

**KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI NY. T DENGAN RDS  
(*RESPIRATORY DISTRESS SYNDROM*) DI RUANGAN NHCU  
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANES KUPANG”**

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada  
Program Studi DIII keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes  
Kupang



**MARIA YOSEFA MOI  
NIM. PO.530320116264**

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI D III KEPERAWATAN  
2019**

### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Maria Yosefa Moi  
NIM : PO. 530320116264  
Program Studi : Diploma III Keperawatan  
Institusi : Politektik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat buktikan studi kasus ini hasil jiblanan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Pembuat Pernyataan



Maria Yosefa Moi

NIM : PO. 530320116264

Mengetahui

Pembimbing



Aben B. Y. H. Romana, S. Kep, Ns., M. Kep

NIP. 196711181989032001

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Maria Yosefa Moi, NIM.  
PO.530320116264 dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pada Bayi  
Ny. T Dengan RDS (*Respiratory Distress Syndrome*) di Ruang  
NHCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang**"  
telah di periksa dan di setujui untuk di ujikan

Disusun Oleh :



Maria Yosefa Moi

NIM. PO. 530320116264

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi  
D- III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada tanggal 12 juni 2019

Pembimbing



Aben B. Y. H. Romana, S. Kep. Ns., M. Kep

NIP. 196711181989032001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

"Asuhan Keperawatan Pada Bayi Ny. T Dengan RDS  
(*Respiratory Distress Syndrome*) di Ruang NHCU  
RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Disusun Oleh :



Maria Yosefa Moi

NIM. PO. 530320116264

Dewan Penguji

Penguji I



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes

NIP. 19691128 199303 1 005

Penguji II



Aben B. Y. H. Romana, S. Kep. Ns., M. Kep

NIP. 196711181989032001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes

NIP. 19691128 199303 1 005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Toi, S.Kep.NS., MSc-PH

NIP. 19770727 200003 2 002

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Maria Yosefa Moi  
Tempat/Tanggal Lahir : Bosiko, 01 Mei 1997  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Kel. Fatukoa, Jln. Nainoman IV  
Riwayat pendidikan :

1. Tamat SD Impres Dolumolo Tahun 2010
2. Tamat SMP Negeri 8 Kupang Tahun 2013
3. Tamat SMA Negeri 3 Kupang Tahun 2016
4. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang

### **“MOTTO”**

**Dimana ada doa disitu ada jawaban**

**Dimana ada iman disitu pasti ada mujizat**

**Dimana ada penghargaan disitu pasti ada kekuatan**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan studi kasus ini dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada By.Ny.T Dengan RDS ( *Respiratory Distress Syndrom*) Di Ruang NHCU RSUD Prof. Dr.W.Z.Yohanes Kupang dengan baik.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar besarnya kepada Ibu Aben B. Y. H. Romana, S.Kep,Ns, M.Kep. selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi, merevisi, serta melengkapi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini dan juga tidak lupa terima kasih kepada bapak Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kes selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis juga mengucapkan limpah trima kasih kepada:

1. Ibu Ragu Harming Kristina, SKM., M. Kes selaku direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan Studi Kasus
2. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan Studi Kasus
3. Ibu Margaretha Telli, S. Kep, Ns., MSc-PH selaku ketua prodi D III Keperawatan Kupang
4. Seluruh dosen dan karyawan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
5. Orangtua wali yang terkasih yang dengan setia, sabar dan penuh cinta selalu mendukung penulis secara moril dan materil bapak Yohanes

Don Bosco U. G dan ibu Konstantina M . F. Wua Luna dalam menyelesaikan Studi Kasus

6. Bapak Fanci dan mama Adel yang selalu memberi dukungan doa dan motivasi selama proses perkuliahan dan selalu mendukung dalam menyelesaikan Studi Kasus
7. Orangtua tercinta yang dengan sabar mendidik saya dan memberikan dukungan doa serta motivasi dalam penyelesaian Studi Kasus
8. Kakak terbaik Lora Eno dan Shinta Kelli yang telah memberikan semangat dan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus
9. Sahabat sahabat terbaik Serlin Seko, Elsha Goy, Beatrix Jendi, Kenso Oenunu, James Boimau, Joni Suban, Victoria Pandie, Priscila Angelia, Ina Ola, yang telah memberikan dukungan doa dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus .

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritikan dan saran yang bersifat konstruktif dari pembaca sangat diharapkan demi kesempurnaan dari Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga segala budi baik dari semua pihak diberkati oleh Tuhan Yang Maha Esa

Akhirnya penulis mengharapakan Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Kupang, 12 Juni 2019

Penulis

## ABSTRAK

Asuhan keperawatan pada Bayi Ny. T dengan RDS (*Respiratory Distress Syndrome*) di ruangan NHCU RSUD Prof Dr. W. Z Johannes Kupang  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Jurusan Keperawatan  
Karya Tulis Ilmiah, 12 Juni 2019

Nama: Maria Yosefa Moi , NIM: PO. 530320116264

**Latar Belakang:** Sindroma gagal nafas (*respiratory distress sindrom, RDS*) adalah istilah yang digunakan untuk disfungsi pernafasan pada neonatus. Gangguan ini merupakan penyakit yang berhubungan dengan keterlambatan perkembangan maturitas paru atau tidak adekuatnya jumlah surfaktan dalam paru. Gangguan dan kelainan pernafasan menjadi penyebab utama kematian neonatal (35,9%), lalu prematuritas (42,4%) dan sepsis (12%). Data bayi lahir dengan RDS di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) tahun 2015 sebanyak 107 jiwa (Dinkes Provinsi NTT, 2015). **Tujuan:** untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada bayi Ny. T dengan RDS di ruangan NHCU RSUD Prof W. Z Johannes Kupang. **Metode:** desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah. **Hasil:** dari hasil pengkajian ditemukan 2 diagnosa keperawatan yaitu Hipotermia berhubungan dengan adaptasi lingkungan luar rahim dan Resiko infeksi berhubungan dengan terpaparnya kuman patogen. **Kesimpulan:** Asuhan keperawatan pada bayi Ny. T dengan RDS dilakukan melalui 5 tahap proses keperawatan. semua diagnosa keperawatan dapat dilaksanakan sesuai intervensi yang telah ditetapkan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan diatas dapat dilakukan secara optimal. **Saran:** untuk institusi agar menyediakan literatur yang menunjang dalam melakukan studi kasus khususnya berkaitan dengan RDS, dan untuk penulis dapat meningkatkan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan

**Kata kunci:** RDS, Asuhan Keperawatan, Bayi



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK.....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1. LatarBelakang .....	1
1.2. Tujuan Studi Kasus.....	4
1.2.1 Tujuan Umum.....	4
1.2.2 Tujuan Khusus.....	4
1.3. Manfaat Studi Kasus.....	5
<b>BAB 2 TINJUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Teori.....	6
2.1.1 Pengertian RDS.....	6
2.1.2 Etiologi RDS.....	6
2.1.3 Patofisiologi RDS.....	7
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	8
2.1.5 Komplikasi.....	8
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik.....	9
2.1.7Penatalaksanaan.....	10
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan RDS.....	10
2.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	10
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	11
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	11
2.2.4 Implementai Keperawatan.....	14
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	15
<b>BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN</b>	
3.1 Hasil Studi Kasus.....	16
3.1.1 Gambaran umum tempat Studi Kasus.....	16
3.1.2 Pengkajian Studi Kasus.....	16
3.1.3 Diagnosa Keperawatan.....	17

3.1.4	Intervensi Keperawatan.....	18
3.1.5	Implementasi Keperawatan .....	19
3.1.6	Evaluasi Keperawatan.....	22
3.2	Pembahasan.....	23
3.2.1	Pengkajian Keperawatan.....	23
3.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	24
3.2.3	Intervensi Keperawatan.....	25
3.2.4	Implementasi Keperawatan.....	25
3.2.5	Evaluasi Keperawatan.....	26
<b>BAB 4 KESIMPULAN DAN SARAN</b>		
4.1	Kesimpulan.....	27
4.2	Saran .....	28
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>31</b>

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Gagal nafas pada neonatus merupakan masalah klinis yang sangat serius, yang berhubungan dengan tingginya morbiditas, mortalitas, dan biaya perawatan. Sindroma gagal nafas (respiratory distress sindrom, RDS) adalah istilah yang digunakan untuk disfungsi pernafasan pada neonatus. Gangguan ini merupakan penyakit yang berhubungan dengan keterlambatan perkembangan maturitas paru atau tidak adekuatnya jumlah surfaktan dalam paru (Marmi & Rahardjo, 2012).

*Respiratory Distress Syndrom* (RDS) atau Sindrom Distres Pernapasan merupakan kumpulan gejala yang terdiri dari dispnea, frekuensi pernapasan yang lebih dari 60 kali per menit, adanya sianosis, adanya rintihan pada saat ekspirasi serta ada retraksi dinding dada saat inspirasi. Penyakit ini merupakan penyakit membran hialin dimana terjadi perubahan atau kurangnya komponen surfaktan pulmoner. Komponen ini merupakan suatu zat aktif pada alveoli yang dapat mencegah kolapsnya paru. Fungsi surfaktan itu sendiri adalah merendahkan tegangan permukaan alveolus sehingga tidak terjadi kolaps dan mampu menahan sisa udara pada akhir ekspirasi. Penyakit ini sering terjadi pada bayi prematur mengingat produksi surfaktan yang kurang (Hidayat, 2003).

Kegawatan pernafasan dapat terjadi pada bayi aterm maupaun pada bayi preterm, yaitu bayi dengan berat lahir cukup maupun dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Bayi dengan BBLR yang preterm mempunyai potensi kegawatan lebih besar karena belum maturnya fungsi organ organ tubuh. Kegawatan sistem pernafasan dapat terjadi pada bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram dalam bentuk sindroma gagal nafas dan asfiksia neonatorum yang terjadi pada bayi cukup bulan paru (Marmi & Rahardjo, 2012).

Angka kematian bayi merupakan indikator yang digunakan untuk melihat status kesehatan anak, dan kondisi ekonomi penduduk secara keseluruhan. Kematian bayi adalah kematian yang terjadi pada periode sejak bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat satu tahun. Kematian bayi dipengaruhi oleh jumlah kematian neonatal

Angka kejadian RDS di Eropa sebelum pemberian rutin antenatal steroid dan postnatal surfaktan sebanyak 2-3 %, di USA 1,72% dari kelahiran bayi hidup periode 1998 - 1987. Secara tinjauan kasus, di negara-negara Eropa sebelum pemberian rutin antenatal steroid dan postnatal surfaktan, terdapat angka kejadian RDS 2-3%, di USA 1,72% dari kelahiran bayi hidup periode 1986-1987. Sedangkan jaman moderen sekarang ini dari pelayanan NICU turun menjadi 1% di Asia Tenggara. Di Asia Tenggara penyebab terbanyak dari angka kesakitan dan kematian pada bayi prematur adalah RDS. Sekitar 5 -10% didapatkan pada bayi kurang bulan, 50% pada bayi dengan berat 501-1500 gram. Angka kejadian berhubungan dengan umur gestasi dan berat badan dan menurun sejak digunakan surfaktan eksogen. Saat ini RDS didapatkan kurang dari 6% dari seluruh neonatus (WHO, 2012).

Gangguan dan kelainan pernapasan menjadi penyebab utama kematian neonatal (35,9%), lalu prematuritas (42,4%) dan sepsis (12%). Data bayi lahir dengan RDS di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) tahun 2015 sebanyak 107 jiwa (Dinkes Provinsi NTT, 2015).

Data yang didapatkan dari buku register di Ruang NICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada bulan Januari sampai dengan bulan Mei 2019 angka kelahiran bayi dengan RDS yang dirawat di ruang NICU mencapai 86 orang (Buku Register Ruang NICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes).

Gagal nafas dapat terjadi pada bayi dengan gangguan pernafasan yang dapat menimbulkan dampak yang cukup berat bagi bayi berupa kerusakan otak atau bahkan kematian. Akibat dari gangguan pernafasan adalah terjadinya kekurangan oksigen (hipoksia) pada bayi. Bayi akan

beradaptasi terhadap kekurangan oksigen dengan mengaktifkan metabolisme anaerob yang akan menghasilkan asam Laktat. Dengan memburuknya keadaan asidosis dan penurunan aliran darah ke otak maka akan terjadi kerusakan otak dan organ lain karena hipoksia dan iskemia. Hal ini dapat menyebabkan kematian pada neonatus (Ainsworth, 2006).

Penatalaksanaan utama gagal napas pada neonatus adalah terapi suportif dengan ventilasi mekanis, dan oksigenasi konsentrasi tinggi. Terapi lainnya meliputi high-frequency ventilator, terapi surfaktan, inhalasi nitrat oksida dan extracorporeal membran oxygenation (ECMO). Penanganan neonatus yang mengalami gagal napas memerlukan suatu unit perawatan intensif, dan penatalaksanaan yang optimal tergantung pada sistem perawatan neonatal yang ada yaitu ketersediaan tenaga ahli, fasilitas yang memiliki kemampuan dalam menilai dan memberikan tatalaksana kehamilan resiko tinggi, serta memiliki kemampuan menerima rujukan dari fasilitas kesehatan dibawahnya (Surasmi 2013)

Peningkatan kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu prioritas pembangunan nasional 2015-2019. Upaya penurunan kematian bayi memerlukan informasi tentang model intervensi pelayanan kesehatan bayi yang sesuai di Indonesia. Tujuannya untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan bayi dalam rangka menurunkan angka kematian bayi di Indonesia.

Peningkatan status kesehatan dan gizi ibu dan anak adalah satu dari enam sasaran pokok Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019. Rencana Strategis (RENSTRA) Kementerian Kesehatan 2015-2019 menyatakan bahwa Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama meliputi paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional. Pada pilar penguatan pelayanan kesehatan menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko. Ibu dan anak merupakan kelompok rentan karena berisiko tinggi terhadap kesakitan dan kematian. Status kesehatan ibu dan anak yang dinyatakan dalam angka kematian ibu (AKI) dan angka

kematian bayi (AKB) di Indonesia saat ini tinggi dan termasuk tinggi bila dibandingkan dengan negara Association of Southeast Asian Nations (ASEAN)lainnya. Pemerintah telah melakukan berbagai upaya pemerintah dalam menurunkan kematian bayi,antara lain adalah bantuan operasional kesehatan (BOK), jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas), jaminan persalinan semesta (Jampersal) dan program rutin lainnya. Program tersebut dilaksanakan samadi seluruh Indonesia dengan indikator-indikator pencapaian yang juga sama (Jurnal Kesehatan, 2017).

Dengan melihat latar belakang diatas maka saya melakukan Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Bayi Ny. T dengan RDS diruangan NHCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

## **1.2 Tujuan Studi Kasus**

### **1. Tujuan Umum**

Mahasiswa dapat mendeskripsikan asuhan keperawatan pada By.Ny.T dengan RDS (*Respiratory Distress Syndrome*) diruangan NHCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

### **2. Tujuan Khusus**

Mahasiswa dapat:

- 1) Melakukan Pengkajian Keperawatan pada By. Ny. T dengan RDS diruangan NHCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
- 2) Menetapkan Diagnosa Keperawatan pada By. Ny. T dengan RDS diruangan NHCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
- 3) Menyusun Intervensi Keperawatan pada By. Ny. T dengan RDS diruangan NHCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
- 4) Melakukan Implementasi Keperawatan pada By.Ny.T dengan RDS diruangan NHCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
- 5) Melakukan Evaluasi Keperawatan pada By. Ny.T dengan RDS diruangan NHCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

### **1.3 Manfaat Studi Kasus**

#### **1. Manfaat Teoritis**

Hasil Studi Kasus ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dan tambahan bagi pengembangan ilmu keperawatan khususnya bidang ilmu keperawatan anak yang berkaitan pada asuhan keperawatan pada bayi dengan RDS.

#### **2. Manfaat Praktisi**

##### **1) Bagi Lahan Praktek**

Sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan khususnya pada bayi dengan RDS.

##### **2) Bagi Institusi**

Sebagai acuan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada bayi dengan RDS.

##### **3) Bagi Penulis**

Menambah wawasan dalam bidang ilmu keperawatan anak tentang asuhan keperawatan yang diberikan pada bayi dengan RDS.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 KONSEP TEORI

##### 2.1.1 Pengertian RDS (*Respiratory Distress Syndrome*)

Sindroma gagal nafas (*respiratory distress sindrom, RDS*) adalah istilah yang digunakan untuk disfungsi pernafasan pada neonatus. Gangguan ini merupakan penyakit yang berhubungan dengan keterlambatan perkembangan maturitas paru atau tidak adekuatnya jumlah surfaktan dalam paru. (Marmi & Rahardjo, 2012)

Sindrom gawat napas RDS (*Respiratory Distress Syndrom*) adalah istilah yang digunakan untuk disfungsi pernafasan pada neonatus. Gangguan ini merupakan penyakit yang berhubungan dengan keterlambatan perkembangan maturitas paru. Gangguan ini biasanya juga dikenal dengan nama *hyaline membran disease* (HMD) atau penyakit membran hialin, karena pada penyakit ini selalu ditemukan membran hialin yang melapisi alveoli (Surasmi, dkk, 2003).

##### 2.1.2 Etiologi RDS (*Respiratory Distress Syndrome*)

Penyebab kegagalan pernafasan pada neonatus yang terdiri dari faktor ibu, faktor plasenta, faktor janin dan faktor persalinan. Faktor ibu meliputi hipoksia pada ibu, usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, gravida empat atau lebih, sosial ekonomi rendah, maupun penyakit pembuluh darah ibu yang mengganggu pertukaran gas janin seperti hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, dan lain-lain. Faktor plasenta meliputi solusio plasenta, perdarahan plasenta, plasenta kecil, plasenta tipis, plasenta tidak menempel pada tempatnya.

Faktor janin atau neonatus meliputi tali pusat menumbung, tali pusat melilit leher, kompresi tali pusat antara janin dan jalan lahir, gemeli, prematur, kelainan kongenital pada neonatus dan lain-lain. Faktor persalinan meliputi partus lama, partus dengan tindakan dan lain-lain.



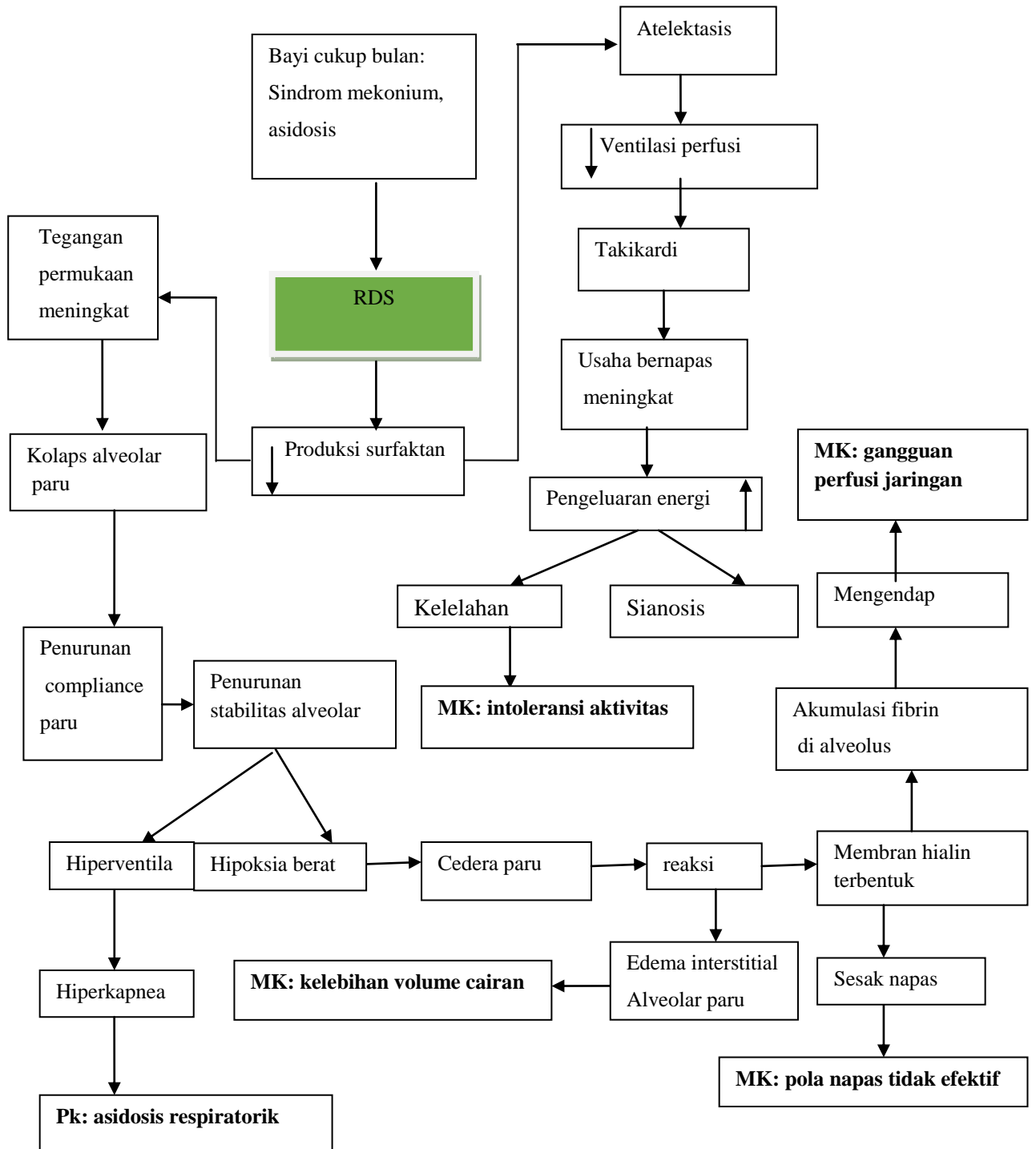
Sindroma gagal nafas adalah perkembangan imatur pada sistem pernafasan atau tidak adekuatnya jumlah surfaktan pada paru-paru-paru. Sementara afiksia neonatorum merupakan gangguan pernafasan akibat ketidakmampuan bayi beradaptasi terhadap asfiksia. Biasanya masalah ini disebabkan karena adanya masalah-masalah kehamilan dan pada saat persalinan (Marmi & Rahardjo, 2012).

### 2.1.3 Patofisiologi RDS (*Respiratory Distress Syndrome*)

Kegawatan pernafasan dapat terjadi pada bayi dengan gangguan pernafasan yang dapat menimbulkan dampak yang cukup berat bagi bayi berupa kerusakan otak atau bahkan kematian. Akibat dari gangguan pada sistem pernafasan adalah terjadinya kekurangan oksigen (hipoksia) pada tubuh bayi akan beradaptasi terhadap kekurangan oksigen dengan mengaktifkan metabolisme anaerob. Apabila keadaan hipoksia semakin berat dan lama, metabolisme anaerob akan menghasilkan asam laktat.

Dengan memburuknya keadaan asidosis dan penurunan aliran darah ke otak maka akan terjadi kerusakan otak dan organ lain karena hipoksia dan iskemia. Pada stadium awal terjadi hiperventilasi diikuti stadium apneu primer. Pada keadaan ini bayi tampak sianosis, tetapi sirkulasi darah relative masih baik. Curah jantung yang meningkat dan adanya vasokonstriksi perifer ringan menimbulkan peningkatan tekanan darah dan reflek bradikardi ringan. Depresi pernafasan pada saat ini dapat diatasi dengan meningkatkan implus aferen seperti perangsangan pada kulit. Apneu normal berlangsung sekitar 1-2 menit. Apnea primer dapat memanjang dan diikuti dengan memburuknya sistem sirkulasi. Hipoksia miokardium dan asidosis akan memperberat bradikardi, vasokonstriksi dan hipotensi. Keadaan ini dapat terjadi sampai 5 menit dan kemudian terjadi apneu sekunder. Selama apneu sekunder denyut jantung, tekanan darah dan kadar oksigen dalam darah terus menurun. Bayi tidak bereaksi terhadap rangsangan dan tidak menunjukkan upaya pernafasan secara spontan. Kematian akan terjadi kecuali pernafasan buatan dan pemberian oksigen segera dimulai (Marmi & Rahardjo, 2012).

PATWAY RDS (Suriadi & Yuliani)



#### 2.1.4 Manifestasi klinis

Berat atau ringannya gejala klinis pada penyakit RDS (*Respiratory Distress Syndrom*) ini sangat dipengaruhi oleh tingkat maturitas paru. Semakin rendah berat badan dan usia kehamilan, semakin berat gejala klinis yang ditunjukkan. Gejala dapat tampak beberapa jam setelah kelahiran. Bayi RDS (*Respiratory Distress Syndrom*) yang mampu bertahan hidup sampai 96 jam pertama mempunyai prognosis yang lebih baik. Gejala umum RDS yaitu: takipnea (>60x/menit), pernapasan dangkal, mendengkur, sianosis, pucat, kelelahan, apnea dan pernapasan tidak teratur, penurunan suhu tubuh, retraksi suprasternal dan substernal, pernapasan cuping hidung ( Surasmi, dkk 2013)

#### 2.1.5 Komplikasi

Menurut Cecily & Sowden (2009) Komplikasi RDS yaitu:

- 1) Ketidakseimbangan asam basa
- 2) Kebocoran udara (Pneumothoraks, pneumomediastinum, pneumoperikardium, pneumoperitonium, emfisema subkutan, emfisema interstisial pulmonal)
- 3) Perdarahan pulmonal
- 4) Penyakit paru kronis pada bayi 5%-10%
- 5) Apnea
- 6) Hipotensi sistemik
- 7) Anemia
- 8) Infeksi (pneumonia, septikemia, atau nosokomial)
- 9) Perubahan perkembangan bayi dan perilaku orangtua

Komplikasi yang berhubungan dengan prematuritas

- 1) Paten Duktus Arteriosus (PDA) yang sering dikaitkan dengan hipertensi pulmonal
- 2) Perdarahan intraventrikuler
- 3) Retinopati akibat prematuritas
- 4) Kerusakan neurologis

### 2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Cecily & Sowden (2009) pemeriksaan penunjang pada bayi dengan RDS yaitu:

1. Kajian foto thoraks
  - 1) Pola retikulogranular difus bersama udara yang saling tumpang tindih.
  - 2) Tanda paru sentral dan batas jantung sukar dilihat, hipoinflasi paru
  - 3) Kemungkinan terdapat kardiomegali bila sistem lain juga terkena (bayi dari ibu diabetes, hipoksia atau gagal jantung kongestif)
  - 4) Bayangan timus yang besar
  - 5) Bergranul merata pada bronkogram udara yang menandakan penyakit berat jika muncul pada beberapa jam pertama
2. Gas darah arteri-hipoksia dengan asidosis respiratorik dan atau metabolik
  - 1) Hitung darah lengkap
  - 2) Elektrolit, kalsium, natrium, kalium, glukosa serum
  - 3) Tes cairan amnion (lesitin banding spingomielin) untuk menentukan maturitas paru
  - 4) Oksimetri nadi untuk menentukan hipoksia

### 2.1.7 Penatalaksanaan

#### 1. Penatalaksanaan medis

Menurut Cecily & Sowden (2009) penatalaksanaan medis pada bayi RDS (*Respiratory Distress Syndrom*) yaitu:

- 1) Perbaiki oksigenasi dan pertahankan volume paru optimal
  - a. Penggantian surfaktan melalui selang endotrakeal
  - b. Tekanan jalan napas positif secara kontinu melalui kanul nasal untuk mencegah kehilangan volume selama ekspirasi
  - c. Pemantauan transkutan dan oksimetri nadi
  - d. Fisioterapi dada/Tindakan kardiorespirasi tambahan
- 2) Pertahankan kestabilan suhu
- 3) Berikan asupan cairan, elektrolit, dan nutrisi yang tepat
- 4) Pantau nilai gas darah arteri, Hb dan Ht serta bilirubin

- 5) Lakukan transfusi darah seperlunya
- 6) Hematokrit guna mengoptimalkan oksigenasi
- 7) Pertahankan jalur arteri untuk memantau PaO<sub>2</sub> dan pengambilan sampel darah
- 8) Berikan obat yang diperlukan

## 2. Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut Surasmi (2003) penatalaksanaan keperawatan terhadap RDS meliputi tindakan pendukung yang sama dalam pengobatan pada bayi prematur dengan tujuan mengoreksi ketidakseimbangan. Pemberian minum per oral tidak diperbolehkan selama fase akut penyakit ini karena dapat menyebabkan aspirasi. Pemberian minum dapat diberikan melalui perenteral.

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah proses pengumpulan data untuk mendapatkan berbagai informasi yang berkaitan dengan masalah yang dialami klien. Pengkajian dilakukan dengan berbagai cara yaitu anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik yang dilakukan dilaboratorium. (Surasmi dkk,2013).

Data yang dicari dalam riwayat keperawatan adalah

- 1) Kaji riwayat kehamilan sekarang (apakah selama hamil ibu menderita hipotensi atau perdarahan )
- 2) Kaji riwayat neonatus (lahir afiksia akibat hipoksia akut, terpajan pada keadaan hipotermia)
- 3) Kaji riwayat keluarga (koping keluarga positif
- 4) Kaji nilai apgar rendah (bila rendah di lakukan tindakan resusitasi pada bayi).
- 5) Pada pemeriksaan fisik akan ditemukan tanda dan gejala RDS. Seperti: takipnea (>60x/menit), pernapasan mendengkur, retraksi dinding dada, pernapasan cuping hidung, pucat, sianosis, apnea.

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Setelah didapatkan data dari pengkajian, data tersebut dianalisis. Selanjutnya semua masalah yang ditemukan dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan untuk menentukan intervensi keperawatan (Cecily & Sowden, 2009) .

Diagnosa keperawatan dari RDS yang sering muncul (Nanda, 2015).

- 1) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolar-kapiler
- 2) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi
- 3) Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada paru-paru
- 4) Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, terpajan kuman patogen
- 5) Hipotermia berhubungan dengan adaptasi lingkungan luar rahim

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan . intervensi disusun berdasarkan NANDA (2015-2017), NOC dan NIC.

NO	Dx Keperawatan	NOC	NIC
1.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolar-kapiler <b>Batasan karakteristik:</b> -Takipneu -Dispnea -Nafas cuping hidung -Sianosis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, pertukaran gas pasien menjadi efektif dengan kriteria hasil: 1. Ventilasi dan oksigenasi adekuat 2. Bebas dari tnda tanda distress pernafasan	Terapi Oksigen: 1. Kelola humidifikasi oksigen sesuai peralatan 2. Siapkan peralatan oksigenasi 3. kelola O <sub>2</sub> sesuai indikasi 4. monitor terapi osigen dan observasi tanda keracunan O <sub>2</sub>

2.	<p>Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ada retraksi dinding dada</li> <li>-takipneu</li> <li>-dispnea</li> <li>-nafas pendek</li> <li>-suara nafas tambahan</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pola nafas efektif dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pernafasan dalam batas normal (40-60x/menit)</li> <li>-pengerbangan dada simetris</li> <li>-irama nafas teratur</li> <li>-tidak ada retraksi dinding dada</li> <li>-tidak ada suara nafas tambahan</li> <li>-tidak takipneu</li> </ul>	<p>Monitor pernafasan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan upaya naik</li> <li>2. Monitor pergerakan, kesimetrisan dada, retraksi dada, dan alat bantu</li> <li>3. Monitor adanya pernafasan cupinh hidung</li> <li>4. Monitor pola nafas bardipnea, takipnea,hiperventilasi, lusmaul,dan apnea</li> <li>5. Monitor adanya kelemahan otot diagfragama</li> <li>6. Auskultasi suara nafas, catat area penurunan dan ketidakadanya ventilasi dan bunyi nafas</li> </ol>
3.	<p>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret</p> <p>Batsan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-batuk tidak efektif</li> <li>-dispneu</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam pasien dapat meningkatkan status pernafasan yang adekuat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-tidak ada suara nafas tambahan</li> <li>-tidak ada retraksi dinding dada</li> </ul>	<p>Manajemenjalan nafas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersihkan sluran pernafasan dan pastikan <i>airway</i> paten</li> <li>2. Monitor perilaku dan status mental pasien, kelelahan agitasi dan</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gelisah</li> <li>-sianosis</li> <li>-bunyi nafas tambahan</li> <li>-sputum berlebih</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-sekret berkurang</li> <li>-pernafasan dalam batas normal(40-60x/menit)</li> <li>-tidak sianosis</li> </ul>	<p>konfus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Posisikan klien dengan elevasi tempat tidur</li> <li>4. Monitor efek sedasi dan angetikpada pola nafas klien</li> <li>5. Berikan posisi semi fowler dengan posisi lateral 10 – 15 derajat atau sesuai toleransi</li> </ol>
4.	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan terpajannya kuman patogen</p> <p>batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-tanda gejala infeksi</li> <li>-kulit kemerahan</li> <li>-kenaikan suhu tubuh</li> </ul>	<p>Dalam jangka waktu 1 jam pasien akan terbebas dari resiko infeksi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-bebas dari tanda tanda infeksi</li> <li>-kemampuan mencegah infeksi</li> <li>-jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>-suhau dalam batas normal</li> </ul>	<p>Kontrol infeksi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai</li> <li>2. Pertahankan teknik isolasi</li> <li>3. Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>4. Intruksikan pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah berkinjung</li> <li>5. Gunakan sabun antimikrobauntuk cuci tangan</li> <li>6. Cuci tangan sebelum dan sesudah perawatan pasien</li> <li>7. Pertahankan lingkunag naseptik selama pemasangan alat</li> </ol>



			8. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai petunjuk umum 9. Tingkatkan intake nutrisi 10. Berikan terapi antibiotik bila perlu
5.	Hipotermia berhubungan dengan adaptasi lingkungan Batasan karakteristik: -suhu dibawah batas normal -pucat -kulit dingin -kuku sianosis	Dalam jangka waktu 1 jam pasien akan terbebas dari hipotermi dengan kriteria hasil: -suhu dalam batas normal -nadi dan HR dalam batas normal -tidak sianosis -tidak pucat -kulit hangat	Perawatan hipotermia 1. Monitor suhu tubuh tiap 2 jam 2. Monitor warna kulit dan suhu kulit 3. Kaji tanda tanda hipertermi atau hipotermi 4. Tingkatkan intake nutrisi dan cairan 5. Selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh

#### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi keperawatan adalah kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan dengan cara mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

#### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Surasmi (2013) Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yg menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Mengakhiri rencana tindakan (klien telah mencapai tujuan yg ditetapkan)

## BAB 3

### HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

#### 3.1 Hasil Studi Kasus

##### 3.1.1 Gambaran umum tempat studi kasus

Studi Kasus ini dilakukan di RSUD Prof Dr.W.Z.Yohanes Kupang yang merupakan salah satu Rumah Sakit rujukan di kota Kupang. Studi kasus ini dilakukan pada tanggal 27 - 30 Mei 2019 di ruangan NHCU. Ruangan NHCU merupakan ruangan perawatan intensif yang disediakan khusus untuk bayi baru lahir yang mengalami gangguan kesehatan.

##### 3.1.2 Pengkajian studi kasus

Pengkajian dilakukan di ruangan NHCU pada tanggal 29 Mei 2019 jam 08:30 WITA. Saat dilakukan pengkajian terkait identitas klien dengan melihat status klien. Dan didapat nama klien By. Ny T berjenis kelamin perempuan, umur 3 hari tanggal lahir 26 Mei 2019, tanggal masuk RS 26 Mei 2019 dengan jenis persalinan SC dengan indikasi denyut jantung bayi lemah.

Tempat persalinan di RSUD Prof.Dr.W.Z. Johanes Kupang. Pasien masuk di ruangan NHCU dengan diagnosa medis RDS ringan. Riwayat bayi Apgar score 4- 7, dengan usia gestasi 39 minggu, berat badan lahir 2.900 gram. PB: 47cm, LK: 33cm dan LP; 32cm. TTV: Nadi: 130x/menit, suhu:36,0°C, dan pernapasan: 40x/menit. Suhu lingkungan ber AC dengan suhu: 26-27 °C pasien tidak menggunakan inkubator pasien ditempatkan pada infant warmers, kulit teraba dingin. komplikasi persalinan tidak ada, aspirasi mekonium tidak ada,tidak ada lilitan tali pusat. Dengan Riwayat ibu: gravida: 2, partus : 2 abortus: 0.

Pada saat pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sakit ringan, kesadaran composmentis. Refleks moro ada, menggenggam kuat, mengisap kuat dan menelan. Tonus/ aktivitas : tenang, menangis kuat, warna kulit merah muda, turgor kulit elastis, tidak ada lanugo. Bentuk kepala normal, fontanel anterior lunak, mata normal refleks terhadap

cahaya, kedua bola mata simetris, THT: normal, bibir tidak sumbing, abdomen tegas, Liver teraba, keadaan tali pusat masih basah, masih diklem dan belum kering. umbilikus normal, paru-paru suara napas kanan kiri sama, suara napas, bersih, respirasi spontan, tidak terpasang alat bantu napas.

Pemeriksaan genitalia, bentuk kelamin normal, labia dan klitoris tidak ada oedema dan masa, labia mayora menutupi labia minora. Punggung normal, Anus paten. Pada Ekstremitas gerakan bebas, ekstremitas atas normal, ekstremitas bawah normal.

### 3.1.3 Diagnosa Keperawatan

#### Analisa Data

NO	Data pendukung	Etiologi	Masalah
	DS:- DO: kulit pasien teraba dingin, akral dingin, menangis kuat, pasien ditempatkan di infant warmers, TTV: Suhu 36,0°C, HR: 40x/menit, Nadi: 130x/menit.	Adaptasi lingkungan luar rahim	Hipotermia
	DS:- DO: tali pusat pasien masih basah dan masih diklem, TTV: Suhu 36,0°C, HR: 40x/menit, Nadi: 130x/menit.	Terpapar kuman patogen	Resiko infeksi

Berdasarkan analisa data diatas maka diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan yaitu: 1) Hipotermia berhubungan dengan adaptasi lingkungan luar rahim 2) Resiko infeksi berhubungan dengan terpajannya kuman patogen.

### 3.1.4 Intervensi keperawatan

NO	Dx Keperawatan	NOC	NIC
1	Hipotermia berhubungan dengan adaptasi lingkungan luar rahim	Dalam jangka waktu 1 jam pasien akan terbebas dari hipotermi dengan kriteria hasil: -suhu dalam batas normal -nadi dan HR dalam batas normal -tidak sianosis -tidak pucat -kulit hangat	Perawatan hipotermia  1. Monitor suhu tubuh tiap 2 jam 2. Monitor warna kulit dan suhu kulit 3. Kaji tanda tanda hipertermi atau hipotermi 4. Tingkatkan intake nutrisi dan cairan 5. Selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh
2	Resiko infeksi berhubungan dengan terpajannya kuman patogen	Dalam jangka waktu 1 jam pasien akan terbebas dari resiko infeksi dengan kriteria hasil: -bebas dari tanda tanda infeksi -kemampuan mencegah infeksi -jumlah leukosit dalam batas normal -suhu dalam batas	Kontrol infeksi:  1. Anjurkan pengunjung untuk mencuci tangan pada saat memasuki dan meninggalkan ruangan pasien 2. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan yang sesuai

		normal	<p>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah perawatan pasien</p> <p>4. Berikan imunisasi yang direkomendasikan</p>
--	--	--------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3.1.5 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

NO	Dx Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Hipotermia berhubungan dengan adaptasi lingkungan luar rahim	<p>10:00 WITA</p> <p>10:30 WITA</p> <p>11:00 WITA</p> <p>11:17 WITA</p>	<p>1. Memonitor suhu tubuh hasil yang didapat suhu: 36,3°C,</p> <p>2. Memonitor warna kulit bayi merah, dan tidak ada sianosis,</p> <p>3. Mengganti popok Bayi menangis karena popoknya basah</p>	<p>S: (tidak terkaji)</p> <p>O: pasien tampak tenang, akral hangat, kulit hangat, pasien tampak tidur pulas TTV: Suhu: 37,0°C, HR: 45x/menit, Nadi: 125x/menit</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi no 1 dan 2 dilanjutkan pada saat kunjungan rumah</p>

			<p>4. Menyelimuti bayi dan memakaikan topi bayi tenang saat dibungkus atau diselimuti dan pasien tidur dengan pulas.</p>	
2	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan terpajannya kuman patogen</p>	<p>08:00 WITA</p> <p>08:30 WITA</p> <p>09:00 WITA</p> <p>09:30 WITA</p>	<p>1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah perawatan pasien</p> <p>Setiap melakukan tindakan pada pasien harus mencuci tangan</p> <p>2. Menggunakan sabun antimikroba untuk mencuci tangan</p> <p>Dalam melakukan tindakan pada bayi harus</p>	<p>S: (tidak terkaji)</p> <p>O: Pasien tampak tenang, akral hangat, pasien tampak tidur pulas, tali pusat masih diklem dan masih basah, TTV: Suhu: 37,0°C, dan HR: 45x/menit, Nadi:125x/menit, pasien baru saja menerima Imunisasi HB0 padapaha kanan.</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi no 1 dan 3 dilanjutkan saat kunjungan rumah</p>

		11:30 WITA	<p>mencuci tangan</p> <p>3. Batasi pengunjung Anggota yang boleh masuk ke ruangan NHCU hanya orangtua bayi</p> <p>4. Menganjurkan pengunjung untuk mencuci tangan Setiap ibu yang datang untuk menyusui bayi mereka harus mencuci tangan terlebih dahulu</p> <p>5. Memberikan imunisasi Bayi Ny. T menerima imunisasi HB0 Bayi menerima imunisasi HB0 sesuai dengan umur bayi.</p>	
--	--	---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



Evaluasi menggunakan catatan perkembangan

No	Dx keperawatan	Hari/tanggal/jam	Perkembangan
1	Hipotermia berhubungan dengan adaptasi lingkungan luar rahim	30/05/2019 13.20 WITA	S: (tidak terkaji) O: Pasien tampak tenang,akral hangat,kulit hangat, TTV:Suhu: 37,3°C, HR:45x/menit, Nadi:120x/menit A: Masalah teratasi P: Intervensi dilanjutkan pada saat kunjungan rumah hari ke 2
		31/05/2019 12.45 WITA	S: (tidak terkaji) O: Pasien tampak tenang,akral hangat,kulit hangat, pasien tampak tidur pulas TTV:Suhu: 37,5°C, HR:55x/menit, Nadi:135x/menit A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan
2	Resiko infeksi berhubungan dengan terpajannya kuman patogen	30/05/2019 13.30 WITA	S: (tidak terkaji) O: Pasien tampak tenang, akral hangat, pasien tampak tidur pulas, tali pusat masih diklem dan masih belum kering TTV: Suhu: 37,3°C, dan HR: 45x/menit, Nadi:120x/menit, A: Masalah teratasi P: Intervensi dilanjutkan saat

		31/05/2019 12.30 WITA	kunjungan rumah ke-2  S: (tidak terkaji) O: Pasien tampak tenang, akral hangat, pasien tampak tidur pulas, tali pusat masih diklem dan masih belum kering, tidak ada tanda-tanda infeksi TTV: Suhu: 37,5°C, dan HR: 55x/menit, Nadi:135x/menit, A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan
--	--	--------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil Studi Kasus asuhan keperawatan yang dilakukan pada bayi Ny. T dengan RDS di ruangan NHCU RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang. Penulis akan mengutarakan tentang kesenjangan antara teori dan kasus nyatanya dengan menggunakan manajemen asuhan keperawatan yang dimulai dari Pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### 3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah proses pengumpulan data untuk mendapatkan berbagai informasi yang berkaitan dengan masalah yang dialami klien. Pengkajian dilakukan dengan berbagai cara yaitu anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik yang dilakukan dilaboratorium (Surasmi dkk, 2013).

Data yang dicari dalam riwayat keperawatan adalah kelahiran praterm, riwayat kehamilan, sekarang (apakah selama hamil ibu menderita hipotensi atau perdarahan), riwayat neonatus (lahir asfiksia akibat hipoksia akut, terpajan pada keadaan hipotermia), riwayat keluarga positif, nilai apgar rendah (termasuk tindakan resusitasi yang dilakukan pada bayi). Sedangkan pada kasus bayi Ny. T riwayat kelahiran bayi sudah aterm hal

ini disebabkan karena oleh faktor janin yang mengalami penurunan denyut jantung.

Pada pemeriksaan fisik akan ditemukan tanda dan gejala RDS. Gejala tersebut dapat terjadi pada saat kelahiran atau antara waktu dua jam. Perkembangan penyakit terjadi dengan cepat yang dimulai dengan :Takipnea (>60x/menit), pernapasan mendengkur, retraksi dinding dada, pernapasan cuping hidung, pucat, sianosis, apnea.

Pada kasus bayi Ny. T sudah tidak ditemukan lagi tanda dan gejala sesuai teori seperti Takipnea (>60x/menit), pernapasan mendengkur, retraksi dinding dada, pernapasan cuping hidung, ucac, sianosis, apnea. Hal ini disebabkan karena bayi sudah mendapatkan tindakan kolaborasi dan tindakan keperawatan diruangan NICU.Pada kasus bayi Ny. T tidak ada tanda dan gejala yang mendukung untuk dilakukan pemeriksaan penunjang..

### 3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori (NANDA 2015-2017) didapatkan lima diagnosa keperawatan yaitu; 1) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolar-kapiler, 2) Pola nafas tidak efektif berhubungan denganhiperventilasi, 3) Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada paru-paru, 4) Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, terpajan kuman patogen, 5) Hipotermia berhubungan dengan adaptasi lingkungan luar rahim

Pada kasus nyata penulis menemukan dua diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori yaitu: 1) Hipotermia berhubungan dengan adaptasi lingkungan luar rahim 2) Resiko infeksi berhubungan dengan terpajannya kuman patogen.

Sedangkan diagnosa keperawatan 1) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolar-kapiler, 2) Pola nafas tidak efektif berhubungan denganhiperventilasi 3) Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret pada paru-

paru, tidak ditegakkan hal ini disebabkan karena tidak ada data pendukung untuk menegakkan diagnosa keperawatan tersebut.

### 3.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan . intervensi disusun berdasarkan NANDA (2015-2017), NOC dan NIC (2013). Diagnosa hipotermia berhubungan dengan adaptasi lingkungan luar rahim tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan terpajannya kuman patogen secara teori intervensinya yaitu: 1) Bersihkan lingkungan setelah dipakai 2) Pertahankan teknik isolasi,

3) Batasi pengunjung bila perlu, 4) Intruksikan pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah berkunjung, 5) Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan, 6) Cuci tangan sebelum dan sesudah perawatan pasien  
7) Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat, 8) Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai petunjuk umum, 9) Tingkatkan intake nutrisi 10) Berikan terapi antibiotik bila perlu

Pada kasus terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena pada konsep teori intervensi: 1) Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai petunjuk umum, 2) Berikan terapi antibiotik bila perlu.

Sedangkan pada kasus nyata bayi Ny. T tidak terpasang infus dan tidak menerima terapi antibiotik. Dan pada teori tidak ada intervensi berikan imunisasi yang sesuai tetapi pada kasus nyata intervensinya berikan imunisasi yang direkomendasikan.

### 3.2.4 Implementasi keperawatan

Tindakan yang dilakukan disesuaikan dengan perencanaan yang telah ditetapkan pada masing- masing diagnosa keperawatan. (Surasmi, dkk 2013).

Pada diagnosa keperawatan hipotermia berhubungan dengan adaptasi lingkungan luar rahim tindakan keperawatan yang telah dilakukan yaitu: 1) Memonitor suhu tubuh tiap 2 jam, 2) Memonitor warna kulit dan suhu

kulit<sup>3</sup>)Mengkaji tanda tanda hipertermi atau hipotermi, 4)Meningkatkan intake nutrisi dan cairan 5) Menyelimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh.

Semua tindakan diatas telah dilakukan sesuai perencanaan keperawatan yang sudah ditetapkan.

Pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan terpajannya kuman patogen tindakan keperawatan yang yang telah dilakukan yaitu:

- 1) Menganjurkan pengunjung untuk mencuci tangan pada saat memasuki dan meninggalkan ruangan pasien
- 2) Menggunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan yang sesuai
- 3) Mencuci tangan sebelum dan sesudah perawatan pasien
- 4) membatasi pengunjung
- 5) Memberikan imunisasi yang direkomendasikan

Pada konsep teori tindakan keperawatan berikan imunisasi yang direkomendasikan tidak ada namun penulis melakukan imunisasi HB0 pada bayi Ny. T karena sesuai dengan tahap perkembangan umur bayi.

Pada konsep teori terdapat tindakan melakukan perawatan infus dan memberikan antibiotik yang sesuai namun penulis tidak melakukan tindakan tersebut karena pada kasus bayi Ny. T tidak terpasang infus dan tidak mendapatkan terapi antibiotik.

### 3.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi dari diagnosa keperawatan hipotermia berhubungan dengan adaptasi lingkungan luar rahim yaitu: S: (tidak terkaji) O:pasien tampak tenang,akral hangat,kulit hangat, pasien tampak tidur pulas TTV:Suhu: 37,0°C, HR:45x/menit, Nadi:125x/menit A: masalah teratasiP: Intervensi dilanjutkan pada saat kunjungan rumah.

Evaluasi pada diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan terpajannya kuman patogen yaitu: S: (tidak terkaji) O: Pasien tampak tenang, akral hangat, pasien tampak tidur pulas, tali pusat masih diklem dan masih basah, TTV: Suhu: 37,0°C, dan HR: 45x/menit, Nadi:125x/menit, pasien baru saja menerima Imunisasi HB0 padapaha kananA: masalah teratasi P:intervensi dilanjutkan saat kunjungan rumah.

## **BAB 4**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### 4.1 Kesimpulan

##### 1. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian pada bayi Ny. T yaitu keadaan umum bayi tampak sakit ringan, bayi di tempatkan pada infant warmers, kulit teraba dingin, bayi tidak sesak napas, tidak ada retraksi dinding dada, tidak sianosis, tidak ada pernafasn cuping hidung. Berat badan lahir 2.900 gram dengan panjang badan 47 cm, lingkaran kepala 33 cm, lingkaran perut 32 cm, TTV: Suhu: 36,0°C HR: 40X/menit, Nadi 230x/menit. Bayi mendapat intake ASI dengan kebutuhan cairan 35 CC/ 8 jam.

##### 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang ditegakkan pada bayi Ny. T dengan RDS di Ruang NHCU RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang adalah hipotermia berhubungan dengan adaptasi lingkungan luar rahim dan resiko infeksi berhubungan terpajan kuman patogen.

##### 3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan pada Bayi Ny. T di Ruang NHCU RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes tahun 2019 antara lain diagnosa Hipotermia berhubungan dengan adaptasi lingkungan luar rahim. 1) Monitor suhu tubuh paling tidak 2 jam sesuai kebutuhan 2) Monitor suhu dan warna kulit 3) Monitor dan laporkan adanya tanda dan gejala hipotermia atau hipertermia 4) Tingkatkan intake cairan dan nutrisi adekuat 5) Selimuti bayi.

Diagnosa keperawatan kedua resiko infeksi berhubungan dengan terpajannya kuman patogen. 1) Anjurkan pengunjung untuk mencuci tangan pada saat memasuki dan meninggalkan ruangan pasien 2) Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan yang sesuai 3) Cuci tangan sebelum

dan sesudah perawatan pasien 4) batasi pengunjung 5) Berikan imunisasi yang sesuai.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan hipotermia berhubungan dengan adaptasi lingkungan luar rahim tindakan keperawatan yang telah dilakukan yaitu: 1) Memonitor suhu tubuh tiap 2 jam 2) Memonitor warna kulit dan suhu kulit 3) Mengkaji tanda-tanda hipertermi atau hipotermi 4) Meningkatkan intake nutrisi dan cairan 5) Menyelimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh. Semua tindakan di atas telah dilakukan sesuai perencanaan keperawatan yang sudah ditetapkan.

Pada diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan terpajannya kuman patogen tindakan keperawatan yang tidak dilakukan yaitu: 1) Menghimbau pengunjung untuk mencuci tangan pada saat memasuki dan meninggalkan ruangan pasien 2) Menggunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan yang sesuai 3) Mencuci tangan sebelum dan sesudah perawatan pasien

4) Memberikan imunisasi yang direkomendasikan

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada bayi Ny. T di Ruang NHCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang tahun 2019 dengan diagnosa pertama Hipotermia berhubungan dengan adaptasi lingkungan luar rahim masalahnya sudah teratasi. Diagnosa kedua resiko infeksi berhubungan dengan terpajan kuman patogen masalahnya sudah teratasi. Bayi dipulangkan intervensi dilanjutkan pada saat kunjungan rumah.

#### 4.2 Saran

##### 1. Untuk lahan praktek

Diharapkan dapat meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan yang komprehensif pada bayi resiko tinggi khususnya pada bayi dengan RDS

##### 2. Untuk institusi

Diharapkan dapat menyediakan literatur yang menunjang dalam melakukan studi kasus khususnya berkaitan dengan RDS

3. Untuk Penulis

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada bayi resiko tinggi khususnya bayi dengan RDS



## DAFTAR PUSTAKA

Cecily & Sowden (2009). Buku Saku Keperawatan Pedriatik. Edisi 5. Jakarta: EGC

Dinkes Provinsi NTT. (2015). Profil Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur.

Kementrian Kesehatan [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) NTT 2015. Di akses tanggal 29 Mei 2019

Nelson, (2011), Ilmu Ksesehatan Anak Esensial, Ed 6, Jakarta: Elsevier

Nelson, (2010), Esensi Pediatri, Ed 4, Jakarta: EGC

Sudarti & Fauziah. (2013). Asuhan Neonatus Resiko Tinggi dan Kegawatan. Cetakan I. Yogyakarta: Nuha medika

Surasmi,Asrining.2003.*Perawatan Bayi Resiko Tinggi*.Jakarta: EGC

Suriadi dan Yuliani, R. 2001. *Asuhan Keperawatan Pada Anak*, edisi 1 Jakarta : CV Agung Seto

Rahardjo dan Marmi,2012, Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Prasekolah. Jakarta : Pustaka Belajar

Wong, (2008), Buku Ajar Keperawatan Pediatrik, Jakarta: EGC.



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK  
INDONESIA

JURUSAN KEPERAWATAN

Piet A. Tallo Liliba Kupang –Telp/Fax: [0380] 881045

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN PADA  
BAYI

Nama Mahasiswa : Maria Yosefa Moi  
NIM : PO. 530320116264  
Tempat Praktek : RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang  
Tanggal Pengkajian : 28 Mei 2019

I. IDENTITAS KLIEN

Nama Klien [inisial] : By. Ny. T  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Umur : 3 hari  
Tanggal Lahir : 26 Mei 2019  
Tanggal masuk RS : 26 Mei 2019  
Jenis Persalinan : SC  
Bayi  
Tempat Persalinan : RS  
Penolong Persalinan : Dokter  
2019

NO MR : 513517

Nama Orangtua : Tn. A.W  
Pekerjaan : PNS  
No Telp : 081398456889  
Alamat : Maulafa  
Status Perkawinan : Kawin  
Sumber Informasi : Ayah

Diagnosa Medis : RD Ringan  
Tanggal Pengkajian : 28 Mei

II. KELUHAN UTAMA

**Riwayat Bayi**

Apgar Score : 4-7

Usia Gestasi : 39 Minggu

Berat Badan Lahir : 2.900 gram Panjang Badan 47 Cm

Berat Badan Saat Dikaji : 2.900 gram

Komplikasi Persalinan : ada

- Aspirasi Mekonium : tidak ada
- Lilitan Tali Pusat : tidak ada
- Ketuban Pecah Dini : tidak
- Masalah Lain : Denyut Jantung Lemah

Tanda Vital

Suhu : 36,0°C Nadi : 130x/menit Pernapasan : 40x/menit

Riwayat Ibu :

○ Usia 35 tahun	○ Gravida 2	○ Partus 0
--------------------	----------------	---------------

Komplikasi Kehamilan: tidak ada

- a) Plasenta previa : tidak ada
- b) Preeklamsia/eklamsia : tidak ada
- c) Persalinan Prematur : tidak
- d) Masalah Persalinan : denyut jantung bayi lemah

#### A. Pengkajian Fisik

##### 1. Keadaan Umum

Sakit Ringan, GCS : 4, 5, 6

Kesadaran : Composmentis

##### 2. Refleksi

Moro : ada mengenggam : kuat menangis : kuat mengisap : kuat

##### 3. Tonus/Aktivitas : tenang menangis keras

##### 4. Kulit

Warna kulit : merah mudah

Turgor kulit : elastis

Lanugo : tidak ada

##### 5. Kepala/leher

Frontanel anterior : lunak

##### 6. Mata : normal refleksi terhadap cahaya

##### 7. THT : normal

##### 8. Wajah

Gambaran wajah : simetris

Bibir sumbing : tidak ada

##### 9. Abdomen : tegas

Lingkar Perut 23 Cm

Liver : teraba

Umbilikus : normal

Bising usus : 5 x/menit

##### 10. Paru-paru

Suara nafas kiri dan kanan : sama

Suara nafas : bersih

Respirasi : spontan

11. Jantung

Denyut nadi : 130x/menit

Sianosis saat menangis : tidak ada

12. Genitalia

Wanita : ya

Labia dan klitoris : tidak ada masa dan edema

13. Punggung dan anus

Punggung : normal

Meconium : tidak ada

Anus : paten

14. Ekstremitas

Gerakan : bebas

Ekstremitas atas : normal

Ekstremitas bawah : normal

15. Suhu

Suhu lingkungan : 26°C

Inkubator : tidak memakai inkubator

Suhu kulit : dingin

B. Pemeriksaan Penunjang

1. Darah Lengkap : tidak dilakukan pemeriksaan
2. Feses : tidak dilakukan pemeriksaan
3. Faal Hati: tidak dilakukan pemeriksaan
4. Lain-lain : tidak dilakukan pemeriksaan

C. Terapi ( tanggal)

1. Parenteral : tidak menerima terapi
2. Obat- obatan : tidak menerima obat obatan

Kupang 28 Mei 2019

Yang mengkaji

( Maria Yosefa Moi)

Nim. PO. 530320116264

Lampiran 6: Lembar Konsultasi



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp: (0380)8800256  
Fax (0380) 8800256, Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : MARIA YOSEFA MOI  
NIM : PO. 530320116264  
NAMA PEMBIMBING : ABEN B. Y. H. ROMANA, S. Kep, Ns., M. Kep

NO	TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	31/05/2019	Konsultasi judul karya tulis ilmiah, Bab 1 dan Bab 2.	Perbaiki cover, latar belakang, definisi sesuai sumber, tambahkan data pada latar belakang meliputi (tambahkan data untuk dunia, indonesia, dan ruangan) penulisan dari awal sampai akhir harus konsisten.	

2.	05/06/2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2 dan Bab 3.	Perbaiki latar belakang tambahkan skala masalah, kronologis, dampak solusi dan peran pemerintah, lengkapi halaman nomor, perhatikan tnda spasi dalam penulisan KTI	A
3.	09/06/2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2, dan Bab 3.	Perbaiki lembar persetujuan dan pengesahan, perbaiki daftar pustaka sesuai abjad, intervensi pada teori gunakan NIC NOC, perbaiki BAB 3 dan 4	A
4.	10/05/2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2, Bab 3 dan Bab 4.	Lengkapi lampiran, penulisan KTI, Perbaiki BAB 3 dan 4.	A
5.	12/05/2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2, Bab 3 dan Bab 4.	Ujian sidang tanggal 12 juni dan revisi Studi Kasus dari pembimbing dan penguji	A
6.	18/05/2019	Konsultasi Abstrak dan power point.	Revisi KTI BAB 1, BAB 2, BAB 3, dan BAB 4. Ganti pathway kasus	A
7.	19/05/2019	konsultasi Abstrak dan sistematika penulisan	ACC untuk ujian ditunjukan pada penguji	A

DOKUMENTASI KUNJUNGAN RUMAH







