

4. Fase terminasi

Melakukan evaluasi tindakan pada menit menit 30, dan 1 jam setelah pemberian dan mendokumentasikan tindakan



Gambar 2. 2 Gambar Posisi Quarter Prone

2.2.7 Kriteria Evaluasi

1. Respon : Sesak berkurang, saturasi dalam batas normal, bayi tidak gelisah, tidak rewel, retraksi dada berkurang, bayi merasa nyaman
2. Berikan reinforcement positif
3. Mengakhiri kegiatan dengan baik

2.3 Konsep Pola Napas Tidak Efektif

2.3.1 Pengertian Pola Napas Tidak Efektif

Pola napas tidak efektif merupakan suatu keadaan dimana inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI,

2016). Berdasarkan uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa pola napas tidak efektif pada asfiksia adalah suatu keadaan pada bayi baru lahir yang tidak dapat bernapas secara spontan dimana pertukaran O₂ (respirasi) dan CO₂ (ekspirasi) tidak teratur atau tidak adekuat.

2.3.2 Data Mayor Minor Pola Napas Tidak Efektif

Pola napas tidak efektif terdiri dari gejala dan tanda mayor serta gejala dan tanda Gejala minor (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2016)

Tabel 2. 1 Tanda Dan Gejala Mayor Minor Pola Napas Tidak Efektif

Tanda dan gejala mayor	
Subyektif	Obyektif
1. <i>dyspnea</i>	1. Penggunaan otot bantu pernapasan. 2. Fase ekspirasi memanjang 3. Pola napas abnormal.
Tanda dan gejala minor	
Subyektif	Obyektif
1. Ortopnea	1. Pernapasan pursed-lip 2. Pernapasan cuping hidung 3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat 4. Ventilasi semenit menurun 5. Kapasitas vital menurun 6. Tekanan ekspirasi menurun 7. Tekanan inspirasi menurun 8. Ekskursi dada berubah

2.3.3 Faktor Penyebab Pola Napas Tidak Efektif

Pola napas tidak efektif dapat disebabkan oleh beberapa hal menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) yaitu :

1. Depresi pusat pernapasan
2. Hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan).
3. Deformitas dinding dada.
4. Deformitas tulang dada.
5. Gangguan neuromuskuler.
6. Gangguan neurologis (mis. EEG positif, cedera kepala, gangguan kejang).
7. Imaturitas neurologis.
8. Penurunan energi.
9. Obesitas.
10. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru.
11. Sindrom hipoventilasi.
12. Kerusakan invasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas)
13. Cedera pada medulla spinalis
14. Efek agen farmakologis

2.3.4 Penatalaksanaan Pola Napas Tidak Efektif

Adapun salah satu intervensi yang dapat dilakukan yaitu dengan melakukan pengaturan posisi *Quarter Prone* . Posisi *Quarter Prone* merupakan posisi bayi dimiringkan kiri atau kanan dengan kepala diatas gulungan kain dan seperti memeluk guling, namun posisi hampir seperti tengkurap (Nurbetti Br Ginting, 2021).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

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).

1. Pengkajian terhadap faktor resiko

- a. Maternal : Usia, riwayat kesehatan yang lalu, perkembangan social dan riwayat pekerjaan.
- b. Obsetrik : Parity, periode, kondisi kehamilan terakhir
- c. Perinatal : Antenatal, informasi prenatal maternal health (DM,jantung)
- d. Intra Partumevent :
 - a) Usia gestasi : Lebih dari 34 minggu sampai dengan 42 minggu.
 - b) Lama dan karakteristik persalinan : Persalinan lama pada kala I dan II KPD 24 jam.
 - c) Kondisi ibu : Hipo/Hiper tensi progsif perdarahan, infeksi. d) Keadaan yang mengidentifikasi fetaldisstres HR lebih dari 120 x sampai dengan 140 x / menit.
 - d) Penggunaan analgesic
 - e) Metode meahirkan : Sectio Caesaria, Forsep, Vakum

2. Pengkajian Fisik

- a. Eksternal : Perhatikan warna, bercak warna , kuku, lipatan pada telapak kaki, periksa potensi hidung dengan menutup sebelah lubang hidung sambil mengobservasi pernafasan dan perubahan kulit.
- b. Dada : Palpasi untuk mencari detak jantung yang terkencang, auskultasi untuk menghitung denyut jantung, perhatikan bunyi nafas pada setiap dada.
- c. Abdomen : Verifikasi adanya abdomen yang berbentuk seperti kubam atau tidak ada anomaly, perhatikan jumlah pembuluh darah pada tali pusat.
- d. Neurologis : Periksa tonus otot dan reaksi reflex.

3. Pemeriksaan Penunjang

4. Nilai APGAR

Skor APGAR, Skor optimal harus antara 7 sampai 10. Pernafasan pada bayi baru lahir normal biasanya 30 sampai 60 x/menit. Pola periodic dapat terlihat. Bunyi napas bilateral, kadang-kadang krekel umum pada awalnya. Silindrik torak: kartilago xifoid menonjol, umum terjadi.

Tabel 2. 2 Tabel APGAR Score

APGAR SCORE	0	1	2
Appearance	Pucat	Bedan merah, ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
Grimace	Tidak ada	Sedikit gerakan mimic	Menangis, batuk/bersin
Activity	Lumpuh	Beberapa fleksi ekstensi	Pergerakan aktif
Respiration	Tidak ada	Lemah tidak teratur	Menangis kuat

5. Pengkajian

a. Aktivitas/Istirahat

Status sadar mungkin 2-3 jam beberapa hari pertama, bayi tampak semi koma saat tidur ; meringis atau tersenyum adalah bukti tidur dengan gerakan mata cepat, tidur sehari rata-rata 20 jam.

b. Pernapasan dan Peredaran Darah

Bayi normal mulai bernapas 30 detik sesudah lahir, untuk menilai status kesehatan bayi dalam kaitannya dengan pernapasan dan peredaran darah dapat digunakan metode APGAR Score. Namun secara praktis dapat dilihat dari frekuensi denyut jantung dan pernapasan serta wajah, ekstremitas dan seluruh tubuh, frekwensi denyut jantung bayi normal berkisar antara 120-140 kali/menit (12 jam pertama setelah kelahiran), dapat berfluktuasi dari 70-100 kali/menit (tidur) sampai 180 kali/menit (menangis). Pernapasan bayi normal berkisar antara 30-60 kali/menit warna ekstremitas, wajah dan seluruh tubuh bayi adalah kemerahan. Tekanan darah sistolik bayi baru lahir 78 dan tekanan diastolik rata-rata 42, tekanan darah berbeda dari hari ke hari selama bulan pertama kelahiran. Tekanan darah sistolik bayi sering menurun (sekitar 15 mmHg) selama satu jam pertama setelah lahir. Menangis dan bergerak biasanya menyebabkan peningkatan tekanan darah sistolik.

c. Suhu Tubuh

Suhu inti tubuh bayi biasanya berkisar antara 36,50C-370C. Pengukuran suhu tubuh dapat dilakukan pada aksila atau pada rektal.

d. Kulit

Kulit neonatus yang cukup bulan biasanya halus, lembut dan padat dengan sedikit pengelupasan, terutama pada telapak tangan, kaki dan selangkangan. Kulit biasanya dilapisi dengan zat lemak berwarna putih kekuningan terutama di daerah lipatan dan bahu yang disebut vernikskaseosa.

e. Keadaan dan Kelengkapan Ekstremitas

Dilihat apakah ada cacat bawaan berupa kelainan bentuk, kelainan jumlah atau tidak sama sekali pada semua anggota tubuh dari ujung rambut sampai ujung kaki juga lubang anus (rektal) dan jenis kelamin.

f. Tali Pusat

Pada tali pusat terdapat dua arteri dan satu vena umbilikal. Keadaan tali pusat harus kering, tidak ada perdarahan, tidak ada kemerahan di sekitarnya.

g. Refleks

Beberapa refleks yang terdapat pada bayi :

1. Refleks moro (refleks terkejut). Bila diberi rangsangan yang mengagetkan akan terjadi refleks lengan dan tangan terbuka.
2. Refleks menggenggam (palmergraps). Bila telapak tangan dirangsang akan memberi reaksi seperti menggenggam. Plantargraps, bila telapak kaki dirangsang akan memberi reaksi.
3. Refleks berjalan (stepping). Bila kakinya ditekankan pada bidang datar atau diangkat akan bergerak seperti berjalan.
4. Refleks mencari (rooting). Bila pipi bayi disentuh akan menoleh kepalanya ke sisi yang disentuh itu mencari puting susu.

5. Refleks menghisap (sucking). Bila memasukan sesuatu ke dalam mulut bayi akan membuat gerakan menghisap.

h. Berat Badan

Pada hari kedua dan ketiga bayi mengalami berat badan fisiologis. Namun harus waspada jangan sampai melampaui 10% dari berat badan lahir. Berat badan lahir normal adalah 2500 sampai 4000 gram.

i. Mekonium

Mekonium adalah feces bayi yang berupa pasta kental berwarna gelap hitam kehijauan dan lengket. Mekonium akan mulai keluar dalam 24 jam pertama.

j. Antropometri

Dilakukan pengukuran lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran lengan atas dan panjang badan dengan menggunakan pita pengukur. Lingkaran kepala frontooccipitalis 34cm, suboksipito-bregmatika 32cm, mentooccipitalis 35cm. Lingkaran dada normal 32-34 cm. Lingkaran lengan atas normal 10-11 cm. Panjang badan normal 48-50 cm.

k. Seksualitas

Genitalia wanita ; Labia vagina agak kemerahan atau edema, tanda vagina/himen dapat terlihat, rabas mukosa putih (smegma) atau rabas berdarah sedikit mungkin ada. Genitalia pria ; Testis turun, skrotum tertutup dengan rugae, fimosis biasa terjadi.

2.4.2 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) Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) diagnose keperawatan yang muncul pada *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) yaitu :

1. Pola nafas tidak efektif
2. Bersihan jalan tidak efektif
3. Resiko Infeksi

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Menurut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2016) dan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) rencana keperawatan pada bayi *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) yaitu :

Tabel 2. 3 Tabel Intervensi Keperawatan Pada Bayi Dengan *Respiratory Distress Syndrome*

Diagnosa Keperawatan	Tujuan (Kriteria hasil)	Intervensi
1. D.0005 Pola nafas tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas efektif dengan kriteria hasil: 1. Dyspnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Ortopnea menurun 4. Pernapasan cuping hidung menurun 5. Frekuensi napas membaik 6. Kedalaman napas membaik	Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usahanapas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt</i> (<i>jaw-thrust</i> jika curiga trauma servikal)

		2. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, <i>jika perlu</i> 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forseps McGill 8. Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> Edukasi 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, <i>jika tidak kontraindikasi</i> 2. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i>.
2. D.0001 Bersihan jalan napas tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi menurun 4. Wheezing menurun 5. Mekonium pada	Pemantauan Respirasi (I.01014) Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas 2. Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes) 3. Monitor kemampuan batuk efektif

		neonatus menurun	4. Monitor adanya sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan nafas 6. Palpasi kesimestrisan paru 7. Akultasi bunyi nafas 8. Monitor saturasi oksigen 9. Monitor nilai AGD 10. Monitor hasil x-ray toraks Terapeutik 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisipasien 2. Dokumentasi hasil pemantauan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan
3. D.0142 Infeksi	Resiko	Setelah di lakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria: 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Terapeutik 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk

		4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Edukasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu
--	--	--

2.4.4 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 (Kurniasari et al., 2023)

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut (Kurniasari et al., 2023) Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Mengakhiri rencana tindakan (klien telah mencapai tujuan yang ditetapkan)

BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah studi kasus dengan metode kualitatif. Dimana peneliti melakukan proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi dan kemudian menganalisis terkait masalah-masalah yang ditemukan dengan konsep teori yang ada.

3.2 Subyek Penelitian

Subjek dalam studi kasus ini adalah Bayi NY “B” usia 6 hari yang mengalami *Respiratory Distress Syndrome* (RDS). Subjek dalam studi kasus ini telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

3.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria Inklusi : Meliputi diagnosa medis yaitu *Respiratory Distress Syndrom*

Kriteria Eksklusi : Meliputi neonates dengan keadaan umum buruk, neonatus dengan penyakit jantung bawaan, hidrosefalus, dan hiperbilirubinemia yang harus di fototerapi karena intervensi pemberian posisi *Quarter Prone* ini dilakukan reposisi setiap 30 menit. Pengambilan sampling menggunakan *purposive sampling*.

3.4 Lokasi dan Waktu

Tempat : Ruang NICU RSUD Bangil

Waktu : Waktu pengambilan data 26 Desember 2023, intervensi
dilakukan 27 – 29 Desember 2024

3.5 Instrumen dan Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang dilakukan yaitu dengan wawancara dan observasi. Wawancara informasi dilakukan dengan keluarga dan perawat jaga. Observasi dilakukan dengan melihat kondisi pasien setiap 30 menit selama 1 jam. Instrumen yang digunakan dalam studi kasus ini yaitu format asuhan keperawatan neonatus, observasi penilaian respiratory rate dan status oksigenasi dan alat ukur waktu/ jam tangan.

3.6 Analisa Data & Penyajian Data

Analisis data yang digunakan yaitu dengan Memvalidasi data dan Observasi , Mengenali Pola atau Pengelompokan, Membuat kesimpulan. Penyajian data pada penelitian kualitatif dilakukan dalam bentuk teks yang bersifat naratif (narrative tex). Pada penelitian kualitatif, peneliti menyajikan data berdasarkan narasumber yang telah dipilih dan telah memenuhi tujuan peneliti melalui hasil wawancara dan observasi (Sugiyono, 2021)

BAB 4

HASIL KASUS

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 26 Desember 2023 di RSUD Bangil Pasuruan, data diambil menggunakan wawancara, pemeriksaan fisik dan lembar observasi keperawatan anak.

4.1.1 Biodata

DATA BAYI

Nama bayi	By Ny B
BB/PB	3100 g/ 43cm
Jenis Kelamin	Perempuan
Apgar Score	6
Tanggal lahir	21/12/2023
Diagnosa medis	<i>Respiratory distress syndrome (RDS)</i>

DATA IBU & AYAH

	IBU	AYAH
Nama	Ny B	Tn D
Umur	35 tahun	35 tahun
Agama	Perempuan	Laki laki
Pendidikan	Smp	Smk
Alamat	Purwodadi	Purwodadi

4.1.2 Keluhan Utama/Alasan Kunjungan

Menurut perawat jaga by B mengalami sesak napas, retraksi dinding dada, pernapasan cuping hidung dan mengalami penurunan status oksigenasi yaitu RR 78x/menit SpO₂ : 94 % dengan diagnosa medis *Respiratory Distress Syndrom* (RDS)

4.1.3 Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Penyakit Sekarang

By B masuk ke ruang NICU RSUD Bangil dari ruang VK pada tanggal 21 Desember 2023 dengan keluhan sesak napas, retraksi dinding dada, pernapasan cuping hidung dan mengalami penurunan saturasi oksigen RR 78x/menit SpO₂ : 94 %. Lahir dengan SC ibu dengan komplikasi DMG pada minggu ke 25 + Katarak G4P3Ab0 Uk 35 – 36 minggu. Pada saat pengkajian tanggal 26 Desember 2023 didapatkan TTV Nadi : 140x/menit RR : 68x/menit SpO₂ : 97%.

b. Riwayat Tumbuh Kembang

1) *Ante Natal Care*

RIWAYAT ANTE NATAL CARE

1. Jumlah kunjungan Ny. B mengatakan selama hamil 4 kali memeriksakan kehamilan. Yaitu pemeriksaan pertama dan kedua dilakukan di puskesmas dekat tempat tinggal, ketiga pada trimester ketiga, pemeriksaan dilakukan di dokter praktik dan melakukan USG dan yang keempat dilakukan seminggu sebelum persalinan di Rumah sakit
2. Bidan/dokter Ny. B mengatakan memeriksakan kehamilannya di

- | | | |
|-----|----------------------------|--|
| | | puskesmas, dokter praktik dan RS |
| 3. | Pend kes yang didapat | Ny. B mengatakan ada pendidikan kesehatan yang di dapat saat melakukan pemeriksaan kehamilan yaitu tentang DM |
| 4. | HPHT | 25 Desember 2023 |
| 5. | Kenaikan bb selama hamil | Ny. B mengatakan Bbnya naik 15 kg selama hamil
BB sebelum hamil : 65 kg
BB saat hamil : 80 kg |
| 6. | Komplikasi obat | Ny. B mengatakan tidak memiliki komplikasi dengan obat-obatan tertentu |
| 7. | Obat – obatan yang didapat | Ny. B mengatakan diberi obat penambah darah dan obat anti mual saat pemeriksaan kehamilan di puskesmas, dan diberikan obat untuk mengontrol gula darah dari RS |
| 8. | Pengobatan yang didapat | Tablet tambah darah, obat anti mual dan obat pengontrol gula darah
1. Metformin
2. Sangobion
3. B6 |
| 9. | Riwayat hospitalisasi | Ny. B mengatakan sebelumnya melahirkan di bidan desa |
| 10. | Golongan darah ibu | O+ |

2) *Intra Natal Care*

RIWAYAT *INTRA NATAL CARE*

- | | | |
|----|-----------------|--|
| 1. | Awal persalinan | Ny. B mengatakan persalinannya pada 21 Desember 2023 pukul 08.00 |
| 2. | Lama persalinan | Ny. B mengatakan lama persalinannya $\pm$ 1 jam |
| 3. | Cara melahirkan | Ny. B melahirkan dengan sectio caesarea |

4. Komplikasi Ny. B tidak ada komplikasi selama persalinan persalinan

3) *Post Natal Care*

1. Penilaian *down score* pada bayi

Tabel 4. 1 Hasil *Down Score* By B

Pemeriksaan	0	1	2
Frekuensi napas	< 60x/menit	60 -80x/menit	>80x/menit
Retraksi	Tidak ada retraksi	Retraksi ringan	Retraksi berat
Sianosis	Tidak sianosis	Sianosis hilang dengan 02	Sianosis menetap walaupun diberik 02
Air entry	Udara masuk bilateral	Penurunan ringan udara masuk	Tidak ada udara masuk
Merintih	Tidak merintih	Dapat didengar dengan stetoskop	Dapat didengar dengan alat bantu

Hasil :

6 = Gangguan napas sedang : Membutuhkan Nasal CPAP

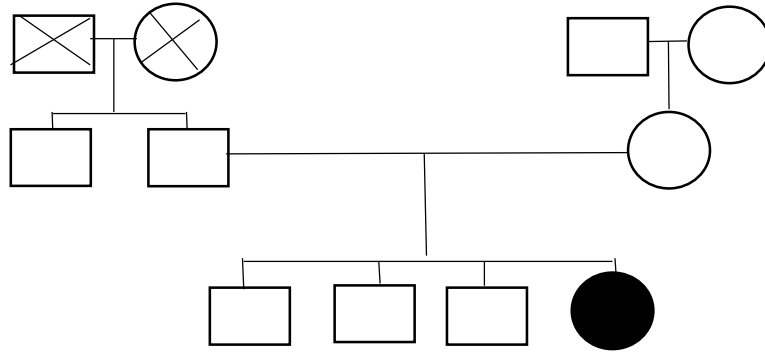
Interpretasi Hasil : Saat dilakukan penilaian diperoleh hasil *down score* yaitu 6

RIWAYAT *POST NATAL CARE*

- Usaha napas Bayi di bantu dengan alat ventilator
- Apgar score menit pertama Apgar Score 6
- Kebutuhan resusitasi Tidak dilakukan resusitasi
- Kebutuhan nutrisi Perawat mengatakan bayi dianjurkan untuk stop oral sementara waktu
- Adanya truma lahir Tidak memiliki trauma lahir
- Keluarnya urin Nampak ada pengeluaran urin
- BAB Nampak ada pengeluaran urin

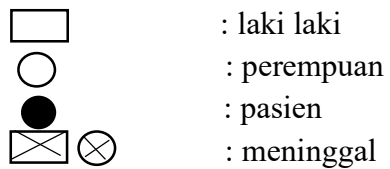
4.1.4 Riwayat Keluarga & Sosial

1. struktur keluarga



Gambar 4. 1 Genogram Keluarga

Keterangan :



G1 : Ny. R mengatakan kakek dan nenek dari ayah pasien sudah lama meninggal,.

Kakek dan nenek dari ibu pasien dalam keadaan sehat

G2 : Ayah pasien berusia 35 tahun, ayah pasien memiliki 1 saudara laki-laki. Ibu pasien berusia 35 tahun, ibu pasien tidak memiliki saudara. Tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit menular

G3 : Pasien memiliki 3 saudara laki laki usia 13, 9, 5, tahun. Ketiga kakak pasien dalam keadaan sehat. Pasien adalah anak keempat berusia 6 hari, saat ini sedang dirawat di ruang NICU RSUD Bangil Pasuruan karena mengalami RDS

2. Budaya

- | | | |
|----|---|---|
| a. | Suku | Madura |
| b. | Agama | Islam |
| c. | Bahasa utama | Indonesia |
| | | |
| 3. | Perencanaan makanan bayi | Ny. B mengatakan belum merencanakan makanan untuk bayinya nanti |
| 4. | Hubungan orangtua dan bayi | Ny. B mengatakan bahwa tidak ada masalah sosial yang dialami |
| 5. | Orang terdekat yang dapat dihubungi | Ny. B mengatakan hubungannya dengan bayi baik, begitupun dengan ayah sang bayi |
| 6. | Problem sosial yang penting | Ny. B mengatakan orang terdekat dihubungi yang dapat dihubungi yaitu keluarga, seperti kedua orangtuanya, dan kakak serta adiknya |
| 7. | Respon | |
| | Orangtua berespon terhadap penyakit bayi | Ny. B dan suaminya sedih saat penyakit bayi anaknya sakit |
| | Orang tua berespon terhadap hospitalisasi | Ny. B dan suaminya sedih karena hospitalisasi saat ini bayinya dirawat di ruang NICU dan hanya bisa dijenguk 2 kali seminggu |

4.1.5 Pemeriksaan Fisik (*Head To Toe*)

1. Pengkajian *Head To Toe*

Tabel 4. 2 Hasil Pemeriksaan *Head To Toe* By B

No	Pemeriksaan	Hasil
Kepala/ leher		
1.	Fontanel anterior	Teraba lunak
2.	Sutura sagitalis	Normal/tepat
3.	Gambaran wajah	Wajah Nampak simetris
4.	Molding Caput Succedaneum	Kepala tidak nampak molding
5.	Mata	Bersih, tidak ada sekret
6.	Mulut	Bersih, bibir nampak sianosis, mukosa bibir kering, terpasang OGT
THT		
7.	Hidung	Bersih, ada penggunaan cuping hidung sat bernapas, terpasang CPAP FiO2 40% flow 7L/menit
8.	Telinga	Normal, bersih
9.	Leher	Normal, tidak ada pembesaran tiroid
Thoraks		
10.	Bentuk dada	Simetris
11.	Klavikula	Normal
12.	Retraksi	Ada retraksi dinding dada
13.	Suara napas	Saat bernapas gerak dada kiri dan kanan sama
14.	Bunyi napas	Ada bunyi napas tambahan yaitu ronchi
15.	Penggunaan alat bantu napas	Terpasang CPAP FiO2 40% flow 7L/menit
Jantung		
16.	Bunyi dan frekuensi	Normal, nadi 140 kali/menit
17.	Murmur & gallop	Normal
18.	CRT	<3 detik
Abdomen		

19.	Abdomen	Nampak supel teraba lemas
20.	Lingkar perut	30 cm
21.	Umbilicus	Tali pusar telah kering dan terlepas, tidak ada tanda infeksi
Ekstermitas		
22.	Ekstermitas atas	Kedua tangan lengkap, jari-jari lengkap, ada sianosis perifer
23.	Gerakan ekstermitas atas	Gerakan pasif
24.	Ekstermitas bawah	Kedua kaki lengkap, jari-jari lengkap, ada sianosis perifer
25.	Gerakan ekstermitas bawah	Gerakan pasif
Nadi		
26.	Perifer	Teraba keras
27.	Brakial kanan & kiri	Teraba keras
28.	Femoral	Teraba lemah
Genitalia		
29.	Genitalia	Jenis kelamin perempuan, nampak labia minora dan mayora
Anus		
30.	Anus	Paten, tidak ada kelainan
Spina		
31.	Spina	Normal
Kulit		
32.	Warna kulit	Warna kulit merah muda/pink
33.	Tanda lahir	Tidak ada tanda lahir
Suhu		
34.	Lingkungan bayi dirawat	Penghangat radian
35.	Suhu	36,6

Interpretasi :

Saat dilakukan pengkajian pada bagian kepala nampak normal, tidak ada pembesaran kepala, distribusi rambut merata, tidak ada kelainan, tidak ada massa, wajah nampak simetris, mata bersih, hidung Nampak simetris, ada pernapasan cuping hidung, terpasang nasal CPAP FiO₂ 40% 7L/menit, mulut nampak bersih, mukosa bibir kering, bibir Nampak sianosis, terpasang OGT, perawat mengatakan bayi di stop

oral sementara waktu, leher nampak normal, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, telinga bersih tidak ada serumen. Bentuk dada simetris kiri dan kanan, nampak retraksi dada ringan saat bernapas, ada bunyi napas tambahan ronchi, terpasang alat bantu napas CPAP, pernapasan 68 kali/menit, SpO₂ 96%, tidak ada bunyi murmur dan gallop, frekuensi nadi 140 kali/menit, CRT <3 detik, abdomen nampak supel, lingkar perut 30 cm, tali pusar sedikit basah dan belum terlepas, tidak ada tanda-tanda infeksi, kedua tangan dan kaki serta jari-jari lengkap, nampak sedikit sianosis perifer, gerakan ekstermitas pasif, nadi teraba keras, terpasang IVFD Dextrose 0.8%/170ml/24 jam/ pada ekstermitas kiri atas, jenis kelamin perempuan, nampak labiya mayora dan minora, anus normal tidak ada kelainan, warna kulit merah muda/pink, bayi dirawat di penghangat dengan suhu 36,6 °C

2. Reflek

Tabel 4. 3 Hasil Reflek By B

No	Reflek	Hasil
1.	Sucking reflek	Tidak normal
2.	Grasping reflek	Normal
3.	Rooting reflek	Normal
4.	Moro reflek	Normal
5.	Babinski reflek	Normal
6.	Swallowing reflek	Normal
7.	Breathing reflek	Normal
8.	Eyeblink reflek	Normal

Interpretasi hasil : Berdasarkan pemeriksaan refleks pada bayi di dapatkan hasil reflek sucking belum ada. Pemberian asi dilakukan oleh perawat menggunakan OGT.

3. Tonus Aktivitas

a. Aktif (✓), Tenang (), Letargie (), Kejang ()

b. Menangis keras (), Lemah (✓), Melengking (), Sulit menangis ()

Interpretasi hasil : Saat dilakukan pengkajian gerakan bayi aktif namun lemah

4.1.6 Pengukuran Antropometri

Berat Badan 3100 gr Panjang Badan 48 Cm Lingkar Kepala 36 Cm

4.1.7 Riwayat Imunisasi

HbO dan Vit K

4.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4. 4 Hasil Pemeriksaan Hematologi

Jenis pemeriksaan	Hasil	Rujukan	Satuan
Hematologi rutin			
WBC	16,12	4.11-11.30	$10^3/\mu\text{l}$
RBC	3,48	4.10-5.10	$10^6/\mu\text{l}$
HGB	20,25	12.3-15.3	Mg/dl
HCT	66,0	35.9-44.6	%
MCV	106.9	98-122	Fl
MCH	32.5	33-41	PG
MCHC	32,5	31-35	%

Kesan : Nilai WBC diatas batas normal menandakan adanya infeksi

2. Foto rontgen Dilakukan foto thoraks (*Neonatal Pneumothorax*)
3. CT Scan Tidak dilakukan CT Scan
4. MRI/USG/EEG Tidak dilakukan MRI/USG/EEG
5. Dan lain – lain Tidak ada

4.1.9 Terapi Saat Ini

1. Terapi IVFD Dextrose 0,8% 170 cc/24 jam
2. Asi/Neocare 18 x 15 cc/24 jam
3. Nymiko 3 x 0,5 ml /24 jam
4. Vicilin 2x 200 mg/24 jam
5. Gentacimin 1 x 15 mg
6. Terpasang O2 CPAP FiO2 40% flow 7L/menit
7. Farbivent/12 jam/Nebulizer
8. Terpasang OGT

4.1.10 Data fokus

Tabel 4. 5 Data Fokus

Data subyektif	Data obyektif
1. By Ny B merupakan pindahan dari ruang VK dengan kondisi lemah dan adanya retraksi dinding dada	1. Keadaan umum pasif 2. BB lahir : 3100gr 3. Bibir bayi nampak sedikit sianosis 4. Nampak retraksi dinding dada 5. Nilai Score Down 6 6. Terdapat bunyi napas tambahan/ronchi 7. Bayi nampak sesekali batuk 8. Terpasang IVFD Dextrose 0.8 % 170ml/ 24 jam 9. Terpasang terapi O2 dengan menggunakan CPAP FiO2 40% flow 7L/menit 10. Terpasang OGT 11. TTV : HR : 140x/m Crt : < 3detik RR : 68 x/m SpO2 : 96% 12. Pemeriksaan Penunjang WBC : 16.12