119 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi penggunaan selang nasogastrik 3. Monitor berat badan 4. Kolaborasi pemberian nutrisi	1. Muntuk mengetahui status nutrisi 2. Untuk mengetahui apakah ada masalah pada penggunaan selang 3. Untuk mengetahui kenaikan atau	Tanggal: 23 April 2025 Pukul: 08.00 WIB 1. mengidentifikasi status nutrisi 2. mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 3. Memonitor berat badan 4. menyediakan susu kotak lactagen	S:- O: – keadaan umum bayi lemah – refleks menghisap lemah – terpasang OGT – berat badan 1,990 gram – pemberian susu melalui OGT A: Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN (SDKI)	PERENCANAAN (SIKI)			IMPLEMENTASI	EVALUASI
		TUJUAN (SLKI)	INTERVENSI	RASIONAL		
	– Terpasang OGT – Berat badan 1980 gram	2. Kekuatan otot menelan meningkat 3. Berat badan membaik		penurunan berat badan 4. Agar nutrisi bayi tetap terjaga	5. memberikan susu lewat selang OGT 6. melanjutkan terapi Aminosteril 6% 2cc/jam	
4	D.0142 Risiko infeksi b.d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan Ds:- Do: – Terpasang infus D10% di tangan sebelah kanan – Terpasang OGT – Bayi dalam incubator – Suhu 36,7°C	(L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Suhu (36-37) 2. Tidak ada kemerahan 3. Kebersihan tangan meningkat	(I.1459) 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Anjurkan keluarga pasien cara mencuci	1. Mengetahui adanya tanda infeksi 2. Mengurangi penyebab infeksi 3. Mengurangi infeksi lebih lanjut pada bayi dengan menjaga kebersihan 4. Mengurangi penyebab infeksi lain dari luar	Tanggal: 23 April 2025 Pukul: 08.00 WIB 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi 2. membatasi jumlah pengunjung 3. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. menganjurkan keluarga pasien cara mencuci tangan dengan benar 5. melanjutkan terapi amikasin 1x30 mg	S: - O: – keadaan umum bayi lemah – terpasang infus ditangan kanan tidak ada tanda plebitis – lingkungan inkubator bersih – suhu 36,7°C A: Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN (SDKI)	PERENCANAAN (SIKI)			IMPLEMENTASI	EVALUASI
		TUJUAN (SLKI)	INTERVENSI	RASIONAL		
					Cefotaxim 1x 100 mg secara IV	
5	D.0127 Risiko gangguan perlekatan ditandai dengan perpisahan antara ibu dan bayi akibat hopitalisasi Ds: Ibu klien mengatakan khawatir terhadap kondisi anaknya yang berada dalam inkubator Do: – Bayi tidak rawat gabung – Dalam inkubator – Belum melakukan IMD	Promosi perlekatan (I.10342) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perlekatan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kehawatiran menlajarkan peran orang tua menurun 2. Kekhawatiran akibat hospitalisasi menurun	(I.13490) 1. Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI 2. Fasilitasi kunjungan keluarga 3. Ajarkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusu. 4. Anjurkan orang tua melakukan bonding lewat sentuhan/berbicara dengan klien 5. Dorong orang tua mengekspresikan perasaanya 6. Informasikan kondisi pasien	1. Mengetahui kemampuan bayi menghisap 2. Untuk mempererat kontak social bayi dan orang tua 3. Agar ibu mengenali tanda bayi siap menyusu 4. Mempererat kontak dan stimulasi social 5. Mengurangi beban sikis orang tua 6. Meringankan beban psikis orang tua 7. mengetahui perkembangan bayi secara bertahap	1. Mengiedentifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI 2. Memfasilitasi kunjungan keluarga 3. Menajarkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusu. 4. Menganjurkan orang tua melakukan bonding lewat sentuhan atau berbicara dengan klien 5. Menginformasikan kondisi klien setiap kunjungan	S: Ibu bayi mengatakan khawatir melihat kondisi anaknya dan mengatakn belum menyusui anaknya O: – orang tua klien terlihat mengajak bayinya berbicara – bayi dalam inkubator A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan

4. Catatan perkembangan

Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan

Hari/ Tanggal/ jam	Diagnosis keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
Kamis 24 2025 09.00	Pola napas tidak efektif	S: - O: – Bayi tampak lemah – Penggunaan otot bantu nafas masih ada – Suara nafas vesikuler – Nadi 145x/menit – Frekuensi pernafasan 61 x/menit – SpO2 95% dibantu dengan CPAP FLO2 30% PEEP 6 liter/menit A: Pola nafas tidak efektif P : Intervensi dilanjutkan I: – Memonitor upaya nafas – Memonitor pola nafas – Memonitor saturasi oksigen – Memonitor kecepatan oksigen – Mengatur posisi – Mendokumentasikan hasil E: Masalah belum teratasi	 (Rimarsha)
Kamis 24 2025 09.15	Ikterik neonatus	S:- O: – Kulit bayi masih terlihat kuning dari kepala sampai perut (derajat <i>kremer</i> 2) – Sklera kuning/ikterik – Mukosa bibir lembab – Hasil lab terakhir Bilirubin total 5,6 mg/dl Bilirubin direck 0,32 mg/dl – Refleks hisap lemah – Suhu 37,4°C A: Ikterik Neonatus P : Intervensi dilanjutkan I: – Memonitor ikterik pada sektra dan kulit bayi – Meminotur suhu tubuh dan vital setiap 4 jam sekali – Menyiapkan lampu fototerapi dan incubator atau kotak bayi – Melepaskan pakaian bayi kecuali popok	 (Rimarsha)

Hari/ Tanggal/ jam	Diagnosis keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
		– Memberikan penutup mata (eye protection) – Mengkolaborasi pemberian ASI E: Masalah belum teratasi	
Kamis 24 April 2025 09.30	Defisit nutrisi	S:- O: – keadaan umum bayi lemah – refleks menghisap lemah – terpasang OGT – BB 1,980 gram pemberian susu <i>lactogen</i> 10cc/jam A: Defisit nutrisi P: Intervensi dilanjutkan I: – mengidentifikasi status nutrisi – mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik – Memonitor berat badan – menyediakan susu kotak lactagen – memberikan susu lewat selang OGT E: masalah belum teratasi	 (Rimarsha)
Kamis 24 2025 10.25	Risiko infeksi	S: - O: – Keadaan umum bayi lemah – Terpasang infus di sebelah kanan tidak ada plebitis – Keadaan inkubator bersih – Suhu 37,4 °C A: Risiko Infeksi P: Intervensi dilanjutkan I: – membatasi jumlah pengunjung – mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien E: Masalah teratasi sebagian	 (Rimarsha)

Kamis 24 2025 10.25	Risiko gangguan perlekatan	S: ibu klien masih menanyakan keadaan klien dengan khawatir O: – ayah dan ibu pasien mengunjungi pasien untuk mengantarkan popok dan suus formula – ibu klien mengajak berbicara klien – refleks menghisap masih lemah – klien dalam inkubator A: Risiko gangguan perlekatan P: Intervensi dilanjutkan I: – Memfasilitasi kunjungan keluarga – Mengajarkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusu. – Menanjurkan orang tua melakukan bonding lewat sentuhan atau berbicara dengan klien – Menginformasikan kondisi klien setiap kunjungan E: Masala teratasi sebagian	♂ (Rimarsha)
------------------------------------	---	---	-------------------------

Tabel 3. Catatan Perkembangan By. Ny. L hari ke 2

Hari/ Tanggal/ jam	Diagnosis Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
Jumat 25 2025 09.00	Pola napas tidak efektif	S: - O: – Penggunaan otot bantu nafas masih ada – Suara nafas vesikuler – Nadi 141 x/menit – Frekuensi pernafasan 58x/menit – SpO2 97% dibantu dengan CPAP FLO2 30 % PEEP 6 liter/menit A: Pola nafas tidak efektif P: Intervensi dilanjutkan I: – Memonitor pola nafas – Memonitor saturasi oksigen – Memonitor kecepatan oksigen – Mengatur posisi E: Masalah belum teratasi	 (Rimarsha)
Jumat 25 2025 09.00	Ikterik Neonatus	S:- O: – Kuning pada kulit dan sclera mulai berkurang – Suhu 37.2°C – Mukosa bibir lembab A: Ikterik Neonatus P: Intervensi dilanjutkan I: – Memonitor ikterik pada sekla dan kulit bayi – Meminotur suhu tubuh dan vital setiap 4 jam sekali – Menyiapkan lampu fototerapi dan incubator atau kotak bayi – Melepaskan pakaian bayi kecuali popok – Memberikan penutup mata (eye protection) – Mengkolaborasi pemberian ASI E: Masalah teratasi sebagian	 (Rimarsha)
Jumat 25 2025 09.00	Defisit nutrisi	S: O: – refleks menghisap masih lemah – terpasang OGT	

Hari/ Tanggal/ jam	Diagnosis Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
		– pemberian susu <i>lactogen</i> 12cc/jam A: Defisit nutrisi P: – Identifikasi penggunaan selang nasogastrik – Monitor berat badan – Kolaborasi pemberian nutrisi I: – mengidentifikasi penggunaan selang nasogastrik – Memonitor berat badan – menyediakan susu kotak lactagen – memberikan susu lewat selang OGT E: Masalah teratasi sebagian	 (Rimarsha)
Jumat 25 2025 09.00	Risiko Infeksi	S: O: – Tidak ada kemerahan pada lokasi infus – Keluarga dan perawat mampu menerapkan cuci tangan dengan benar – Keadaan inkubator bersih – Suhu 37.2°C A: Risiko Infeksi P : Intervensi dilanjutkan I: – membatasi jumlah pengunjung – mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien E: Masalah teratasi sebagian	 (Rimarsha)
Jumat 25 2025 10.25	Risiko gangguan perlekatan	S: ibu klien mengatakan selalu berdoa semoga perkembangan kesehatan anaknya menjadi lebih baik O: – ayah dan ibu pasien mengunjungi pasien untuk mengantarkan popok – ibu klien mengajak berbicara klien – refleks menghisap masih lemah – klien dalam inkubator A: Risiko gangguan perlekatan P: Intervensi dilanjutkan I: – Memfasilitasi kunjungan keluarga	 (Rimarsha)

Hari/ Tanggal/ jam	Diagnosis Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
		– Menanjurkan orang tua melakukan bonding lewat sentuhan atau berbicara dengan klien – Mengiformasikan kondisi klien setiap kunjungan E: Masalah teratasi sebagian	

Tabel 3. Catatan Perkembangan By. Ny. L hari ke 3

Hari/ Tanggal/ jam	Diagnosis Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
Sabtu 26 April 2025 09.00	Pola napas tidak efektif	S: - O: – Penggunaan otot bantu – Suara nafas vesikuler – Nadi 140x/menit – Frekuensi pernafasan 53 x/menit – SpO2 97% dibantu dengan CPAP FLO2 25% PEEP 6 liter/menit A: P: Intervensi dilanjutkan I: – Monitor pola nafas – Monitor saturasi oksigen – Monitor kecepatan oksigen – Atur posisi E: Masalah teratasi sebagian	 (Rimarsha)
Sabtu 26 April 2025 09.00	Ikterik neonatus	S:- O: – Kulit dan sclera membaik – Mukosa bibir lembab – Suhu 36,7°C – Hasil pemeriksaan lab Bilirubin total : 2,2 mg/dL Bilirubin direck : 0,16 mg/dl A: Ikterik Neonatus P: Intervensi dihentikan I: – Memonitor ikterik pada sekla dan kulit bayi – Meminotur suhu tubuh dan vital setiap 4 jam sekali – Menyiapkan lampu fototerapi dan incubator atau kotak bayi – Melepaskan pakaian bayi kecuali popok – Memberikan penutup mata (eye protection) – Mengkolaborasi pemberian ASI E: Masalah teratasi	 (Rimarsha)

Hari/ Tanggal/ jam	Diagnosis Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
Sabtu 26 April 2025 09.00	Defisit nutrisi	S: O: – refleks menghisap cukup baik saat diberikan susu 2cc dalam dot – terpasang OGT – BB 1990 gram pemberian susu <i>lactogen</i> 12cc/jam A: Defisit Nutrisi P: Intervensi dilanjutkan I: – mengidentifikasi penggunaan selang nasogastrik – Memonitor berat badan – menyediakan susu kotak lactagen – memberikan susu lewat selang OGT E: masalah teratasi sebagian	 (Rimarsha)
Sabtu 26 April 2025 09.00	Risiko Infeksi	S: - O: – Tidak ada kemerahan pada lokasi infus – Keluarga dan perawat mampu menerapkan cuci tangan dengan benar – Keadaan inkubator bersih – Suhu 36,7°C A: Risiko Infeksi P: Intervensi dihentikan I: – membatasi jumlah pengunjung – mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien E: Masalah teratasi	 (Rimarsha)
Sabtu 26 2025 10.25	Risiko gangguan perlekatan	S: ibu klien mengatakan khawatirnya sedikit berkurang melihat perkembangan bayinya mulai membaik walaupun masih berada dalam inkubator O: – ayah dan ibu pasien mengunjungi pasien untuk mengantarkan popok – ibu klien mengajak berbicara klien – klien dalam inkubator A: Risiko gangguan perlekatan P: Intervensi dihentikan	 (Rimarsha)

Hari/ Tanggal/ jam	Diagnosis Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
		I: – memfasilitasi kunjungan keluarga – Menganjurkan orang tua melakukan bonding lewat sentuhan atau berbicara dengan klien – Menginformasikan kondisi klien setiap kunjungan E: masalah teratasi	

B. Pembahasan

Pembahasan ini menguraikan pengalaman penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan yang dilakukan pada By. Ny. L dengan *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) di RSUD dr. Slamet Garut, dengan membandingkan antara teori dan praktek di lapangan. Kesenjangan yang ditemukan selama melakukan asuhan keperawatan dibahas berdasarkan tahapan asuhan keperawatan dimulai dari tahap pengkajian, tahap diagnosis keperawatan, tahap perencanaan, tahap pelaksanaan, dan tahap evaluasi.

1. Pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian, penulis menemukan kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan kasus di lapangan. Adapun kesesuaian data yang didapatkan pada By.Ny.L dengan *Respiratory Distress Syndrome* (RDS), bayi terlihat sesak, terdapat penggunaan otot bantu napas, irama napas tidak teratur, frekuensi napas 62 x/menit dengan SpO₂ 95% dibantu dengan CPAP FLO2 30% PEEP 6 liter/menit. Sesuai dengan teori yang dijelaskan tanda dan gejala yang terjadi pada RDS seperti takipnea, pernafasan lebih

dari 60x/menit, serta penggunaan otot bantu pernapasan saat inspirasi.

Pada pengkajian selanjutnya, penulis mendapatkan data kulit terlihat kuning dari ujung kepala sampai perut, dan hasil pemeriksaan bilirubin total 7,6 mg/dl, bilirubin direck 0,56 mg/dl. Hal ini sesuai dengan teori dan kasus di lapangan.

Berdasarkan analisa penulis, terdapat kesenjangan dan kesesuaian antara teori dengan kasus di lapangan. Pada By.Ny.L keluhan awal yang muncul tidak sesuai dengan diagnosis teori, pada tahap pemeriksaan fisik penulis menemukan kesenjangan. Penulis hanya menemukan penggunaan otot bantu napas, irama, frekuensi napas 62 x/menit, tetapi tidak menemukan tanda gejala seperti suara merintih saat ekspirasi. Penulis tidak menemukan tanda tanda seperti yang telah dijelaskan di teori.

2. Diagnosis keperawatan

Pada diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada penyakit *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) ada 8 diagnosis keperawatan pada teori, namun penulis tidak menetapkan seluruh diagnosis pada kasus yang diangkat karena dalam merumuskan masalah keperawatan penulis menyesuaikan dengan keluhan dan data yang didapatkan dari pasien. Maka diagnosis yang muncul pada By.Ny.L dengan *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) adalah sebagai berikut :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas neurologis, dibuktikan dengan klien terlihat sesak, terdapat penggunaan otot bantu napas seperti retraksi dada, frekuensi napas 62x/menit (takipnea). RDS merupakan sekumpulan gejala gangguan pernapasan pada bayi baru lahir yang ditandai dengan retraksi dinding dada, pernapasan cuping hidung, sianosis, dan takipnea/pernapasan lebih dari 60x/menit (Atika, 2022), maka diagnosis utama yang penulis angkat yaitu pola napas tidak efektif sesuai dengan teori.
- b. Ikterik neonatus berhubungan dengan usia kurang dari 7 hari, dibuktikan dengan bayi tampak kuning dari kepala sampai perut, bilitubin total 7,6 mg/dl dimana normalnya bilirubin adalah < 2 mg/dl. Ikterik neonatus merupakan keadaan kulit dan sklera pada neonatus yang menguning setelah 24 jam sampai 28 hari kehidupan akibat bilirubin tidak terkonjugasi masuk kedalam sirkulasi, hal ini menyebabkan bayi *premature* akan tetap berwarna kuning sampai fungsi hati dapat berjalan dengan baik. Berdasarkan data tersebut, penulis mengambil diagnosis ikterik neonatus.
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dibuktikan dengan refleks menelan dan menghisap lemah, terpasang OGT. Dan berat badan 1980 gram. Meskipun bayi belum dapat menghisap dengan baik,

pemenuhan nutrisi pada bayi dapat terpenuhi melalui pemberian nutrisi/ASI melalui OGT.

- d. Risiko infeksi ditandai dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan dibuktikan dengan klien terpasang infus dan terpasang alat bantu pernafasan CPAP. Bayi yang lahir dengan *premature* beresiko mengalami komplikasi lebih lanjut, sehingga kebersihan lingkungan harus diperhatikan.
- e. Risiko gangguan perlekatan ditandai dengan perpisahan antara ibu dan bayi akibat hopitalisasi. Kurangnya interaksi dan kontak fisik antara ibu dan bayi sudah cukup terfasilitasi meskipun bayi masih dalam inkubator. Risiko gangguan perlekatan ini muncul akibat perpisahan fisik dan minimnya kontak langsung antara ibu dan bayi, yang dapat menghambat proses bonding.

Adapun diagnosis yang mungkin muncul pada kasus dan tidak diangkat oleh penulis yaitu :

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi karena tidak ada data pemeriksaan PCO₂ meningkat/menurun, PO₂ menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun dan bunyi nafas tambahan tidak muncul pada saat pengkajian.

- b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan metabolic bawaan (D.0027), pada saat pengkajian penulis tidak menemukan data atau keluhan sesuai dengan teori seperti Kadar glukosa dalam darah/urin rendah.
- c. Risiko hipotermi ditandai dengan prematuritas (D.0140) pada saat pengkajian tidak ada data yang muncul.

3. Perencanaan

Perencanaan merupakan langkah ketiga dalam membantu suatu proses keperawatan, intervensi keperawatan adalah suatu proses penyusunan berbagai rencana tindakan keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah masalah pada klien.

Pada tahap ini penulis melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) sebagai berikut :

- a Pola nafas tidak efektif, upaya yang penulis rencanakan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, yaitu monitor frekuensi, irama, kedalam upaya nafas, monitor pola nafas, auskultasi bunyi nafas, monitor saturasi, dan monitor kecepatan oksigen.
- b Ikterik neonatus, upaya yang penulis rencanakan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, yaitu monitor ikterik pada kulit dan sklera bayi, monitor suhu tubuh dan tanda vital setiap 4 jam sekali, lakukan fototerapi dengan membuka pakaian bayi kecuali popok, ganti linen saat BAK dan basah, gunakan linen berwarna putih agar memantulkan cahaya sebanyak mungkin.
- c Defisit nutrisi , upaya yang penulis rencanakan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, yaitu identifikasi

penggunaan selan nasogastric, monitr berat badan dan kolaborasi pemberian nutrisi/ASI.

- d Risiko infeksi, upaya yang penulis rencanakan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, yaitu monitor tanda dan gejala infeksi, batasi jumlah pengunjung, anjurkan cuci tangan sebelum dan lingkungan pasien dan anjurkan keluarga pasien cara mencuci tangan dengan benar dan kolaborasi tereapi lanjutan yaitu cefotaxim dan amikasin secara IV.
- e Risiko gangguan perlekatan, upaya yang penulis rencanakan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, yaitu fasilitasi kunjungan keluarga, anjurkan orang tua melakukan bonding lewat sentuhan atau berbicara dengan klien, informasikan kondisi klien setiap kunjungan.

4. Implementasi

Implementasi adalah tindakan yang harus dilakukan atau penatalaksanaan dari sebuah intervensi yang telah ditentukan sebelumnya pada intervensi berdasarkan diagnosis keperawatan. Penatalaksanaan dilaksanakan dengan tindakan secara mandiri, melakukan observasi, melakukan edukasi, dan kolaborasi dengan tenaga medis lainnya (Hidayah, 2019).

Pelaksanaan keperawatan yang muncul, memonitor pernapasan dan status oksigen, karena disini klien terlihat sesak. Dalam pelaksanaan ini juga penulis memonitor kulit dan sklera bayi karena kulit kuning pada klien, memonitor berat badan, penggunaan selang nasogastric kemudian klien mengalami risiko infeksi karena terpasangnya infus, dan ke prematuran klien dan klien juga mengalami risiko gangguan perlekatan hubungan ditandai dengan perpisahan antara ibu dan bayi akibat hospitalisasi., dengan memfasilitasi kunjungan keluarga dan menganjurkan ibu melakukan bonding dengan bayi melalui berbicara dan sentuhan ibu dengan bayi .

5. Evaluasi

Hasil evaluasi yang sudah didapatkan setelah perawatan selama 5 hari dari tanggal 22 April 2025 sampai tanggal 26 April 2025 pada By. Ny. L, pada evaluasi hari kelima untuk diagnose pola nafas tidak efektif masalah teratasi sebagian dengan hasil yang teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang ditentukan yaitu nadi membaik 140x/menit, pola nafas membaik dibuktikan dengan frekuensi napas dalam batas normal 53x/menit.

Evaluasi untuk masalah ikterik neonatus pada By.Ny.L pada hari kelima masalah teratasi dengan hasil kulit dan sklera membaik tidak kuning, suhu dalam batas normal 36,7°C, dan nilai bilirubin direct 0,16 mg/dL.

Evaluasi untuk masalah defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampua menelan pada By. Ny. L pada hari kelima teratasi sebagian dengan hasil berat badan 1990 gram, masih terpasang OGT, refleks hisap cukup baik saat dicoba diberikan 2cc susu dalam dot.

Evaluasi untuk masalah risiko infeksi pada By. Ny. L pada hari kelima masalah teratasi dengan hasil tidak ada tanda kemerahan pada area pemasangan infus, keluarga dan perawat dapat menerapkan cuci tangan dengan benar dan keadaan suhu tubuh normal $36,7^{\circ}\text{C}$

Evaluasi untuk masalah risiko gangguan perlekatan pada By.L pada hari kelima masalah teratasi dengan hasil ibu klien mengatakan khawatirnya sedikit berkurang melihat perkembangan bayinya mulai membaik walaupun masih berada dalam inkubator.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah melakukan Asuhan Keperawatan pada By. Ny. L Usia Neonatus (3 Hari) dengan Gangguan Pernafasan: Respiratory Distress Syndrome (RDS) di ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 22 April 2025 sampai 27 April 2025 dengan keperawatan komprehensif, maka penulis dapat memperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada saat pengkajian pada By.Ny.L Usia Neonatus (3 Hari) dengan gangguan sistem pernafasan: Respiratory Distress Syndrome di ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet, dalam tahap ini penulis mampu menjalin kerjasama dengan keluarga, klien, keluarga klien dan perawat ruangan dalam mengumpulkan data sehingga masalah-masalah yang ada pada klien dapat digali dan ditemukan oleh penulis.
2. Penulis mampu menegakan diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas masaah yang terjadi pada By. Ny. L dengan gangguan sistem pernafasan: Respiratory Distress Syndrome (RDS), adapun diagnosis yang muncul pada klien yaitu, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas neurologis, ikterik neonatus berhubungan dengan usia kurang dari 7 hari, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan ditandai dengan otot menelan lemah dan terpasang OGT, risiko infeksi ditandai dengan peningkatan paparan organisme pathogen

lingkungan dan risiko gangguan perlekatan ditandai dengan perpisahan antara ibu dan bayi akibat hospitalisasi.

3. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan yang timbul pada By. Ny. L dengan Respiratory Distress Syndrome sesuai dengan prioritas masalah yang muncul dengan melibatkan keluarga klien.
4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan sesuai perencanaan yang telah dibuat berdasarkan masalah sebelumnya yang ada pada gangguan sistem pernafasan: Respiratory Distress Syndrome pada By.Ny. L pada tanggal 22 April 2025, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan imaturitas neurologis dengan mengkaji pola nafas, mengkaji upaya nafas, monitor pola nafas, auskultasi bunyi nafas, monitor saturasi, monitor CPAP dan mengatur posisi bayi.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada By.Ny.L dengan gangguan sistem pernafasan: Respiratory Distress Syndrome dari ketiga masalah yang muncul yaitu pola nafas tidak efektif teratasi sebagian, ikterik neonatur teratasi dan risiko infeksi teratasi.
6. Penulis mampu melakukan dokumentasi dari tindakan yang telah dilakukan pada By.Ny.L dengan gangguan sistem pernafasan: Respiratory Distress Syndrome (RDS) dari ketiga masalah yang muncul pola nafas tidak efektif teratasi sebagian, ikterik neonatus teratasi, defisit

nutrisi teratasi sebagian , risiko infeksi teratasi dengan baik dan risiko gangguan perlekatan teratasi.

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberi asuhan keperawatan pada By.Ny.L secara sistemis dan komprehensif penulis akan mengemukakan beberapa saran yang tentunya bersifat membangun kearah perbaikan pada pihak-pihak yang terkait, saran-saran tersebut diantaranya ditujukan kepada:

1. Bagi pembaca

Hasil asuhan keperawatan ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata bagi pembaca dalam pembuatan asuhan keperawatan dengan penyakit *Respiratory Distress Syndrome* (RDS).

2. Bagi klien dan keluarga

Peranan keluarga dalam proses keperawatan sangat diharapkan untuk menjalin kerja sama yang baik dalam merencanakan dan memecahkan masalah yang dihadapi pasien, serta ikut dalam rencana yang akan dilakukan oleh perawat.

3. Bagi rumah sakit

Petugas kesehatan diharapkan dapat meningkatkan peran sertanya kepada pasien dalam memberikan asuhan keperawatan dan informasi kesehatan khususnya tentang *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) atau umumnya penyakit lain, sehingga pasien dapat memahami secara jelas tentang penyakit yang dideritanya dan cara pengobatan yang dapat dilakukan pasien secara mandiri.

4. Bagi institusi

Diharapkan mampu memenuhi kesedian literature terbitan baru terutama mengenai *Respiratory Distress Syndrome* sehingga dapat menambah wawasan keilmuan mahasiswa dan mahasiswi selama pendidikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, D. (2020). *Asuhan keperawatan pada An. f dengan masalah keperawatan utama pola nafas tidak efektif pada pasien bayi berat badan lahir rendah dengan respiratory distress syndrome di RSUD Universitas Muhammadiyah Malang.*
- Anggun. (2023). *Hubungan Faktor Risiko Dengan Kejadian Respiratory Distress Syndrome Pada Neonatus di RSUD Raden Mattaher Jambi.*
- Atika. (2022). *GAMBARAN FAKTOR RISIKO RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME PADA NEONATUS DI RSUP DR M. DJAMIL PADANG.*
- Ballard, P. . (2016). *ASUHAN KEPERAWATAN BAYI BARU LAHIR DENGAN RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME DI RUANG PERINATOLOGI.*
- Davis.P.G.,& Schmidt, B. (2017). *Surfaktan for Neonatal Respiratory Distress Syndrome.*
- Ernawati, N. (2020). *Proses Keperawatan dan Dokumentasi Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan.*
- Evita Aurilia, Nadine, D. (2021). *TUMBUH KEMBANG ANAK. KUDUS.*
- Halimah. (2016). *FAKTOR FAKTOR YANG BERDAMPAK HOSPITALISASI PADA BAYI BARU LAHIR. Jember.*
- Hanin, F. S., Fajri, N., & Nizami, N. H. (2024). *PERAWATAN PADA BAYI PREMATUR DENGAN MASALAH GANGGUAN POLA NAFAS DI NICU : SUATU STUDI KASUS Care of Premature Infants with Impaired Breathing Patterns in the NICU. Banda Aceh.*
- Haryani, D. (2021). *Asuhan Keperawatan pada Bayi dengan Berat badan lahir renda dan Respiratory Distress Syndrome. Magelang.*
- Hidayah, vony polopadang & N. (2019). *Prose Keperawatan Pendekatan Teori dan Praktik.*
- kumala dan Rini. (2016). *Hubungan Inisiasi Menyusui Dini dengan Reflkes Menyusui pada Bayi Baru Lahir.*
- Laksono, B. (2022). *DIAGNOSA MEDIS BBLR + RDS (RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME) DI NICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan SURABAYA.*
- Legesse et al. (2023). *SKRIPSI FAKTOR RISIKO KEJADIAN RESPIRATORY DISTRESS OF NEWBORN.*
- Mujiadi, & Rachmah, S. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Anak Sehat dan Sakit. In CV Jejak, anggota IKAPI.*

- Pakaya, R. I. (2022). *Analisis Asuhan Keperawatan pada Respiratory Distress Newborn dengan Pola Napas Tidak Efektif Menggunakan Intervensi Posisi Semi Prone*. Makasar.
- Rikesdas. (2021). *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) data dan Informasi Kesehatan Indonesia*.
- SDKI. (2017). *Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2018. Standar diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- SIKI. (2018). *Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar intervensi keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- SLKI. (2019). *Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. Standar luaran keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Sugiarno, A., & Wayan Wiwin, N. A. (2020). *Hubungan Hipertensi Maternal dan Jenis Persalinan dengan Kejadian Respiratory Distress Syndrome (RDS) pada Neonatus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*.
- Suminto, S. (2018). *Peranan Surfactan Eksogen pada Tatalaksana Respiratory Distress Syndrome Bayi Prematur*.
- Wahyuni & Asthiningsih. (2020). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Respiratory Distress Syndrome pada Bayi Baru Lahir di Ruang Perinatologi*. Jakarta.
- Zuriati, S., Suriya, S., & Ananda, Y. (2017). *Buku Ajar Asuhan keperawatan dengan Gangguan Pada Sistem Respirasi*. Penerbit Sinar Utama Indah.

Lampiran I

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan : *Respiratory Distress Syndrome*

Sub Pokok Bahasan : Pengetahuan tentang penyakit *Respiratory Distress Syndrome*

Sasaran : Orang tua By.Ny. L

Hari/Tanggal : 23 April 2025

Tempat : Ruang Perinatologi RSUD dr. Slamet Garut

Waktu : 10.00-10.20

Durasi : 20 menit

A. Tujuan

1. Tujuan umum

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan keluarga klien dapat mengerti dan memahami mengenai penyakit *Respiratory Distress Syndrome* yang menyerang pada bayi.

2. Tujuan khusus

Setelah dilakukan penyuluhan mengenai penyakit *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) selama 20 menit diharapkan keluarga dapat memahami mengenai :

- a. Setelah diberikan penyuluhan keluarga dapat mengerti tentang apa itu penyakit *Respiratory Distress Syndrome*.

- b. Dapat mengetahui penyebab *Respiraatory Distress Syndrome* pada bayi
- c. Dapat mengenal tanda dan gejala *Respiraatory Distress Syndrome*

B. Materi

1. Pengertian penyakit *Respiraatory Distress Syndrome* (RDS)
2. Penyebab terjadinya penyakit *Respiraatory Distress Syndrome* (RDS)
3. Tanda dan gejala penyakit *Respiraatory Distress Syndrome* (RDS)

C. Metode

Ceramah dan Tanya jawab

D. Media

Leaflet

E. Kegiatan penyuluhan

Kegiatan	Penyuluhan	Kegiatan peserta	Waktu
Pembukaan	1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan tema penyuluhan 3. Menyebutkan materi yang akan diberikan	Menjawab salam Mendengarkan mendengarkan	5 menit
Penyajian	1. Menjelaskan tentang <i>Respiraatory Distress Syndrome</i> (RDS) 2. Menjelaskan penyebab terjadinya <i>Respiraatory Distress Syndrome</i> (RDS) 3. Menjelaskan tanda dan gejala penyakit <i>Respiraatory Distress Syndrome</i> (RDS)	Menyimak penjelasan	10 menit
Penutup	1. Menutup dan menyimpulkan materi 2. Memberi salam	Mendengar dan menjawab salam	5 menit

F. Evaluasi

1. Keluarga By. Ny. L mampu menjelaskan pengertian *Respiraatory Distress Syndrome* (RDS)

2. Keluarga By. Ny. L mampu menyebutkan penyebab terjadinya
Respiraatory Distress Syndrome (RDS)
3. Keluarga By. Ny. L mampu menyebutkan tanda dan gejala terjadinya
Respiraatory Distress Syndrome (RDS)

Lampiran Materi

A. Pengertian *Respiratory Distress Syndrome* (RDS)

Respiratory Distress Syndrom (RDS) adalah gangguan pernafasan serius yang terutama terjadi pada bayi *premature*, dimana paru-paru belum berkembang sempurna dan kekurangan surfaktan, yaitu zat yang membantu paru-paru mengembang dengan mudah..

B. Penyebab *Respiratory Distress Syndrome* (RDS)

Menurut (Sugiarno & Wayan Wiwin, 2020) terdapat beberapa penyebab terjadinya RDS sebagai berikut:

1. Prematuritas

bayi lahir sebelum usia kehamilan 37 minggu (terutama sebelum 32 minggu) memiliki paru-paru yang belum matang.

2. Kekurangan surfaktan

Surfaktan adalah zat yang diproduksi di paru-paru yang membantu alveoli (kantong udara) tetap terbuka. Bayi *premature* sering kali tidak memproduksi cukup surfaktan.

3. Faktor ibu

Ibu yang mengalami diabetes gestasioal, infeksi selama kehamilan, atau yang menjalani persalinan *cesar* sebelum waktu persalinan dapat meningkatkan RDS pada bayi.

4. Faktor bayi

Bayi yang lahir dengan berat badan sangat rendah (kurang dari 1500 gram), atau bayi yang mengalami asfiksia perinatal (kekurangan oksigen saat lahir) juga rentan terhadap RDS.

5. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya menyebabkan berkurangnya cairan ketuban yang fungsinya untuk melindungi dan mendukung perkembangan janin dalam rahim. Ketuban Pecah Dini ini dapat menyebabkan prematuritas dan infeksi intrauterine, yang memiliki risiko mengganggu pematangan paru-paru dan produksi surfaktan pada bayi baru lahir.

6. Ibu hamil dengan Diabetes

Diabetes pada masa gestasi menyebabkan terjadi gangguan pada suplai nutrisi yang kurang atau berlebihan. Peningkatan kekentalan darah dapat terjadi pada diabetes sehingga menyebabkan pengentalan darah. Maka dari itu, terjadilah gangguan dalam kebutuhan nutrisi dan suplay oksigen pada janin. Hal ini menyebabkan bayi lahir dengan keadaan sulit bernafas

C. Tanda dan gejala *Respiratory Distress Syndrome* (RDS)

1. Kesulitan bernafas
2. Napas cepat atau dangkal
3. Retraksi dinding dada
4. Sianosi/kulit kebiruan
5. Frekuensi napas lebih 60x/menit & tendengar merintih saat ekspirasi.

Lampiran II Leaflet

RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME (RDS) PADA BAYI



Kondisi gangguan pernapasan serius akibat paru-paru belum matang dan kekurangan surfaktan (zat pelindung paru-paru)

PENYEBAB UTAMA

1. Bayi prematur (<37 minggu)
2. Kekurangan surfaktan
3. Ibu dengan diabetes gestasional

GEJALA

- Napas cepat (>60x/menit)
- Retraksi dada
- Suara mengi
- Bibir kebiruan

PENCEGAHAN

- ✓ Kontrol kehamilan rutin
- ✓ Hindari merokok/alkohol
- ✓ Kelola diabetes/hipertensi
- ✓ Konsumsi makanan bergizi

Tips untuk kuman:

Lampiran III

DATA RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

Nama	: Rimarsha Gestina
NIM	: KHGA22002
Tempat Tanggal Lahir	: Garut, 31 Agustus 2025
Agama	: Islam
Alamat	: Kp. Jatisari, kec Karangpawitan

B. Riwayat Pendidikan

SDN Sindanggalih 2

SMPN 5 Garut

SMKN 1 Garut

STIKes Karsa Husada Garut