



**KEMENKES POLTEKKES PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN PENYAKIT  
JANTUNG BAWAAN DI IRNA KEBIDANAN DAN ANAK  
RSUP DR. M DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**INTAN ISMAWARDANY**

**NIM : 213110117**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

**2024**



**KEMENKES POLTEKKES PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN PENYAKIT  
JANTUNG BAWAAN DI IRNA KEBIDANAN DAN ANAK  
RSUP DR. M DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

*Diajukan Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya  
Keperawatan di Pendidikan D-III Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang*

**INTAN ISMAWARDANY**

**NIM : 213110117**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

**2024**

## BALAKAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Ihsan Lutfanudin  
NIM : 223110117  
Program Studi : D-III Keperawatan Padang

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung Berbasis di ICD-10 Kabupaten Kota Asal RSUD Dr. M. Dzulki Padang

Telah diperiksa dan disetujui Dosen pengampu dan diteliti sebagai bagian persyaratan untuk dipertahankan untuk memperoleh gelar di Program Studi D-III Keperawatan Padang Universitas Pendidikan Padang.

### **DEWAN PENGUJI :**

Ketua Pengji :	No. HJ. Firda Mulya, M.Kep, Np.Kep.Md	
Pengaji :	No. Didiem, S.Kep, S.Pd, M.Ns	
Pengaji :	No. Hj. Fauziah, S.N, M.Kes	
Pengaji :	No. Laila Azzahra, S.Kep, M.Kep	

Disetujui di : Universitas Pendidikan Padang

Tanggal : Juni 2014

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang



(Ns. Usni Fadriyanti, M.Kep)

NID.18750121199803.2005

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Penyakit Jantung Bawaan di IRNA Kebidanan Dan Anak RSUP DR. M. Djamil Padang”**.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk melakukan Seminar hasil penelitian pada Program Studi D-III Keperawatan Padang. Peneliti menyadari bahwa, peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, oleh karena itu peneliti mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Ibu Ns.Hj. Tisnawati, S.ST., M.Kes selaku pembimbing 1 dan Ibu Ns. Zolla Amely Ilda, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing 2 yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini
2. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang
3. Pimpinan RSUP DR. M.Djamil Padang yang telah membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan.
4. Bapak Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
5. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang
6. Bapak/Ibu Dosen dan Staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
7. Teristimewa kepada orang tua dan keluarga yang telah memberikan semangat dan dukungan serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.
8. Teruntuk semua teman – teman seangkatan dan seperjuangan yang sedang saling menguatkan dan memberi dukungan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata peneliti berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat digunakan dan membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, 7 Juni 2024

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Penyakit Jantung Bawaan di IAIN Keldaan Dan Anak RSUD DR. M. Djamil Padang 2024" ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di lokasi. Tim Pengaji Juri: Karya Tulis Ilmiah Program Studi DIII Keperawatan Padang Kementerian Kesehatan Padang

Padang, 7 Juli 2024

Mengesahkan

Partisipan I

N. H. Thasmani, S.ST, M.Keper  
NIP. 19650718 199003 2 002

Partisipan II

N. Zulfa Anwar, IAIN, S.Keper, M.Keper  
NIP. 19791019 200212 2 004

Mengesahkan

Ketua Panitia DIII Keperawatan Padang

Kemampuan Padang

N. Yuni Endrianti, S.Keper, M.Keper  
NIP. 19750121 199903 2 005

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Intan Ismawardany  
Nim : 213110117  
Tempat/ Tanggal Lahir : Bukik Batabuah/ 14 Januari 2002  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Kawain  
Nama Orang Tua  
Ayah : Iswardi  
Ibu : Desi Novita  
Alamat : Kubang Jorong Batabuah Koto Baru

### Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun Ajar
1	SDN 11 Batabuah Koto Baru	2008-2015
2	MTsN 2 Bukittinggi	2015-2018
3	SMK Gema Nusantara Bukittinggi	2018-2021
4	Prodi Keperawatan Padang, Jurusan Keperawatan, Kemenkes poltekkes Padang	2021-Sekarang

## PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama Lengkap	Elisa Periwatini
NIM	215110117
Tugas/Target Akhir	Final Seminar 14 Januari 2022
Tahun Studi	2021
Nama PA	Ns. Hj. Tarmizi, S.ST, M.Kes
Nama Pembimbing Utama	Ns. Hj. Haniwati, S.ST, M.Kes
Nama Pembimbing Pendamping	Ns. Winda Anis Lida, S.Kep, M.Kep

Membuat janji yang akan menaati ketentuan yang tertera dalam peraturan yang bersangkutan, yang berbunyi:

"Gestur Kepresnas: Paka Mask Dengan Poyakdi, Jantung Hitam di GRXA, Rakhidana Dan Anak RST, PDR, M, Djamil Fadane"

Agar di kemudian hari saya akan menaati yang tertera dalam peraturan yang bersangkutan, yang berbunyi: menaati ketentuan yang tertera dalam peraturan yang bersangkutan.

Ditandatangani oleh pengisi data ini saya buat dengan penuh kesadaran.

Pakem, 14 Jan 2022

Yang Menyatakan



(Elisa Periwatini)

NIM 215110117

**KEMENKES POLTEKKES PADANG  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Juni 2024  
Intan Ismawardany**

**Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung Bawaan di IRNA  
Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang**

**Isi : xii + 92 Halaman + 1 Bagan + 1 Tabel + 12 Lampiran**

**ABSTRAK**

Penyakit Jantung Bawaan (PJB) merupakan penyebab kematian terbanyak pada bayi dan anak. Penyakit Jantung Bawaan apabila tidak ditangani dengan baik menimbulkan komplikasi seperti gagal jantung kongestif, renjatan kardiogenik, aritmia, infeksi paru, endokarditis bakterialis, hipertensi pulmonal, tromboemboli, abses otak, serta henti jantung. RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023 terdapat 14 orang anak yang dirawat dengan PJB. Tujuan penelitian untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada anak dengan PJB.

Desain penelitian deskriptif dengan metode studi kasus, dilakukan dari bulan Desember 2023 sampai Juni 2024 di ruang PICU IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. Populasi penelitian seluruh pasien anak dengan PJB. Sampel diambil satu anak secara *purposive sampling*. Instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian keperawatan anak dimulai dari pengkajian sampai evaluasi keperawatan. Analisis penelitian adalah membandingkan hasil penelitian dengan teori dan jurnal.

Hasil penelitian pada anak A (2 bulan) tampak sesak, pucat, lemah, sianosis pada bibir dan ujung-ujung jari, batuk, dan berat badan kurang. Diagnosis keperawatan utama yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Intervensi yang dilakukan yaitu monitor tanda-tanda vital, monitor balance cairan, monitor saturasi oksigen. Implementasi keperawatan yaitu, mengukur tekanan darah, menghitung frekuensi pernapasan dan nadi, memonitor saturasi oksigen, memposisikan semi fowler. Evaluasi keperawatan pada kunjungan kelima belum menunjukkan sesak nafas berkurang namun intervensi masih dilanjutkan oleh perawat di ruangan.

Peneliti merekomendasikan kepada perawat di ruangan IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk memberikan edukasi pulang kepada orang tua mengenai perawatan di rumah yaitu mengenal tanda dan gejala PJB serta tindakan awal yang harus dilakukan.

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Anak, Penyakit Jantung Bawaan**

**Daftar Pustaka : 44 (2012-2024)**

**Ministry Of Health Padang Health Polytechnic  
D-III NURSING STUDY PROGRAM PADANG**

Scientific Paper, June 2024  
Intan Ismawardany

**“Nursing Care for Children with Congenital Heart Disease at the IRNA  
Obstetrics and Pediatrics RSUP Dr. M. Djamil Padang”**

**Content : xii + 92 pages + 1 chart + 1 table + 12 appendices**

**ABSTRACT**

Congenital Heart Disease (CHD) is the leading cause of death in infants and children. If congenital heart disease is not treated properly, it can cause complications such as congestive heart failure, cardiogenic shock, arrhythmia, lung infection, bacterial endocarditis, pulmonary hypertension, thromboembolism, brain abscess and cardiac arrest. RSUP Dr. M. Djamil Padang in 2023 there will be 14 children treated with PJB. The aim of the research is to describe nursing care for children with CHD.

Descriptive research design with a case study method, carried out from December 2023 to June 2024 in the IRNA Obstetrics and Pediatrics PICU room at Dr. RSUP. M. Djamil Padang. The study population was all pediatric patients with CHD. The sample was taken from one child using purposive sampling. The data collection instrument uses a pediatric nursing assessment format starting from assessment to nursing evaluation. Research analysis is comparing research results with theory and journals.

The research results showed that child A (2 months) appeared short of breath, pale, weak, cyanotic on the lips and fingertips, coughing, and underweight. The main nursing diagnosis is decreased cardiac output related to changes in afterload. The interventions carried out are monitoring vital signs, monitoring fluid balance, monitoring oxygen saturation. Nursing implementation includes measuring blood pressure, calculating respiratory and pulse rates, monitoring oxygen saturation, semi-Fowler positioning. The nursing evaluation at the fifth visit did not show that the shortness of breath had decreased but the intervention was still continued by the nurse in the room. Researchers recommend to nurses in the IRNA Obstetrics and Children's room at RSUP Dr. M. Djamil Padang to provide home education to parents regarding home care, namely recognizing the signs and symptoms of CHD and the initial actions that must be taken.

***Key word : Nursing Care, Children, Congenital Heart Disease***

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b> .....	<b>vi</b>
<b>PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>9</b>
A. Konsep Dasar Kasus Penyakit Jantung Bawaan .....	9
1. Pengertian .....	9
2. Etiologi .....	9
3. Klasifikasi .....	10
4. Manifestasi Klinis.....	11
5. Patofisiologi.....	12
6. WOC.....	19
7. Respon Tubuh.....	21
8. Penatalaksanaan.....	22
9. Pemeriksaan Penunjang .....	25
B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Kasus Penyakit Jantung Bawaan.....	26
1. Pengkajian .....	26
2. Diagnosis Keperawatan .....	29

3. Perencanaan Keperawatan.....	30
4. Implementasi Keperawatan .....	45
5. Evaluasi Keperawatan .....	46
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>47</b>
A. Jenis dan Desain Penelitian .....	47
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	47
C. Populasi dan Sampel.....	47
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data.....	48
E. Teknik Pengumpulan Data .....	49
F. Jenis-jenis Data.....	50
G. Prosedur Pelaksanaan Penelitian .....	51
H. Analisis Data.....	52
<b>BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS .....</b>	<b>53</b>
A. Deskripsi Kasus .....	53
1. Pengkajian .....	53
2. Diagnosis Keperawatan .....	55
3. Rencana Keperawatan .....	57
4. Implementasi Keperawatan .....	59
5. Evaluasi Keperawatan .....	61
B. Pembahasan Kasus.....	63
1. Pengkajian Keperawatan .....	63
2. Diagnosis Keperawatan .....	68
3. Rencana Keperawatan .....	74
4. Implementasi Keperawatan .....	77
5. Evaluasi Keperawatan .....	81
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>86</b>
A. Kesimpulan .....	86
B. Saran .....	87
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 WOC Penyakit Jantung Bawaan.....	25
--	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.2 Daftar Intervensi Keperawatan Penyakit Jantung Bawaan.....	36
--	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Ganchart

Lampiran 2. Denver II

Lampiran 3. Lembar Konsultasi Pembimbing 1

Lampiran 4. Lembar Konsultasi Pembimbing 2

Lampiran 5. Surat Izin Pengambilan Data dari Kemenkes Poltekkes Padang

Lampiran 6. Surat Pengambilan Data dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

Lampiran 7. Surat Izin Penelitian dari Kemekes Poltekkes Padang

Lampiran 8. Surat Izin penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

Lampiran 9. Surat Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)

Lampiran 10. Daftar Hadir Penelitian

Lampiran 11. Surat Selesai Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

Lampiran 12. Tabel Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak

Lampiran 13. Laporan Asuhan Keperawatan Anak dengan PJB

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Penyakit jantung bawaan (PJB) merupakan kelainan yang terjadi pada struktur atau fungsi jantung sejak pembentukan organ pada masa janin. Penyakit jantung bawaan dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu kelainan jantung bawaan sianotik dan kelainan jantung bawaan nonsianotik. (Djer & Madiyono, 2016).

Penyakit jantung bawaan merupakan kelainan kongenital yang paling banyak terjadi. Insiden penyakit jantung bawaan di seluruh dunia diperkirakan mencapai 1,2 juta kasus dari 135 juta kelahiran hidup setiap tahunnya. Dari jumlah tersebut, sekitar 300.000 kasus tergolong penyakit jantung bawaan berat yang memerlukan pembedahan kompleks untuk bertahan hidup (Kementerian Kesehatan, 2019)

*World Health Organization* (WHO, 2023) memperkirakan 6% bayi diseluruh dunia lahir dengan kelainan bawaan yang mengakibatkan ratusan ribu kematian. Kelainan bawaan menyebabkan 240.000 bayi baru lahir meninggal dunia dalam 28 hari kelahiran setiap tahun. Kelainan bawaan menyebabkan 170.000 kematian lebih lanjut pada anak-anak antara usia 1 bulan dan 5 tahun. Kejadian penyakit jantung bawaan di tahun 2017 adalah 17,9/1.000 di seluruh dunia, termasuk 19,1/1.000 pada anak laki-laki dan 16,6/1.000 pada anak perempuan. Cacat septum ventrikel dan cacat septum atrium merupakan subtype PJB yang paling umum dengan insiden 5,29/1000 dan mencakup sekitar 29,6% dari seluruh kasus PJB (Wu et al., 2020).

Angka kejadian PJB diperkirakan mencapai 43.200 kasus dari 4,8 juta kelahiran hidup (9 : 1000 kelahiran hidup) setiap tahunnya. Kasus jantung kongenital di Indonesia pada tahun 2022, menempati urutan ke-5 kategori 10 besar penyebab kematian pada anak sebesar 3% (Kemenkes RI, 2022)

Bayi yang lahir dengan penyakit jantung bawaan ringan hingga berat sebanyak 1 dari 100 bayi Indonesia, 30% di antaranya akan bermanifestasi secara klinis pada hari-hari pertama hingga minggu pertama setelah kelahiran. Dari sekitar 4 juta bayi baru lahir menderita penyakit jantung bawaan berkisar dari ringan hingga berat dan kompleks. Bayi-bayi ini ada yang meninggal semasa hidupnya karena pengobatan dan perawatan yang tidak memadai serta kurangnya akses terhadap layanan kesehatan jantung, namun hal ini tidak jarang terjadi karena mereka tidak mengetahuinya (Ontoseno, 2018).

Bayi yang menderita PJB sianotik sebanyak 15 (32,6%) dan 28 (67,4%) bayi menderita penyakit jantung bawaan asianotik. Berdasarkan diagnosis penyakit jantung bawaan, sebanyak 14 dari 15 bayi penderita PJB sianotik mengalami tetralogi Fallot (TOF), sedangkan pada 28 bayi dengan PJB asianotik yang paling sering ditemukan adalah cacat septum ventrikel (VSD), khususnya 16 balita (Putri & Dwi Ariwibowo, 2023)

Hasil RISKESDAS 2018, anak yang berumur <1 tahun yang mengalami penyakit jantung bawaan yaitu sebanyak 0,19%, anak umur 1-4 tahun sebanyak 0,55%, anak umur 5-14 tahun sebanyak 0,82%. Jumlah kematian bayi yang disebabkan karena kelainan kongenital sebesar 1,4% sedangkan pada usia 7-28 hari terdapat peningkatan sebesar 18,1%. Di sana juga dijelaskan prevalensi penyakit jantung pada anak-anak yang belum sekolah yaitu sebanyak 1,8% (Kemenkes, 2018)

Penderita kelainan jantung bawaan yang dirawat di rumah sakit RSUP M. Djamil Padang sejak Januari 2013 hingga Desember 2015 sebanyak 85 pasien. Jenis PJB yang paling banyak ditemukan adalah VSD (40,00%), PDA (31,76%), ASD (18,82%), dan ToF (38,82%). Kasus lainnya antara lain PS, PFO, AT dan beberapa lainnya. Pasien PJB yang dirawat mayoritas adalah laki-laki (54,12%), status gizi tertinggi adalah gizi buruk (63,53%), usia > 1 tahun merupakan jumlah pasien terbanyak (50,59%) dan penyakit jantung bawaan

sianotik merupakan jenis penyakit arteri koroner yang terbanyak. PJB terbanyak (49,42%) dibandingkan PJB asianotik dan hanya dua kasus (2,35%) yang mempunyai riwayat keluarga (Hermawan et al., 2018).

Data dari Rekam Medik RSUP Dr. M. Djamil Padang, didapatkan jumlah pasien yang dirawat pada tahun 2019 sebanyak 17 orang, tahun 2020 sebanyak 16 orang, tahun 2021 sebanyak 20 orang, tahun 2022 sebanyak 10 orang. Pada tahun 2023 dalam 3 bulan terakhir, yaitu Agustus sampai Oktober sebanyak 14 orang dengan PJB.

Kelainan jantung bawaan dapat disebabkan oleh faktor prenatal dan faktor genetik. Faktor prenatal termasuk penyakit menular ibu (misalnya rubella), alkoholisme ibu, usia ibu di atas 40 tahun, diabetes ibu yang bergantung pada insulin, dan penggunaan obat penenang oleh ibu. Faktor genetik, termasuk anak yang lahir sebelum penyakit jantung bawaan, orang tua dengan penyakit jantung bawaan, kelainan kromosom (misalnya sindrom Down), dan terlahir dengan cacat lahir lainnya (Aspiani, 2017).

Salah satu faktor resiko dari PJB yaitu pemotongan tali pusat. Hasil penelitian (Rosmadewi & Mugiati, 2019) yaitu menyarankan untuk menunda pemotongan tali pusat 1 -3 menit setelah persalinan. Tujuannya agar darah terus mengalir dari plasenta ke bayi. Dalam plasenta yang masih berdenyut terdapat 30-60% darah tambahan untuk bayi. Manfaat penundaan pemotongan tali pusat seperti ini dapat menurunkan risiko anemia pada bayi. Selain itu darah yang masih mengalir dari plasenta meningkatkan kandungan zat besi bayi hingga enam bulan setelah lahir. Aliran sel-sel induk dari plasenta juga mampu membantu menyempurnakan organ dalam tubuh bayi.

Dampak kelainan jantung bawaan antara lain sindrom Eisenmenger yang terjadi pada penyakit jantung bawaan non-sianotik dan mengakibatkan peningkatan aliran darah ke paru-paru sehingga napas anak cepat, mudah lelah saat beraktifitas, kulit membiru saat menangis dan berat badan yang sulit naik.

Serangan sianotik terjadi pada penyakit jantung bawaan sianotik sehingga anak menjadi lebih pucat dari sebelumnya, kesulitan bernapas, dan bahkan mungkin mengalami kejang. Abses otak terjadi pada penyakit arteri koroner sianotik. Abses otak biasanya terjadi pada anak di atas 2 tahun. Gangguan ini disebabkan oleh kekurangan oksigen dan lambatnya aliran darah di otak. Anak sering mengalami kejang dan gangguan saraf (Djer & Madiyono, 2016).

Anak dengan PJB biasanya belajar untuk meringankan gejala yang dialaminya dengan posisi jongkok (*squatting position*) setelah dapat berjalan; setelah berjalan beberapa lama, anak akan berjongkok untuk beberapa waktu sebelum ia berjalan kembali. Hal ini terjadi sebagai mekanisme kompensasi. Hal tersebut mungkin telah dipelajari oleh anak sejak bayi dengan mengadopsi *knee-chest posture*. Posisi jongkok dapat menyebabkan peningkatan resistensi sistemik vaskular dengan melekkukan arteri femoralis, sehingga menurunkan pirau kanan ke kiri dan meningkatkan aliran darah ke paru (Anggarani et al., 2021)

Mekanisme terjadinya serangan sianotik belum diketahui secara pasti, namun beberapa hipotesis telah dikemukakan, antara lain peningkatan kontraktilitas infundibular, vasodilatasi perifer, hiperventilasi, dan stimulasi mekanoreseptor ventrikel kanan. Biasanya serangan sianotik bisa timbul mendadak seperti sedang menangis, pergerakan usus, dan menyusui/makan dapat memicunya. Frekuensi serangan sianotik bertambah pada musim panas dan ada infeksi yang ditandai oleh timbulnya sesak napas mendadak, napas cepat dan dalam, sianosis bertambah, lemas, bahkan dapat pula disertai kejang atau sinkop. Serangan tersebut dapat berlangsung selama beberapa menit hingga jam, sehingga hipoksemia dapat berujung pada kerusakan sel – sel otak. Serangan yang hebat dapat berakhir dengan koma, bahkan kematian (Anggarani et al., 2021).

Anak-anak dengan PJB biasanya mengalami gangguan tumbuh kembang karena terganggunya asupan makan yang berdampak pada status gizi anak yang

akan berpengaruh pada tumbuh kembang anak tersebut. Asupan kalori yang rendah akibat kurangnya nafsu makan atau karena ketidakmampuan tubuh menggunakan nutrisi untuk pertumbuhan pada anak serta kebutuhan energi yang meningkat merupakan salah satu penyebab terjadinya gagal tumbuh serta kekurangan gizi. Status gizi memiliki pengaruh yang berbeda pada setiap perkembangan anak, apabila gizi seimbang yang dikonsumsi tidak terpenuhi, pencapaian pertumbuhan dan perkembangan anak yang baik akan terhambat (Umboh et al., 2022).

Hasil penelitian menyebutkan bahwa diagnosis keperawatan pada pasien penyakit jantung bawaan yaitu gangguan pertukaran gas, pola pernafasan tidak efektif, penurunan curah jantung, defisit nutrisi dan risiko infeksi. Oleh karena itu tindakan keperawatan yang dilakukan antara lain memonitor aliran oksigen, memantau suara nafas tambahan, menjaga posisi kepala bayi dengan menggunakan kain di leher bayi, memantau keseimbangan cairan dan menjaga SpO<sub>2</sub> diatas 94%, mengidentifikasi status gizi, alergi dan makanan. intoleransi, pantau asupan nutrisi melalui OGT dan lakukan stimulasi oral untuk meningkatkan refleks menyusu anak, terapkan lima langkah cuci tangan (sebelum dan sesudah kontak dengan bayi), pertahankan teknik septik dan aseptik (Safitri et al., 2022).

Penatalaksanaan penyakit jantung bawaan meliputi penatalaksanaan nonoperatif dan penatalaksanaan bedah. Penatalaksanaan nonoperatif meliputi penatalaksanaan medis dan intervensi kardiovaskular. Perawatan medis sering kali merupakan akibat sekunder dari komplikasi penyakit jantung itu sendiri atau gangguan lain yang menyertainya. Dalam hal ini, tujuan pengobatan medis adalah menghilangkan gejala dan tanda selain mempersiapkan intervensi bedah. Waktu dan cara minum obat tergantung pada jenis penyakit yang di alami. Intervensi kardiovaskular non bedah dengan kateterisasi pada pasien penyakit jantung bawaan (Djer & Madiyono, 2016).

Peran keperawatan dalam merawat anak dengan penyakit jantung bawaan antara lain meningkatkan oksigenasi dengan menempatkan anak pada posisi fowler atau semi fowler, pantau tanda-tanda vital, pantau warna kulit anak dan saturasi oksigen dengan seksama, meningkatkan nutrisi yang cukup untuk mendorong tumbuh kembang dengan memberikan nutrisi yang adekuat. Nutrisi dari ASI atau susu formula dapat diberikan secara oral atau melalui slang pemberian makan (gavage), pada anak yang sudah dewasa berikan makan dalam jumlah sedikit tapi sering untuk mencegah kelelahan berlebihan pada anak. Mencegah infeksi dengan mengajarkan kebersihan tangan dan mendidik anak dan keluarga (Kyle, 2016)

Survei awal yang dilakukan peneliti tanggal 5 Desember 2023 di ruang HCU IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang di dapatkan satu orang bayi berusia 6 bulan dan didiagnosa penyakit jantung bawaan sianotik dengan waktu rawatan hari ke 15. Berdasarkan hasil observasi ditemukan anak tampak lemah, terdapat *clubbing finger* (jari tabuh atau digital clubbing) pada kuku anak serta orang tua bayi mengatakan bibir tampak membiru saat menangis, oksigen yang dipakai baru dilepaskan tadi pagi. Ibu bayi mengatakan tidak ada mengkonsumsi alkohol, obat-obatan serta merokok selama kehamilan, tidak ada terkena penyakit infeksi selama kehamilam. Diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada bayi tersebut yaitu penurunan curah jantung, pola nafas tidak efektif, dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Sedangkan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat ruangan yaitu memberikan oksigen binasal, memberi susu lewat NGT, mengatur posisi pasien, dan memberikan obat sesuai terapi seperti obat hipertensi.

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti melakukan Asuhan Keperawatan pada An. A dengan Bronkopneumonia + PJB Sianotik di Ruang IRNA Kebidanan & Anak RSUP.Dr.M.Djamil Padang.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah peneliti uraikan diatas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah "Bagaimana asuhan keperawatan pada anak dengan kasus penyakit jantung bawaan di IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang?"

## **C. Tujuan**

### **1. Umum**

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada anak dengan kasus Penyakit Jantung Bawaan di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

### **2. Khusus**

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pada anak dengan kasus Penyakit Jantung Bawaan (PJB) di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M.Djamil Padang.
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosis keperawatan pada anak dengan kasus Penyakit Jantung Bawaan (PJB) di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M.Djamil Padang.
- c. Mampu mendeskripsikan intervensi keperawatan pada anak dengan kasus Penyakit Jantung Bawaan (PJB) di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M.Djamil Padang.
- d. Mampu mendeskripsikan implementasi keperawatan pada anak dengan kasus Penyakit Jantung Bawaan (PJB) di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M.Djamil Padang
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi tindakan keperawatan pada anak dengan kasus Penyakit Jantung Bawaan (PJB) di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M.Djamil Padang.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Institusi Pelayanan**

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menjadi bahan bacaan bagi institusi dalam meningkatkan penerapan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit jantung bawaan.

**2. Perawat di RS**

Manfaat praktis penulisan Karya Tulis Ilmiah bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien dengan penyakit jantung bawaan pada anak.

**3. Bagi Instansi Akademik**

Manfaat praktis bagi instansi akademik yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan tentang penyakit jantung bawaan pada anak.

**4. Pengembangan Keilmuan**

Penelitian studi kasus tentang penyakit jantung bawaan diharapkan dapat menambah pengetahuan dan data dasar bagi peneliti selanjutnya untuk pengembangan ilmu dalam penerapan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit jantung bawaan

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Kasus Penyakit Jantung Bawaan**

##### **1. Pengertian**

Penyakit jantung bawaan merupakan kelainan anatomi jantung yang sudah terdapat sejak dalam kandungan (Susilaningrum et al., 2013)

Penyakit jantung bawaan (PJB) merupakan sekumpulan malformasi struktur jantung atau pembuluh darah besar yang telah ada sejak bayi dan anak (Susilaningrum et al., 2013)

##### **2. Etiologi**

Penyebab terjadinya penyakit jantung bawaan belum dapat diketahui secara pasti, tetapi ada beberapa faktor yang diduga mempunyai pengaruh pada peningkatan angka kejadian penyakit jantung bawaan menurut (Susilaningrum et al., 2013) :

Faktor prenatal

- a. Ibu menderita penyakit rubela
- b. Ibu alkoholisme
- c. Umur ibu lebih dari 40 tahun
- d. Ibu menderita penyakit diabetes melitus (DM) yang memerlukan insulin
- e. Ibu meminum obat-obatan penenang atau jamu
- f. Bayi yang lahir prematur (kurang dari 37 minggu)

Faktor genetik

- a. Anak yang lahir sebelumnya menderita penyakit jantung bawaan
- b. Ayah atau ibu menderita penyakit jantung bawaan
- c. Kelainan kromosom, seperti sindrom down
- d. Lahir dengan kelainan bawaan yang lain

### 3. Klasifikasi

(Susilaningrum et al., 2013) mengatakan bahwa PJB digolongkan menjadi 2 yaitu

#### a. Penyakit Jantung Bawaan Asianotik

PJB asianotik adalah penyakit jantung bawaan yang tidak disertai dengan warna kebiruan pada mukosa tubuh. Jenis yang termasuk PJB asianotik adalah sebagai berikut :

- 1) *Ventricular septal defect* (VSD), yaitu adanya defect atau celah antara ventrikel kiri dan ventrikel kanan. Pirau kiri ke kanan disebabkan oleh pengaliran darah dari ventrikel kiri yang bertekanan tinggi ke ventrikel kanan yang bertekanan rendah, karena tekanan ventrikel kiri meningkat sekitar 5 kali lebih tinggi daripada tekanan ventrikel kanan, maka darah akan mengalir dari kiri ke kanan melalui celah tersebut dan akibatnya jumlah aliran darah dari ventrikel kiri melalui katup aorta ke dalam aorta akan berkurang dan jumlah darah ke ventrikel kanan akan bertambah (Aspiani, 2015)
- 2) *Atrial septal defect* (ASD), disebabkan adanya defect atau celah antara atrium kiri dan kanan, sehingga terjadi pengaliran darah dari atrium kiri yang bertekanan tinggi ke dalam atrium yang bertekanan rendah.
- 3) *Patent Ductus Arteriosus* (PDA), yaitu adanya defect atau celah pada ductus arteriosus yang seharusnya telah menutup pada usia 3 hari setelah lahir. Kegagalan menutupnya duktus arteriosus pada minggu pertama kehidupan, yang menyebabkan mengalirnya darah dari aorta yang bertekanan tinggi ke arteri pulmonal yang bertekanan rendah (Aspiani, 2015)
- 4) *Stenosis Aorta* (SA), yaitu adanya penyempitan pada katup aorta yang dapat diakibatkan oleh penebalan katup.
- 5) *Stenosis Pulmonal* (SP), yaitu adanya penyempitan pada katup pulmonal. Adanya defect atau celah dapat menyebabkan adanya

pirau (kebocoran) darah dari jantung sebelah kiri ke kanan, karena jantung sebelah kiri mempunyai tekanan yang lebih besar. Besarnya pirau bergantung pada besarnya celah atau defect.

b. Penyakit Jantung Bawaan Sianotik

PJB sianotik adalah penyakit jantung bawaan yang disertai dengan warna kebiruan pada mukosa tubuh. Sianosis adalah warna kebiruan yang timbul pada kulit karena Hb tak jenuh dalam darah adalah rendah dan sering sukar untuk ditentukan kuantitasnya secara klinis. Warna sianotik pada mukosa tubuh tersebut hendaknya dibedakan dengan warna keputihan pada tubuh anak yang mungkin disebabkan karena beberapa faktor, seperti pigmentasi dan sumber cahaya (Aspiani, 2015)

PJB sianotik terdapat beberapa macam diantaranya :

- 1) *Tetralogi Of Fallot (ToF)* yaitu kelainan jantung yang timbul sejak bayi dengan gejala sianosis karena terdapat kelainan, yaitu VSD, stenosis pulmonal, hipertrofi ventrikel kanan, dan overriding aorta.
- 2) *Transposisi Aorta Besar (TAB)* atau *Transposition of the Great Arteries (TGA)*, yaitu kelainan yang terjadi karena pemindahan letak aorta dan arteri pulmonalis, sehingga aorta keluar dari ventrikel kanan dan arteri keluar ventrikel kanan dan arteri pulmonalis dari ventrikel kiri.
- 3) Penyakit jantung bawaan pada anak terutama sianotik, jika tidak ditangani secara benar dapat mengakibatkan kegawatan apabila tidak ditangani secara benar seperti gagal jantung dan serangan sianosis (sianotic spell)

#### 4. Manifestasi Klinis

(Aspiani, 2015) menyebutkan bahwa tanda dan gejala PJB asianotik yaitu anak mengalami sianosis, dispnea jika melakukan aktivitas fisik, pembesaran jantung, tekanan nadi besar, takikardi, mudah lelah, retraksi

dada sedangkan pada PJB sianotik gejala yang muncul yaitu anak mengalami sianosis, dispnea jika melakukan aktifitas fisik, jari tangan *clubbing finger*, setelah melakukan aktifitas anak selalu jongkok. Selain tanda dan gejala tersebut, terdapat beberapa tanda dan gejala pertumbuhan dan perkembangan seperti keterlambatan berbicara, berjalan, mengalami kesulitan makan, berat badan tidak bertambah, berkeringat, meningkatnya resistensi vascular paru, adanya tanda gagal jantung kongesti seperti gagal jantung, mur-mur persisten, dan ujung jari hiperemik.

## 5. Patofisiologi

### a. *Ventrikel Septal Defek ( VSD )*

Adanya lubang pada septum interventrikuler memungkinkan terjadinya aliran dari ventrikel kiri ke ventrikel kanan, sehingga aliran darah yang ke paru bertambah. Persentasi klinis tergantung besarnya aliran pirau melewati lubang VSD serta besarnya tahanan pembuluh darah. Beberapa tipe VSD dapat menutup secara spontan, terjadi hipertensi pulmonal, hipertrofi infundibulum, atau prolaps katup aorta yang dapat disertai regurgitas (Kasron, 2012).

Ukuran defek secara anatomis menjadi penentu utama besarnya pirau kiri ke kanan. Pirau ini juga ditentukan oleh perbandingan derajat resistensi vaskular dan sistemik. Ketika defek kecil terjadi ( $<0,5 \text{ cm}^2$ ), defek tersebut dikatakan restriktif. Pada defek nonrestriktif ( $>1.0 \text{ cm}^2$ ), tekanan ventrikel kiri dan kanan adalah sama. Pada defek jenis ini arah pirau dan besarnya ditentukan oleh rasio resistensi pulmona dan sistemik (Kasron, 2012).

Setelah kelahiran (dengan VSD), resistensi pulmonal tetap lebih tinggi melebihi normal dan ukuran pirau kiri ke kanan terbatas. Setelah resistensi pulmonal turun pada minggu-minggupertama kelahiran, maka terjadi peningkatan pirau kiri ke kanan. Ketika terjadi pirau yang besar maka gejala dapat terlihat dengan jelas. Pada kebanyakan kasus, resistensi pulmonal sedikit meningkat dan penyebab utama hipertensi pulmonal adalah aliran darah pulmonal yang besar. Pada sebagian

pasien dengan VSD besar, arterior pulmonal menebal. Hal ini dapat menyebabkan penyakit vaskular paru obstruktif. Ketika rasio resistensi pulmonal dan sistemik adalah 1:1, maka pirau menjadi bidireksional (dua arah), tanda-tanda gagal jantung menghilang dan pasien menjadi sianotik. Namun hal ini sudah jarang terlihat karena adanya perkembangan intervensi secara bedah (Kasron, 2012).

Besarnya pirau intrakardia juga ditentukan berdasarkan rasio aliran darah pulmonal dan sistemik. Jika pirau dari kiri ke kanan relatif kecil, maka ruang-ruang jantung tidak membesar dan aliran darah paru normal. Namun jika pirau besar maka terjadi overload volume atrium dan ventrikel kiri, peningkatan EDV dan peningkatan tekanan vena pulmonal akibat aliran darah dari kiri masuk ke kanan dan ke paru kembali lagi ke kiri. Peningkatan tekanan di bagian kanan juga menyebabkan hipertrofi ventrikel kanan, peningkatan aliran pulmonal dan hipertensi dari arteri pulmonal. Trunkus pulmonalis, atrium kiri dan ventrikel kiri membesar karena aliran pulmonal yang juga besar. Selain itu, karena darah yang keluar dari ventrikel kiri harus terbagi ke ventrikel kanan, maka jumlah darah yang mengalir ke sistemik pun berkurang (Kasron, 2012).

b. *Atrium Septal Defek (ASD)*

Aliran pirau kiri ke kanan melewati defect septum atrium mengakibatkan kelebihan beban volume pada atrium kanan ventrikel kanan dan sirkulasi pulmonal. Volume pirau dapat dihitung dari curah jantung dan jumlah peningkatan saturasi O<sub>2</sub> pada atrium kanan pada stadium awal tekanan dalam sisi kanan jantung tidak meningkatkan dengan berlalunya waktu dapat terjadi perubahan vaskular pulmonal. Arah aliran yang melewati pirau dapat terjadi pada hipertensi pulmonal berat (Kasron, 2012).

Darah aternal dari atrium kiri dapat masuk ke atrium kanan melalui defek sekat ini. Aliran ini tidak deras karena adanya perbedaan tekanan pada atrium kiri dan kanan tidak begitu besar (tekanan pada atrium kiri

6 mmHg dan pada atrium kanan 5 mmHg). Adanya aliran darah menyebabkan penambahan beban pada ventrikel kanan, arteri pulmonalis, kapiler paru-paru dan atrium kiri. Bila shunt besar, maka volume darah yang melalui arteri pulmonalis dapat 3-5 kali dari darah yang melalui aorta. Dengan bertambahnya volume aliran darah pada ventrikel kanan dan arteri pulmonalis. Maka tekanan pada alat-alat tersebut naik, dengan adanya kenaikan tekanan, maka tahanan katup arteri pulmonalis naik, sehingga terjadinya perbedaan tekanan sekitar 15-25 mmHg. Adanya perbedaan tekanan ini, timbul suatu bising sistolik. Juga pada valvula triskuspidalis ada perbedaan tekanan, sehingga disini juga terjadi stenosis relative katup trikuspidalis sehingga terdengar bising diastolik. Karena adanya penambahan beban yang terus menerus pada arteri pulmonalis, maka lama kelamaan akan terjadi kenaikan tahanan pada arteri pulmonalis dan akibatnya akan terjadi kenaikan tekanan ventrikel kanan yang permanen (Kasron, 2012).

Karena tekanan atrium kiri sedikit melebihi tekanan atrium kanan, darah mengalir dari atrium kiri ke kanan, menyebabkan peningkatan aliran darah beroksigen ke sisi kanan dari jantung. Meskipun perbedaan tekanannya rendah, laju aliran yang tinggi masih dapat terjadi karena rendahnya resistensi pembuluh darah paru dan distensibilitas atrium kanan yang lebih besar, yang selanjutnya mengurangi hambatan aliran. Volume ini dapat ditoleransi dengan baik oleh ventrikel kanan karena dikeluarkan di bawah tekanan yang jauh lebih rendah dibandingkan dengan VSD. Meski ada atrium kanan dan ventrikel pembesaran, gagal jantung jarang terjadi pada ASD tanpa komplikasi. Perubahan pembuluh darah paru biasanya terjadi hanya setelah beberapa dekade jika cacat tidak diperbaiki (Hockenberry et al., 2017)

c. *Paten Ductus Arteriosus (PDA)*

PDA adalah tetap terbukanya ductus arteriosus setelah lahir, yang menyebabkan mengalirnya darah secara langsung dari aorta (tekanan lebih tinggi) ke dalam arteri pulmonal (tekanan lebih rendah). Aliran

dari kiri ke kanan ini menyebabkan resirkulasi oksigen yang jumlahnya semakin banyak dan mengalir kedalam paru,serta menambahkan beban jantung sebelah kiri,adanya usaha tambahan kerja dari ventrikel kiri ini menyebabkan menambahnya beban jantung sebelah kiri. Usaha ini menyebabkan pelbaran dan hipertensi atrium kiri yang progresif. Efek dari jantung kumulatif mengakibatkan peningkatan pada vena dan kapiler pulmonal,dan menyebabkan terjadinya edema paru. Edema paru ini menimbulkan penurunan difusi oksigen dan hipoksia, dan terjadi konstriksi arteriol paru yang progresif. Hipertensi pulmonal dan gagal jantung kanan dapat terjadi jika keadaan ini tidak dikoreksi melalui penanganan medis atau bedah (Kasron, 2012).

Sebagian PDA mengalirkan darah dari kiri ke kanan, tetapi pengaliran duktal dari kanan ke kiri dapat terjadi jika berkaitan dengan penyakit paru, lesi obstruktif janrung kiri, dan koarktasio aorta. Penutupan PDA terutama bergantung pada respon konstrikotor dari duktus terhadap tekanan oksigen dalam darah. Faktor lain yang mempengaruhi penutupan duktus adalah kerja prostaglandin, tahanan vaskular pulmonal dan sistemik, ukuran duktus, dan keadaan bayi (prematurn atau cukup bulan). PDA lebih sering terdapat pada bayi prematur dan kurang dapat ditoleransi dengan baik oleh bayi karena mekanisme kompensasi jantungnya tidak berkembang baik dari pirau kiri ke kanan itu cenderung lebih besar (Kasron, 2012).

Konsekuensi hemodinamik PDA tergantung pada ukuran duktus dan resistensi pembuluh darah paru. Saat lahir, terjadi resistensi pada paru dan sistemik Peredaran darah hampir sama sehingga resistensi pada aorta dan arteri pulmonalis adalah disamakan. Ketika tekanan sistemik melebihi tekanan pulmonal, darah mulai mengalir pirau dari aorta melintasi saluran ke arteri pulmonalis (pirau kiri ke kanan). Tambahan darah disirkulasikan kembali melalui paru-paru dan dikembalikan ke atrium kiri dan ventrikel kiri. Efek dari perubahan sirkulasi ini adalah peningkatan beban kerja di sisi kiri jantung, meningkat kongesti

pembuluh darah paru dan kemungkinan resistensi, dan berpotensi meningkatkan tekanan ventrikel dan hipertrofi (Hockenberry et al., 2017)

d. *Tetralogy of Falot* (ToF)

Proses pembentukan jantung pada janin mulai terjadi pada hari ke- 18 usia kehamilan. Pada minggu ke-3 jantung hanya berbentuk tabung yang disebut fase tubing. Mulai akhir minggu ke-3 sampai minggu ke-4 usia kehamilan, terjadi fase looping dan septasi, yaitu fase dimana terjadi proses pembentukan dan penyekatan ruang- ruang jantung serta pemisahan antara aorta dan arteri pulmonalis. Pada minggu ke-5 sampai ke-8 pembagian dan penyekatan hampir sempurna. Akan tetapi, proses pembentukan dan perkembangan jantung dapat terganggu jika selama masa kehamilan terdapat faktor-faktor resiko (Kasron, 2012).

Kesalahan dalam pembagian Trunkus dapat berakibat letak aorta yang abnormal (overriding), timbulnya penyempitan pada arteri pulmonalis, serta terdapatnya defek septum ventrikel. Dengan demikian, bayi akan lahir dengan kelainan jantung dengan empat kelainan, yaitu defek septum ventrikel yang besar, stenosis pulmonal infundibuler atau valvular, dekstro posisi pangkal aorta dan hipertrofi ventrikel kanan. Derajat hipertrofi ventrikel kanan yang timbul, bergantung pada derajat stenosis pulmonal. Pada 50% kasus stenosis pulmonal hanya infundibuler, pada 10% - 24% kasus kombinasi infundibuler dan valvular, dan 10% kasus hanya stenosis valvular. Selebihnya adalah stenosis pulmonal perifer (Kasron, 2012).

Hubungan letak aorta dan arteri pulmonalis masih di tempat yang normal, overriding aorta terjadi karena pangkal aorta berpindah ke arah anterior mengarah ke septum. Derajat overriding ini bersama dengan defek septum ventrikel dan derajat stenosis menentukan besarnya pirau kanan ke kiri. Karena pada TOF terdapat empat macam kelainan yang bersamaan, maka:

a. Darah dari aorta sebagian berasal dari ventrikel kanan melalui lubang

- pada septum interventrikuler dan sebagian lagi berasal dari ventrikel kiri, sehingga terjadi pencampuran darah yang sudah teroksigenasi dan belum teroksigenasi.
- b. Arteri pulmonal mengalami stenosis, sehingga darah yang mengalir dari ventrikel kanan ke paru-paru jauh lebih sedikit dari normal.
  - c. Darah dari ventrikel kiri mengalir ke ventrikel kanan melalui lubang septum ventrikel dan kemudian ke aorta atau langsung ke aorta, akan tetapi apabila tekanan dari ventrikel kanan lebih tinggi dari ventrikel kiri maka darah akan mengalir dari ventrikel kanan ke ventrikel kiri.
  - d. Karena jantung bagian kanan harus memompa sejumlah besar darah ke dalam aorta yang bertekanan tinggi serta harus melawan tekanan tinggi akibat stenosis pulmonal maka lama kelamaan otot-ototnya akan mengalami pembesaran.

Pengambilan darah dari vena sistemik ke atrium kanan dan ventrikel kanan berlangsung normal. Ketika ventrikel kanan menguncup, dan menghadapi stenosis pulmonalis, maka darah akan dipintaskan melewati defek septum ventrikel tersebut ke dalam aorta. Akibatnya darah yang dialirkan keseluruh tubuh tidak teroksigenasi, hal inilah yang menyebabkan terjadinya sianosis (Kasron, 2012).

Pada keadaan tertentu (dehidrasi, spasme infundibulum berat, menangis lama, peningkatan suhu tubuh atau magedan), pasien dengan TOF mengalami hipoksia spell yang ditandai dengan: sianosis, mengalami kesulitan bernapas, pasien menjadi sangat lelah dan pucat, kadang pasien menjadi kejang bahkan pingsan. Keadaan ini merupakan keadaan emergensi yang harus ditangani segera, misalnya dengan salah satu cara memulihkan serangan spell yaitu memberikan posisi lutut ke dada (Kasron, 2012).

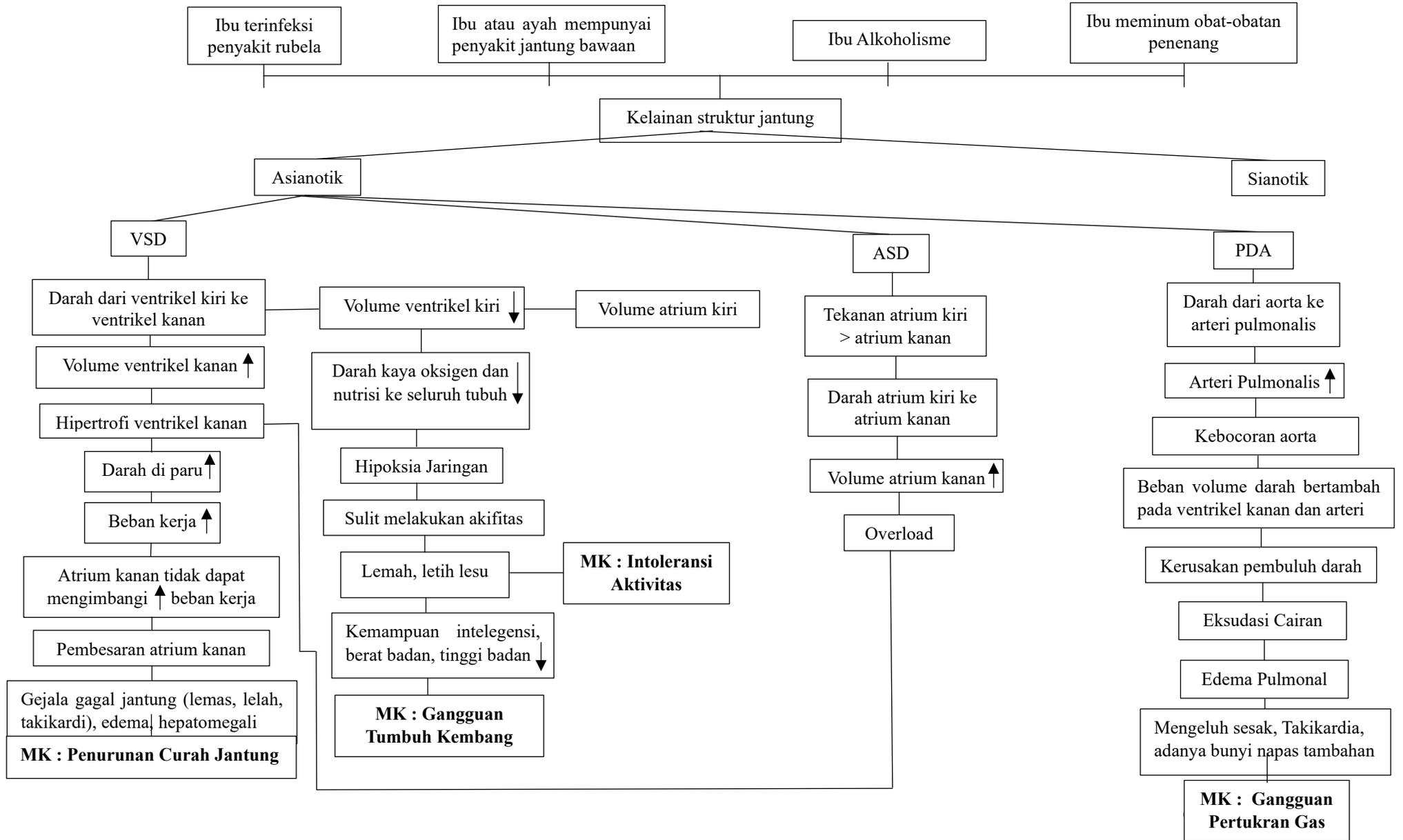
Perubahan hemodinamik sangat bervariasi, terutama bergantung pada derajat PS tetapi juga pada ukuran VSD dan resistensi aliran paru dan sistemik. Karena VSD biasanya besar, tekanan di ventrikel kanan dan kiri mungkin sama. Oleh karena itu, arah shunt bergantung pada

perbedaan antara pulmonal dan sistemik resistensi pembuluh darah. Jika resistensi pembuluh darah paru lebih tinggi dari resistensi sistemik, maka dilakukan shunt dari kanan ke kiri. Jika resistensi sistemik lebih tinggi dibandingkan resistensi pulmonal, maka shuntnya dari kiri ke kanan. PS menurunkan aliran darah ke paru-paru dan akibatnya jumlah oksigen darah yang kembali ke sisi kiri jantung. Tergantung pada posisi aorta, darah berasal kedua ventrikel dapat didistribusikan secara sistemik (Hockenberry et al., 2017)

e. TAB (Transposisi Arteri Besar)

TGA disebabkan oleh fungsi peredaran darah pulmonal dan sistemik berjalan bersamaan dan bukan secara seri. Darah dari vena pulmonalis yang kaya oksigen kembali ke atrium dan ventrikel kiri kembali ke sirkulasi pulmonal. Sedangkan darah yang miskin oksigen akan kembali ke atrium dan ventrikel kanan. Hal inilah yang menyebabkan suplai darah ke jaringan berkurang dan overload ventrikel kiri. Persentase darah yang kaya dan miskin akan oksigen yang tidak seimbang dalam waktu yang lama akan berpengaruh pada anatomi dan fungsional organ-organ tubuh (Kasron, 2012).

6. WOC





## 7. Respon Tubuh

### a. Sistem Kardiovaskuler

Terdengarnya bisung jantung atau bunyi tambahan (murmur) pada garis sternal kiri atau sejak lahir, dapat mengakibatkan terjadinya stenosis pulmonal atau aorta dengan gejala edema, sianosis, sesak nafas saat melakukan aktifitas (Hidayat, 2012).

### b. Sistem Pernapasan

Anak yang menderita PJB sianotik terdapat defek septum ventrikel (VSD) dan overriding aorta maka darah yang beredar keseluruh tubuh dalam keadaan campuran, oleh karena itu anak selalu terlihat sianosis dan akan berat jika anak menangis, minum dan stres. Keadaan tersebut menyebabkan anak menderita anoksia. Serangan hipersianotik selama masa bayi, dikenal dengan "Tet spells" yaitu terjadi peningkatan frekuensi dan kedalaman pernapasan, dispnea awitan mendadak. VSD dapat menimbulkan resiko terjadinya infeksi saluran pernapasan, karena darah yang tercampur didalam paru-paru lebih banyak sehingga pertukaran oksigen/tidak adekuat. Gejala infeksi yang biasanya timbul ialah demam, batuk dan napas pendek-pendek, bayi sukar jika diberi minum (Kasron, 2016).

### c. Sistem Integumen

Mukosa bibir, mulut, lidah, serta jari tangan dan kaki terlihat sianosis karena akibat adanya sianosis sentral (sianosis yang terjadi sejak darah keluar dari ventrikel kiri), jika terjadi sianosis terus menerus selama 6 bulan hingga satu tahun akan mengakibatkan timbulnya jari tabuh atau clubbing finger (Aspiani, 2015).

### d. Sistem Persyarafan

Perubahan kesadaran dari iritabilitas sistem saraf pusat yang dapat berkembang sampai letargi dan sikop, pada bayi dengan sianosis berat menyebabkan hipoksia otak serta akhirnya menimbulkan kejang, stroke dan kematian. Trombus yang terinfeksi terjadi di otak maka akan

menimbulkan keluhan neurologis berat sampai terjadinya abses otak (Hidayat, 2012).

e. Sistem Hematologi

Polisitemia (peningkatan jumlah sel darah merah dalam darah) terjadi karena hipoksemia kronik akibat kondisi pirau kanan ke kiri. Terjadinya polisitemia berat dan terdapat hipoksia maka anak akan mengalami anemia (Hidayat, 2012).

## 8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang biasa dilakukan pada pasien PJB menurut (Djer & Madiyono, 2016) yaitu dengan berkembangnya ilmu kardiologi anak, banyak pasien dengan penyakit jantung bawaan dapat diselamatkan dan mempunyai nilai harapan hidup yang lebih panjang. Umumnya tata laksana penyakit jantung bawaan meliputi tata laksana non-bedah dan tata laksana bedah. Tata laksana non- bedah meliputi tata laksana medikamentosa dan kardiologi intervensi. Tata laksana medikamentosa umumnya bersifat sekunder sebagai akibat komplikasi dari penyakit jantungnya sendiri atau akibat adanya kelainan lain yang menyertai. Dalam hal ini tujuan terapi medika- mentosa untuk menghilangkan gejala dan tanda di samping untuk mempersiapkan operasi. Lama dan cara pemberian obat-obatan tergantung pada jenis penyakit yang dihadapi. Hipoksemia, syok kardiogenik, dan gagal jantung merupakan tiga penyulit yang sering ditemukan pada neonatus atau anak dengan kelainan jantung bawaan. Perburukan keadaan umum pada dua penyulit pertama ada hubungannya dengan progresivitas penutupan duktus arteriosus, dalam hal ini terdapat ketergantungan pada tetap terbukanya duktus. Keadaan ini termasuk ke dalam golongan penyakit jantung bawaan kritis. Tetap terbukanya duktus ini diperlukan untuk :

- a. Percampuran darah pulmonal dan sistemik, misalnya pada transposisi arteri besar dengan septum ventrikel utuh
- b. Penyediaan darah ke aliran pulmonal, misalnya pada tetralogi Fallot berat, stenosis pulmonal berat, atresia pulmonal, dan atresia trikuspid

- c. Penyediaan darah untuk aliran sistemik, misalnya pada stenosis aorta berat, koarktasio aorta berat, interupsi arkus aorta dan sindrom hipoplasia jantung kiri. Perlu diketahui bahwa penanganan terhadap penyulit ini hanya bersifat sementara dan merupakan upaya untuk ‘menstabilkan keadaan pasien, menunggu tindakan operatif yang dapat berupa paliatif atau koreksi total terhadap kelainan struktural jantung yang mendasarinya.

Jika menghadapi neonatus atau anak dengan hipoksia berat, tindakan yang harus dilakukan yaitu (Djer & Madiyono, 2016) :

- a. Mempertahankan suhu lingkungan yang netral misalnya pasien ditempatkan dalam inkubator pada neonatus, untuk mengurangi kebutuhan oksigen
- b. Kadar hemoglobin dipertahankan dalam jumlah yang cukup, pada neonatus dipertahankan di atas 15 g/dl
- c. Memberikan cairan parenteral dan mengatasi gangguan asam basa
- d. Memberikan oksigen menurunkan resistensi paru sehingga dapat menambah aliran darah ke paru
- e. Pemberian prostaglandin E1 supaya duktus arteriosus tetap terbuka dengan dosis permulaan  $0,1\mu\text{g}/\text{kg}/\text{menit}$  dan bila sudah terjadi perbaikan maka dosis dapat diturunkan menjadi  $0,05\mu\text{g}/\text{kg}/\text{menit}$ . Obat ini akan bekerja dalam waktu 10-30 menit sejak pemberian dan efek terapi ditandai dengan kenaikan  $\text{PaO}_2$  15-20 mmHg dan perbaikan pH. Pada PJB dengan sirkulasi pulmonal tergantung duktus arteriosus, duktus arteriosus yang terbuka lebar dapat memperbaiki sirkulasi paru sehingga sianosis akan berkurang. Pada PJB dengan sirkulasi sistemik yang tergantung duktus arteriosus, duktus arteriosus yang terbuka akan menjamin sirkulasi sistemik lebih baik. Pada transposisi arteri besar, meskipun bukan merupakan lesi yang bergantung duktus arteriosus, duktus arteriosus yang terbuka akan memperbaiki pencampuran darah. Pada pasien yang mengalami syok kardiogenik harus segera diberikan pengobatan yang agresif dan pemantauan invasif. Oksigen harus segera

diberikan dengan memakai sungkup atau kanula hidung. Bila ventilasi kurang adekuat harus dilakukan intubasi endotrakeal dan bila perlu dibantu dengan ventilasi mekanis. Prostaglandin E1 0,1  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{menit}$  dapat diberikan untuk melebarkan kembali dan menjaga duktus arteriosus tetap terbuka. Obat-obatan lain seperti inotropik, vasodilator dan furosemid diberikan dengan dosis dan cara yang sama dengan tata laksana gagal jantung.

Pada pasien PJB dengan gagal jantung, tata laksana yang ideal adalah memperbaiki kelainan struktural jantung yang mendasarinya. Pemberian obat-obatan bertujuan untuk memperbaiki perubahan hemodinamik, dan harus dipandang sebagai terapi sementara sebelum tindakan definitif dilaksanakan. Pengobatan gagal jantung meliputi :

- a. Penatalaksanaan umum yaitu istirahat, posisi setengah duduk, pemberian oksigen, pemberian cairan dan elektrolit serta koreksi terhadap gangguan asam basa dan gangguan elektrolit yang ada. Bila pasien menunjukkan gagal napas, perlu dilakukan ventilasi mekanis.
- b. Pengobatan medika-mentosa dengan menggunakan obat-obatan. Obat- obat yang digunakan pada gagal jantung antara lain :
- c. Obat inotropik seperti digoksin atau obat inotropik lain seperti dobutamin atau dopamin. Digoksin untuk neonatus misalnya, dipakai dosis 30  $\mu\text{g}/\text{kg}$ . Dosis pertama diberikan setengah dosis digitalisasi, yang kedua diberikan 8 jam kemudian sebesar seperempat dosis sedangkan dosis ketiga diberikan 8 jam berikutnya sebesar seperempat dosis. Dosis rumat diberikan setelah 8-12 jam pemberian dosis terakhir dengan dosis seperempat dari dosis digitalisasi. Obat inotropik isoproterenol dengan dosis 0,05-1  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{menit}$  diberikan bila terdapat bradikardia, sedangkan bila terdapat takikardia diberikan dobutamin 5-10  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{menit}$  atau dopamin bila laju jantung tidak begitu tinggi dengan dosis 2- 5  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{menit}$ . Digoksin tidak boleh diberikan pada pasien dengan perfusi sistemik yang buruk dan jika ada penurunan fungsi ginjal,

karena akan memperbesar kemungkinan intoksikasi digitalis.

- d. Vasodilator, yang biasa dipakai adalah kaptopril dengan dosis 0,1-0,5 mg/kg/hari terbagi 2-3 kali per oral.
- e. Diuretik, yang sering digunakan adalah furosemid dengan dosis 1-2 mg/kg/ hari per oral atau intravena. Konsep Asuhan Keperawatan pada Kasus Penyakit Jantung Bawaan (Djer & Madiyono, 2016).

## 9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang biasa dilakukan pada pasien dengan PJB menurut (Apriza, 2023) yaitu :

- a. Echocardiografi pada penyakit jantung bawaan berfungsi untuk menilai ruang jantung dan mengukur ukuran defek yang terjadi. Ekokardiografi dengan Doppler dapat menilai arah aliran darah maupun refluks. Selain itu, ekokardiografi dapat menilai ukuran pangkal aorta dan pembuluh darah besar lain.
- b. Elektrokardiografi (EKG), pada penyakit jantung bawaan dapat tampak normal, tetapi bisa juga menunjukkan deviasi aksis QRS karena kelainan arah listrik jantung akibat struktur jantung yang mengalami kelainan.
- c. Rontgen Thorax, dapat terlihat bentuk dan ukuran jantung yang normal pada penyakit jantung bawaan yang minor dengan lesi yang kecil. Pada kelainan yang lebih mayor gambaran rontgen thorax dapat bervariasi. Salah satu gambaran rontgen toraks yang dapat ditemukan adalah kardiomegali dan peningkatan corakan arteri pulmonal yang menggambarkan peningkatan aliran darah pulmonal yang lebih tinggi dari aliran darah sistemik. Bisa juga ditemukan gambaran ventrikel kanan yang membesar dan arteri pulmonal sentral yang besar tetapi sempit di perifer (tree in winter appearance). Keadaan ini biasa terlihat pada resistensi pembuluh darah pulmonal yang tinggi ataupun pada VSD.
- d. Pada koarktasio aorta dapat ditemukan gambaran dilatasi pada aorta ascendens dan konstiksi pada area yang mengalami koarktasio

(hourglass). Sedangkan pada tetralogi Fallot bisa ditemukan gambaran boot-shape.

- e. Pemeriksaan laboratorium hematologi dan biokimia dapat dilakukan pada pasien dengan hipertensi pulmonal akibat penyakit jantung bawaan. Pada pemeriksaan hematologi dapat ditemukan peningkatan hematokrit dan eritrositosis. Selain itu, dapat juga ditemukan penurunan kadar glukosa akibat meningkatnya eritrosit.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Kasus Penyakit Jantung Bawaan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian pada pasien dengan kasus PJB meliputi :

- a. Identitas, seperti : nama, tempat tanggal lahir/umur, berat badan lahir, serta apakah bayi cukup bulan atau tidak, jenis kelamin, anak beberapa, jumlah saudara dan identitas orang tua (Aspiani, 2015)

Menurut (Damanik & Erita, 2019) konsep asuhan keperawatan pada penyakit jantung bawaan sebagai berikut :

- b. Keluhan utama

#### 1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Orang tua biasanya mengeluhkan anaknya sesak nafas, lemas, ujung tangan dan kaki teraba dingin, anak cepat berhenti saat menetek atau menyusu, anak tiba-tiba jangkrok saat berjalan dan tidak aktif selama bermain.

#### 2) Riwayat Kesehatan Keluarga

Penyakit genetik yang ada dalam keluarga : misalnya down syndrome, anak yang lahir sebelumnya menderita penyakit jantung bawaan. Riwayat sakit keluarga: penyakit jantung, kelainan bawaan, DM atau hipertensi.

#### 3) Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

Usia ibu saat hamil diatas 40 tahun, program KB hormonal, riwayat mengkonsumsi obat-obat (thalidmide, dextroamphetamine, aminopterin, amethopterin, jamu). Penyakit infeksi yang diderita ibu

seperti rubella (campak Jerman) atau infeksi virus lainnya, pajanan terhadap radiasi selama kehamilan, ibu yang alkoholik, gizi yang buruk selama kehamilan. Pajanan yang terjadi sebelum akhir bulan ke dua atau minggu ke 8 karena pembentukan jantung berlangsung sampai dengan minggu ke dua.

4) Riwayat pertumbuhan

Pertumbuhan fisik anak terganggu terutama berat badannya karena keletihan selama makan dan peningkatan kebutuhan kalori sebagai akibat dari kondisi penyakit. Anak kelihatan kurus dan mudah sakit, terutama karena infeksi saluran nafas. Bagi perkembangannya anak yang sering mengalami gangguan adalah aspek motoriknya. Hal ini disebabkan oleh adanya ketidakadekuatan oksigen dan nutrisi pada tingkat jaringan, sehingga anak perlu mendapatkan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan yang cukup.

5) Riwayat aktivitas

Anak-anak yang menderita PJB terutama ToF sering tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara normal. Apabila melakukan aktivitas yang membutuhkan banyak energi seperti berlari, bergerak, berjalan-jalan cukup jauh, makan/minum tergesa-gesa, menangis maka anak dapat mengalami sianosis atau sewaktu anak melakukan aktivitas anak tiba-tiba duduk jongkok. Hal ini dimaksudkan untuk memperlancar aliran darah ke otak. Kadang-kadang anak tampak pasif dan lemah, sehingga untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari kurang mampu dan perlu dibantu.

6) Riwayat Nutrisi

Kemampuan makan/minum, bayi mengalami kesulitan untuk menyusu dan ada hambatan pemenuhan kebutuhan nutrisi.

7) Riwayat Istirahat

Anak dengan PJB biasanya tidak dapat tidur dengan nyenyak.

c. Pemeriksaan Fisk

a) Kepala-leher

Umumnya tidak ada kelainan pada kepala, kadang ditemukan pembesaran kelenjar getah bening

b) Mata

Anak mengalami konjungtiva anemis, sklera ikterik

c) Hidung

Biasanya anak mengalami cuping hidung.

d) Mulut

Biasanya pada wajah anak terlihat sianosis terutama pada bibir, lidah, dan mukosa mulut.

e) Thorax (Paru)

Inspeksi : tampak adanya retraksi dinding dada akibat pernafasan yang pendek dan dalam dan tampak menonjol akibat pelebaran ventrikel kanan.

Palpasi : mungkin teraba desakan dinding paru yang meningkat terhadap dinding dada

Perkusi : mungkin terdengar suara redup karena peningkatan volume darah paru dan untuk auskultasi akan terdengar suara ronkhi basah atau krekels sebagai tanda adanya edema paru pada komplikasi kegagalan jantung.

Auskultasi : akan terdengar suara nafas mendengkur yang lemah bahkan takipneu.

f) Thorax (Jantung)

Inspeksi : mungkin dada masih terlihat simetris sehingga tidak tampak jelas, namun pada usiadewasa akan ditemukan tonjolan atau pembengkakan pada dada sebelah kiri karena pembesaran ventrikel kanan

Palpasi : didapatkan batas jantung melebihi 4-10 cm ke arah kiri dari garis midsternal pada intercostae ke 4, 5, dan 8.

Perkusi : teraba pulsasi pada ventrikel kanan akibat peningkatan desakan, iktus kordis masih teraba jelas pada intercostae 5-6

Auskultasi : terdengar bunyi jantung tambahan (machinery murmur) pada batas kiri sternum tengah sampai bawah, biasanya bunyi jantung I normal sedangkan bunyi jantung II terdengar tunggal dan keras.

g) Abdomen

Inspeksi : tampak membesar dan membuncit, pada auskultasi biasanya terdengar bunyi gesekan akibat adanya pembesaran hepar

Perkusi : adanya suara redup pada daerah hepar dan saat di palpasi biasanya ada nyeri tekan

h) Kulit

Biasanya pada klien yang kekurangan oksigen, kulit akan tampak pucat dan adanya keringatan berlebihan.

i) Ekstremitas

Biasanya pada ekstremitas terasa dingin bahkan dapat terjadi clubbing finger akibat kekurangan suplai oksigen ke perifer.

## 2. **Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan SDKI (2017), diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien penyakit jantung bawaan adalah :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload, perubahan afterload.
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveolus-kapiler.
- c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, penurunan energi, dan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru.
- d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, penurunan aliran arteri dan/atau vena.
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makan, ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis.
- f. Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik dan defisiensi stimulus.

- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
- h. Risiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan fibrilasi atrium, stenosis atrium.
- i. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder.
- j. Defisit pengetahuan tentang penyakit pada anak pada orang tua berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

### 3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.1

#### Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	<p>Penurunan Curah Jantung (Hal:34, SDKI) Definisi: Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.</p> <p>Gejala mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subjektif               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lelah</li> <li>b. Dipsnea</li> <li>c. Batuk</li> <li>d. Ortopnea</li> </ol> </li> <li>2. Objektif               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bradikardi/takikardi</li> <li>b. Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi</li> <li>c. Edema</li> <li>d. Distensi vena jugularis</li> <li>e. CVP meningkat atau menurun</li> <li>f. Hepatomegali</li> <li>g. TD menurun atau meningkat</li> <li>h. Nadi perifer teraba lemah</li> <li>i. CRT &gt;3 detik</li> <li>j. Oliguri</li> <li>k. Warna kulit pucat atau sianosis</li> <li>l. Terdengar suara jantung</li> </ol> </li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam penurunan curah jantung klien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Curah Jantung:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>b. Palpitasi menurun</li> <li>c. Bradikardi menurun</li> <li>d. Takikardi menurun</li> <li>e. Gambaran aritmia menurun</li> <li>f. Lelah menurun</li> <li>g. Edema menurun</li> <li>h. Distensi vena jugularis menurun</li> <li>i. Dispnea menurun</li> <li>j. Pucat atau sianosis menurun</li> <li>k. Ortopnea menurun</li> </ol>	<p>1 Perawatan jantung (Hal: 317) Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi tanda/ gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmalnocturnal dyspnea, peningkatanCVP)</li> <li>b. Identifikasi tanda/ gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan BB, hepatomegali, distensivena jugularis, palpitasi, rongkhi basah, oliguria, batuk,kulit pucat)</li> <li>c. Monitor tekanan darah</li> <li>d. Monitor intake danoutput cairan</li> <li>e. Monitor saturasioksigen</li> <li>f. Monitor aritmia</li> <li>g. Monitor nilai laborjantung</li> <li>h. Periksa TD dan Frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas</li> <li>i. Periksa TD dan Frekuensi nadi sebelum pemberian obat</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Posisikan pasien semi-</li> </ol>

	<p>S3 dan/atau S4 m. Ejection Fraction (EF) menurun</p> <p>Gejala minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subjektif       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Cemas</li> <li>b. Gelisah</li> </ol> </li> <li>2. Objektif       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Murmur jantung</li> <li>b. BB bertambah</li> <li>c. Pulmonary artery wedge pressure(PAWP)</li> <li>d. Pulmonary vascular resistance(PVR)</li> <li>e. Cardiac index (CI) menurun</li> </ol> </li> </ol>	<p>Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b. Berikan diet jantung yang sesuai</li> <li>c. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%</li> <li>d. Berikan obat anti aritmia (mis. Diamox, captopril, spironalaktan, KCL, furosemid, meropenem)</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</li> <li>b. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</li> <li>c. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian anti aritmia, jika perlu</li> </ol> <p>2. Perawatan Jantung Akut (Hal 318)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan Pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi, dan frekuensi)</li> <li>b. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</li> <li>c. Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T</li> <li>d. Monitor elektrolit yang dapat meningkatkan risiko aritmia (mis: kalium, magnesium serum)</li> <li>e. Monitor enzim jantung (mis: CK, CK-MB, Troponin T, Troponin I)</li> <li>f. Monitor saturasi oksigen</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pertahankan tirah baring minimal 12 jam</li> <li>b. Pasang akses intravena</li> </ol>
--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stress</li> <li>d. Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan</li> <li>e. Siapkan menjalani intervensi koroner perkutan, jika perlu</li> <li>f. Berikan dukungan emosional dan spiritual</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan segera melaporkan nyeri dada</li> <li>b. Jelaskan Tindakan yang dijalani pasien</li> <li>c. Ajarkan Teknik menurunkan kecemasan dan ketakutan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian anti platelet, jika perlu</li> <li>b. Kolaborasi pemberian morfin, jika perlu</li> <li>c. Kolaborasi pemberian inotropik, jika perlu</li> <li>d. Kolaborasi pencegahan trombus dengan antikoagulan, jika perlu</li> <li>e. Kolaborasi pemeriksaan x-ray dada, jika perlu</li> </ul>
2.	<p>Gangguan pertukaran gas (Hal: 22, SDKI)</p> <p>Definisi: kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/ atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus kapiler</p> <p>Gejala mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subjektif <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dipsnea</li> </ul> </li> <li>2. Objektif: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. PCO<sub>2</sub> meningkat/menurun</li> <li>b. PO<sub>2</sub>menurun</li> <li>c. Takikardi</li> </ul> </li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam gangguan pertukaran gas pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertukaran gas <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dipsnea menurun</li> <li>b. Bunyi napas tambahan menurun</li> <li>c. pCO<sub>2</sub> membaik</li> <li>d. PO<sub>2</sub> membaik</li> <li>e. Takikardi membaik</li> <li>f. Ph arteri membaik</li> <li>g. Sianosis membaik</li> </ul> </li> </ol>	<p><b>1. Pemantauan respirasi (Hal: 247)</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas</li> <li>b. Monitor pola napas</li> <li>c. Monitor adanya sumbatan jalan napas</li> <li>d. Auskultasi bunyi napas</li> <li>e. Monitor saturasi oksigen</li> <li>f. Monitor nilai AGD</li> <li>g. Monitor hasil x-ray toraks</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Atur interval pemantauan</li> </ol>

	<p>d. pH arteri meningkat/ menurun</p> <p>e. Bunyi napas tambahan</p> <p>Gejala minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subjektif:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pusing</li> <li>b. Penglihatan kabur</li> </ol> </li> <li>2. Objektif       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sianosis</li> <li>b. Diaforesis</li> <li>c. Gelisah</li> <li>d. Napas cuping hidung</li> <li>e. Pola napas abnormal</li> <li>i. Warna kulit abnormal</li> <li>f. Kesadaran menurun</li> </ol> </li> </ol>		<p>respirasi sesuai kondisi pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b. Dokumentasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ol> <p><b>2.Terapi oksigen(Hal: 430)</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor kecepatan aliran oksigen</li> <li>b. Monitor posisi alat terapi oksigen</li> <li>c. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup</li> <li>d. Monitor tanda- tanda hipoventilasi</li> <li>e. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen</li> <li>f. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>b. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen</li> <li>c. Berikan oksigen tambahan, jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b. Kolaborasi penentuan pemberian oksigen</li> <li>c. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan atau tidur</li> </ol>

3.	<p>Pola nafas tidak efektif (Hal:26, SDKI) Definisi : inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.</p> <p>Gejala mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subjektif :       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dipsnea</li> </ol> </li> <li>2. Objektif:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a Penggunaan otot bantu pernapasan</li> <li>b Fase ekspirasi memanjang</li> <li>c. Pola napas abnormal</li> </ol> </li> </ol> <p>Gejala minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subjektif:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a Ortopnea</li> </ol> </li> <li>2. Objektif:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pernapasan cuping hidung</li> <li>b. Diameter thoraks anterior- posterior meningkat</li> <li>c. Ventilasi semenit menurun</li> <li>d. Kapasitas vital menurun</li> <li>e. Tekanan ekspirasi menurun</li> <li>f. Tekanan inspirasi menurun</li> </ol> </li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam pasien menunjukkan keefektifan pola nafas dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pola napas:</li> </ol> <p>Dipsnea menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penggunaan otot bantu napas menurun</li> <li>b. Pemanjangan fase ekspirasi menurun</li> <li>c. Frekuensi napas membaik</li> <li>d. Kedalaman napas membaik</li> <li>e.</li> </ol>	<p><b>1. Manajemen jalan napas (Hal: 186)</b> Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>b. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Wheezing, ronkhi kering)</li> </ol> <p>Teraeutik: Posisikan semi- fowler atau fowler Berikan minuman hangat Berikan oksigen jika perlu</p> <p>Edukasi: Anjurkan asupan cairan sesuai usia dan bb anak/hari, jika tidak kontra indikasi Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</p> <p><b>2. Pemantauan Respirasi (Hal : 247 )</b></p> <p>Observasi :</p> <p>Monitor frekuensi, kedalaman, dan upaya napas Monitor pola napas Monitor adanya sumbatan jalan napas Auskultasi bunyi napas Monitor saturasi oksigen Monitor nilai AGD Monitor hasil x-ray toraks</p> <p>Terapeutik : Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi: Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>

4.	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif ( Hal: 37, SDKI ) Defenisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh</p> <p>Gejala mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subjektif : -</li> <li>2. Objektif: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pengisian kapiler &gt;3 detik</li> <li>b. Nadi perifer menurun atau tidak teraba</li> <li>c. Akral teraba dingin</li> <li>d. Warna kulit pucat</li> <li>e. Turgor kulit menurun</li> </ol> </li> </ol> <p>Gejala minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subjektif: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Parastesia</li> <li>b. Nyeri ekstremitas</li> </ol> </li> <li>2. Objektif: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Edema</li> <li>b. Penyembuhan luka lambat</li> <li>c. Indeks ankle-brachial &lt;0,90Bruit femoral</li> </ol> </li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam perfusi jaringan perifer kembali efektif dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perfusi perifer: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>b. Warna kulit pucat menurun</li> <li>c. Pengisian kapiler membaik</li> <li>d. Akral membaik</li> <li>e. Turgor kulit membaik</li> </ol> </li> </ol>	<p>Perawatan sirkulasi (Hal: 345)</p> <p>Obsevasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)</li> <li>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)</li> <li>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>3. Hindari pemasangan dan penekanan tourniquet pada area yang cedera</li> <li>4. Lakukan pencegahan infeksi</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi</li> </ol> <p>Manajemen sensasi perifer (Hal 218)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi penyebab perubahan sensasi</li> <li>3. Identifikasi penggunaan alat pengikat, prosthesis, sepatu, dan pakaian</li> <li>4. Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul</li> <li>5. Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin</li> <li>6. Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda</li> <li>7. Monitor terjadinya</li> </ol>
----	--	---	--

			<p>parestesia, jika perlu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Monitor perubahan kulit</li> <li>9. Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan penggunaan termometer untuk menguji suhu air</li> <li>2. Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu</li> </ol>
5.	<p>Defisit Nutrisi ( Hal: 56,SDKI ) Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p>Gejala mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subjektif: -</li> <li>2. Objektif: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. BB menurun minimal 10% dibawah rentang ideal</li> </ol> </li> </ol> <p>Gejala minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subjektif: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Cepat kenyang setelah makan</li> <li>b. Kram/nyeri abdomen</li> <li>c. Nafsu makan menurun</li> </ol> </li> <li>2. Objektif: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bising usus hiperaktif</li> <li>b. Otot pengunyah lemah</li> </ol> </li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Status Nutrisi <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</li> <li>b. Serum albumin meningkat</li> <li>c. Berat badan membaik</li> <li>d. Indeks massa tubuh (IMT ) membaik</li> </ol> </li> </ol>	<p>Manajemen nutrisi (Hal:200)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi status nutrisi</li> <li>b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>c. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</li> <li>e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>f. Monitor asupan makanan</li> <li>g. Monitor berat badan</li> <li>h. Monitor hasil laboratorium (albumin, limfosit, dan elektrolit serum)</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Fasilitasi menentukan</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Otot menelan lemah</li> <li>d. Membran mukosa pucat</li> <li>e. Sariawan</li> <li>f. Serum albumin turun</li> <li>g. Rambut rontok berlebihan</li> <li>h. Diare</li> </ul>		<p>pedoman diet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>b. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>c. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>d. Hentikan pemberian makan melalui selang nasograsrik jika asupan oral dapat ditoleransi</li> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>b. Ajarkan diet yang diprogram</li> </ul> <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri antiemetik) , jika perlu</li> <li>b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</li> </ul> <p>Promosi Berat Badan (Hal 358)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang</li> <li>b. Monitor adanya mual dan muntah</li> <li>c. Monitor jumlah kalori yang di konsumsi sehari-hari</li> <li>d. Monitor berat badan</li> <li>e. Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu</li> <li>2. Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau</li> </ul>
--	--	--	---

			b. Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan
6.	<p>Gangguan Tumbuh Kembang (Hal: 232,SDKI)          Definisi : kondisi individu mengalami gangguan kemampuan bertumbuh dan berkembang sesuai dengan kelompok usia</p> <p>Gejala mayor:          Subjektif : -          Objektif:          Tidak mampu melakukan keterampilan atau perilaku khas sesuai usia          Pertumbuhan terganggu</p> <p>Gejala minor:          a.Subjektif: -          b.Objektif:          Tidak mampu melakukan perawatan diri sesuai usia          Afek datar          Respon sosial lambat          Kontak mata terbatas          Nafsu makan menurun          Lesu          Mudah marah          Regresi          Pola tidur terganggu</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam tumbuh kembang pasien tidak terganggu dengan kriteria hasil :</p> <p>1.Status perkembangan          a. Keterampilan/ perilaku sesuai usia meningkat          b. Kemampuan melakukan perawatandiri meningkat</p> <p>2.Status pertumbuhan:          a. Berat badan sesuai usia meningkat          b. Panjang/ tinggi badan sesuai dengan usia</p>	<p>Perawatan perkembangan (Hal: 338)          Observasi:          a Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak          b. Identifikasi isyarat perilaku dan fisiologis yang ditunjukkan bayi</p> <p>Terapeutik:          a. Pertahankan sentuhan seminimal mungkin pada bayi prematur          b. Minimalkan nyeri          c. Minimalkan kebisingan ruangan          d. Pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal          e. Motivasi anak berinteraksi dengan orang lain          f. Sediakan aktivitas yang memotivasi anak berinteraksi dengan anak lainnya          g. Dukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya          h. Pertahankan kenyamanan anak          i. Fasilitasi anak melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri</p> <p>Edukasi :          a. Jelaskan orang tua dan/atau pengasuh tentang milestone perkembangan anak dan perilaku anak          b. Anjurkan orang tua menyentuh dan menggendong bayinya          c. Anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya</p>

			<p>d. Ajarkan anak keterampilan berinteraksi</p> <p>e. Ajarkan anak teknik asertif</p> <p>Promosi perkembangan anak (Hal 381)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi kebutuhan khusus anak dan kemampuan adaptasi anak</p> <p>Terapeutik</p> <p>b. Dukung anak mengekspresikan perasaannya secara positif</p> <p>c. Dukung anak dalam bermimpi atau berfantasi sewajarnya</p> <p>d. Dukung partisipasi anak di sekolah, ekstrakurikuler dan aktivitas komunitas</p> <p>e. Berikan mainan yang sesuai dengan usia anak</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan nama-nama benda obyek yang ada di lingkungan sekitar</p> <p>b. Ajarkan sikap kooperatif, bukan kompetensi diantara anak</p> <p>c. Ajarkan teknik asertif pada anak dan remaja</p> <p>d. Demonstrasikan kegiatan yang meningkatkan perkembangan pada pengasuh</p>
7.	<p>Intoleransi aktivitas (Hal: 128, SDKI)</p> <p>Definisi: ketidakcukupan energi untuk melakukan aktifitas sehari-hari.</p> <p>Gejala mayor:</p> <p>1. Subjektif:</p> <p>a. Mengeluh lelah</p> <p>2. Objektif:</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan klien mampu melakukan aktivitasnya dengan baik dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Toleransi aktivitas:</p> <p>a. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>b. Keluhan lelah menurun</p> <p>c. Dipsnea saat / setelah beraktivitas menurun</p>	<p>Manajemen energi (Hal: 176)</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>b. Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>c. Monitor pola dan jam tidur</p> <p>d. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama</p>

	<p>a. Frekuensi jantung meningkat</p> <p>b. &gt;20% dari kondisi istirahat</p> <p>Gejala minor:</p> <p>1. Subjektif:</p> <p>a. Dipsnea saat/ setelah aktivitas</p> <p>b. Merasa tidak nyaman</p> <p>c. Merasa lemah</p> <p>2. Objektif:</p> <p>a. Tekanan darah berubah &gt;20% dari kondisi istirahat</p> <p>b. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah beraktivitas</p> <p>c. Gambaran EKG menunjukkan iskemia</p> <p>d. Sianosis</p>		<p>melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.Cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>b. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif</p> <p>c. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>d. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Anjurkan tirah baring</p> <p>b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>c. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>d. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>Terapi Aktivitas (Hal: 415)</p> <p>Observasi :</p> <p>b. Identifikasi defisit tingkat aktivitas</p> <p>c. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</p> <p>d. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</p> <p>e. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</p> <p>f. Identifikasi makna aktivitas rutin</p> <p>g. Monitor respon emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas</p>
--	---	--	--

			<p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami</li> <li>Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentangaktivitas</li> <li>Fasilitasi aktivitas fisikrutin</li> <li>Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</li> <li>Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan</li> <li>Libatkan keluarga dalam aktivitas , jika perlu</li> <li>Squaring position</li> <li>Kneechest position</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</li> <li>Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li> <li>Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai</li> <li>Ajarkan keluarga untuk memberikan pengutan positif atau partisipasi dalam aktivitas</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas jika sesuai</li> </ol>
8.	<p>Risiko perfusi cerebral tidak efektif (Hal: 51, SDKI) Definisi: berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan perfusi serebral efektif dengan kriteria hasil :</p> <p>Perfusi serebral:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>Tekanan intra kranial menurun</li> <li>Sakit kepala menurun</li> <li>Gelisah menurun</li> <li>Nilai rata-rata tekanan</li> </ol>	<p>1. Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (Hal: 205)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis.Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>Monitor tanda/ gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat,</li> </ol>

		<p>darah membaik f. Kesadaran membaik</p>	<p>tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas irreguler, kesadaran menurun)</p> <p>c. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu</p> <p>d. Monitor gelombang ICP (Intra Canial Pressure)</p> <p>e. Monitor status pernapasan</p> <p>f. Monitor intake dan output cairan</p> <p>g. Monitor cairan serebro spinalis (mis. Warna, konsistensi)</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>b. Berikan posisi semi fowler</p> <p>c. Hindari manuver Valsava</p> <p>d. Cegah terjadinya kejang</p> <p>e. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>f. Atur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> optimal</p> <p>g. Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</p> <p>b. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</p> <p>c. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p> <p>Pemantauan tekanan intrakranial (Hal: 249)</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi menepati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi</p>
--	--	---	--

			<p>intrakranial idiopatik)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b. Monitor peningkatan TD</li> <li>c. Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)</li> <li>d. Monitor penurunan frekuensi jantung</li> <li>e. Monitor penurunan tingkat kesadaran</li> <li>f. Monitor kadar CO<sub>2</sub> dan pertahankan dalam rentang yang di indikasikan</li> <li>g. Monitor tekanan perfusi cerebral</li> <li>h. Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ambil sampel drainase cairan serebrospinal</li> <li>b. Kalibrasi transduser</li> <li>c. Pertahankan sterilitas sistem pemantauan</li> <li>d. Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>e. Bilas sistem pemantauan, jika perlu</li> <li>f. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien</li> <li>g. Dokumentasi hasil pemantauan</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ol>
9.	<p>Risiko Infeksi (Hal: 304,SDKI)</p> <p>Definisi : berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam klien tidak berisiko infeksi dengan kriteria hasil</p> <p>Tingkat infeksi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b. Kebersihan tangan meningkat</li> <li>c. Kebersihan badan meningkat</li> <li>d. Nafsu makan meningkat</li> <li>e. Demam menurun</li> </ol>	<p>Pencegahan infeksi (Hal: 278)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>c. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>f. Kemerahan menurun</li> <li>g. Nyeri menurun</li> <li>h. Bengkak menurun</li> <li>i. Kadar sel darah putih membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>d. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>e. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>b. Ajarkan cara cuci tangan dengan benar</li> <li>c. Ajarkan etika batuk</li> <li>d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul> <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ul> <p>Manajemen Imunisasi/vaksinasi (Hal 184)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi</li> <li>b. Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi</li> <li>c. Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan suntik pada bayi di bagian paha anterolateral</li> <li>b. Dokumentasikan informasi vaksinasi</li> <li>c. Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal, dan efek samping</li> <li>b. Informasikan imunisasi yang diwajibkan</li> </ul>
--	--	--	---

			pemerintah c. Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali
10	<p>Defisit pengetahuan (Hal: 246, SDKI) Definisi: ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p>Gejala mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subjektif: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menanyakan masalah yang dihadapi</li> </ol> </li> <li>2. Objektif: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran</li> <li>b. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</li> </ol> </li> </ol> <p>Gejala minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subjektif : -</li> <li>2. Objektif: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menjalani pemeriksaan yang tepat</li> <li>b. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, kecemasan, agitasi)</li> </ol> </li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan orang tua paham dengan proses penyakit yang terjadi, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat Pengetahuan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang penyakit meningkat</li> <li>b. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</li> <li>c. Perilaku sesuai anjuran meningkat</li> <li>d. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat</li> </ol> </li> </ol>	<p>Edukasi Kesehatan (Hal: 65)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>c. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</li> </ol>

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan. Tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan pada klien. Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan suatu tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Perawat harus yakin bahwa tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan, dilakukan dengan cara yang tepat, aman, serta sesuai dengan

kondisi klien, selalu dievaluasi apakah sudah efektif, dan selalu didokumentasikan menurut urutan waktu.

### **5. Evaluasi Keperawatan**

Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian, atau bahkan belum teratasi semuanya. Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan yaitu suatu proses yang digunakan untuk mengukur dan memonitor kondisi klien untuk mengetahui kesesuaian tindakan keperawatan, perbaikan tindakan keperawatan, kebutuhan klien saat ini, perlunya dirujuk pada tempat kesehatan lain, atau apakah perlu menyusun ulang prioritas diagnosa agar kebutuhan klien dapat terpenuhi. Selain itu digunakan untuk mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah dilakukan. Evaluasi juga digunakan untuk memeriksa semua proses Keperawatan.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah penelitian deskriptif kualitatif dengan desain studi kasus. Penelitian deskriptif adalah metode dalam meneliti status sekelompok manusia, suatu objek, suatu set kondisi, suatu sistem pemikiran ataupun suatu kelas peristiwa pada masa sekarang. Tujuan dari penelitian deskriptif adalah untuk membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan antar fenomena yang diselidiki (Kristiyanti, 2023).

Studi kasus merupakan penelitian tentang suatu objek penelitian yang berkenaan dengan suatu fase spesifik dari keseluruhan personal. Ruang lingkup penelitian ini dapat berupa segmen atau bagian tertentu atau keseluruhan bagian dari objek (Kristiyanti, 2023).

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini telah dilakukan di ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP M.Djamil Kota Padang. Waktu penelitian dimulai pada bulan Agustus 2023 sampai Juni 2024. Asuhan keperawatan telah dilakukan selama 5 hari dimulai dari tanggal 26 Februari - 1 Maret 2024.

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2019).

Populasi dalam penelitian ini adalah anak dengan Penyakit Jantung Bawaan di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M.Djamil Padang. Dalam 3 bulan

terakhir yaitu Agustus sampai Oktober 2023 terdapat sebanyak 14 orang anak dengan penyakit jantung bawaan. Populasi penelitian ini adalah 2 orang anak dengan PJB di ruangan PICU Anak RSUP M.Djamil Kota Padang

## 2. Sampel

Sampel penelitian merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2013).

Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu secara *purposive sampling*. *Purposive sampling* yaitu anggota sampel yang dipilih secara khusus berdasarkan tujuan penelitian pada karakteristik atau ciri – ciri tertentu yang ditetapkan oleh peneliti (Widodo, 2021)

Sampel dari penelitian ini adalah dua orang anak yang mengalami Penyakit Jantung Bawaan yang dirawat di ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang.

Teknik pengambilan sampel dengan teknik *purposive sampling*.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu :

### a) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target (Hidayat, 2013)

Kriterian Inklusi pada penelitian ini sebagai berikut :

- 1) Anak yang tercatat diagnosa mengalami PJB
- 2) Pasien dan keluarga bersedia menjadi responden

### b) Kriteria Eksklusi

- 1) Anak yang dipulangkan atau meninggal sebelum 5 hari rawatan

## D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik.

- 1) Format pengkajian keperawatan anak terdiri dari : nama, pasien, nomor rekam medik, data, etiologi, dan masalah.
- 2) Format analisa data terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, data, etiologi, dan masalah.
- 3) Format diagnosa keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal ditemukannya masalah dan paraf, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
- 4) Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, diagnosa keperawatan, intervensi SIKI dan SLKI.
- 5) Format catatan perkembangan keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, jam dan implementasi keperawatan serta paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
- 6) Format evaluasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatan dengan menggunakan SOAP, dan paraf yang melakukan evaluasi keperawatan
- 7) Alat pemeriksaan fisik terdiri dari : termometer, stetoskop, timbangan, tensi meter anak.

#### **E. Teknik Pengumpulan Data**

Pada penelitian ini, teknik pengumpulan data yang digunakan antara lain, observasi, wawancara, pengukuran atau pemeriksaan fisik, dan dokumentasi.

##### **1. Observasi**

Observasi adalah kegiatan menggunakan panca indera, baik penglihatan, pendengaran, penciuman, untuk memperoleh informasi yang diperlukan untuk menjawab masalah penelitian. Dalam observasi ini, peneliti mengobservasi atau melihat kondisi dari pasien, seperti keadaan umum pasien dan keadaan pasien, selain itu juga mengobservasi respon tubuh terhadap tindakan apa yang telah dilakukan pada pasien (Hidayat, 2013)

##### **2. Wawancara**

Wawancara merupakan proses komunikasi atau interaksi

mengumpulkan informasi dengan cara tanya jawab antara peneliti dengan informan atau subjek penelitian berupa informasi tentang masalah penelitian yang sedang diteliti. Dalam penelitian ini wawancara dilakukan dengan menggunakan format pengkajian yang disediakan sehingga peneliti bisa mendapatkan hasil anamnesis seperti identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dll.

### 3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan cara pengumpulan data dengan melakukan pemeriksaan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang tidak sesuai dengan keadaan normal. Dalam metode pemeriksaan fisik ini, peneliti melakukan pemeriksaan meliputi : keadaan umum klien dan pemeriksaan head to toe dan pemeriksaan dilakukan dengan prinsip IPPA ( Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi ). Pemeriksaan fisik yang didapatkan seperti akral dingin, clubbing finger, nafas pendek, adanya nafas cuping hidung, konjungtiva anemis, terdapat arkus senilis, jaundice, dan pada pemeriksaan jantung terdengar bunyi yang abnormal ( mur-mur ).

### 4. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli (Hidayat, 2013). Peneliti menggunakan dokumen dari ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang untuk menunjang penelitian yang akan dilakukan. Dokumentasi keperawatan berbentuk catatan hasil pemeriksaan diagnostik seperti rontgen toraks ditemukan pembesaran jantung ( kardiomegali ), hasil ekokardiografi ditemukan hipertrofi pada ventrikel kanan, analisis gas darah ditemukan peningkatan PCO<sub>2</sub> dan penurunan O<sub>2</sub>, pada pemeriksaan hemoglobin ditemukan nilai hemoglobinnya menurun dan nilai hematokritnya meningkat.

## F. Jenis-jenis Data

### 1. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan oleh peneliti secara langsung

dari sumber datanya. Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari responden dan keluarga berdasarkan format pengkajian keperawatan anak. Data primer dalam penelitian ini didapatkan dari hasil observasi langsung, wawancara, dan pemeriksaan fisik langsung pada responden.

## 2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan sumber data penelitian yang diperoleh langsung dari Ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang. Data sekunder umumnya berupa rekam medis dokter, data penunjang, catatan atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip yang tidak dipublikasikan pada penelitian ini seperti hasil pemeriksaan diagnostik seperti rontgen toraks, EKG, ekokardiografi, analisis gula darah, hemoglobin dan hematokrit.

## G. Prosedur Pelaksanaan Penelitian

Adapun prosedur penelitian yang dilakukan oleh peneliti diantaranya adalah :

### 1. Prosedur Administrasi

Prosedur administrasi meliputi :

- a. Peneliti mengurus surat izin penelitian dari instansi asal penelitian yaitu Poltekkes Kemenkes Padang.
- b. Peneliti mendatangi Diklat RSUP Dr.M.Djamil Padang menyerahkan surat izin penelitian dari institusi untuk mendapatkan surat rekomendasi ke Ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang.
- c. Peneliti mendapatkan surat izin penelitian dari Diklat RSUP Dr.M.Djamil Padang dan menyerahkan ke Ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang.
- d. Peneliti melakukan pemilihan sampel sebanyak 1 orang pasien penyakit jantung bawaan dengan berkoordinasi dengan kepala ruangan dan pembimbing.
- e. Peneliti mendatangi partisipan serta keluarga dan menjelaskan tentang tujuan penelitian hingga partisipan dan keluarga menyetujui untuk dijadikan sampel dalam penelitian
- f. Partisipan dan keluarga menandatangani informed consent.

### 2. Prosedur Asuhan Keperawatan

- a. Peneliti melakukan pengkajian keperawatan kepada partisipan
  - b. Peneliti merumuskan diagnosis keperawatan yang muncul pada partisipan
  - c. Peneliti membuat perencanaan asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada partisipan
  - d. Peneliti melakukan asuhan keperawatan pada partisipan dengan 5 kali kunjungan
  - e. Peneliti mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan pada partisipan
  - f. Peneliti mendokumentasikan proses asuhan keperawatan yang telah diberikan pada partisipan mulai dari pengkajian keperawatan sampai evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan.
3. Prosedur pelaporan
- a. Peneliti membuat laporan penelitian
  - b. Konsultasi laporan penelitian dengan pembimbing
  - c. Peneliti memperbaiki laporan penelitian
  - d. Peneliti melakukan seminar hasil penelitian
  - e. Peneliti melakukan perbaikan sesuai dengan saran dan arahan pembimbing dan penguji
  - f. Peneliti menyerahkan KTI kepada prodi DIII Keperawatan Padang, tempat peneliti, kepada pembimbing dan perpustakaan Poltekkes Kemenkes Padang

#### **H. Analisis Data**

Analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisa semua temuan pada tahapan proses asuhan keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada kasus penyakit jantung bawaan. Data yang telah didapatkan dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakkan diagnosis, merencanakan tindakan, melakukan implementasi sampai evaluasi, hasil dari tindakan akan dinarasikan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan pada kasus penyakit jantung bawaan. Analisis yang dilakukan untuk menentukan apakah ada kesesuaian antara teori yang ada dengan kondisi pasien.

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS**

#### **A. Deskripsi Kasus**

Pasien anak laki-laki berumur 2 bulan dirawat diruang PICU anak, masuk melalui IGD RSUP. Dr. M.Djamil Padang pada 21 Februari 2024. Pasien masuk dengan keluhan semakin memburu 3 hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien dengan diagnosa Bronkopneumonia dan PJB Sianotik. Ibu merupakan G4 P3 A1 H3, anak lahir usia kehamilan 35-36 minggu dengan ibu riwayat hipertensi dan sering terpapar asap rokok selama kehamilan.

#### **1. Pengkajian**

Pasien anak laki-laki berumur 2 bulan dirawat diruang PICU anak, masuk melalui IGD RSUP. Dr. M.Djamil Padang pada 21 Februari 2024. Pasien masuk dengan keluhan semakin memburu 3 hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien dengan diagnosa Bronkopneumonia dan PJB Sianotik.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 26 february 2024 pukul 10.00 wib, pasien dengan hari rawatan hari ke-5, ibu pasien mengatakan anak tampak lemah, bertambah sesak saat menangis dan menyusu, ibu pasien mengatakan anak sulit untuk menyusu karena lemah saat menghisap, ibu mengatakan anak masih ada batuk tetapi sudah tidak sering. Anak terpasang oksigen 2 lpm, infus KaEN 1B 0,5 cc/jam dan anak terpasang OGT. Ibu mengatakan berat badan anak mengalami penurunan dari pada bulan sebelumnya, pada bulan lalu BB anak 4,2 kg dan pada saat dilakukan pengkajian didapatkan BB anak 3,6 kg, dengan kesimpulan bahwa anak mengalami penurunan berat badan. An. A tampak lemah dan lesu, tampak gelisah, tampak sesak nafas, bibir sianosis, TD = 98/50 mmHg (sistolik 80-100 mmHg, diastolik 55-65 mmHg), N= 80x/i (normal 100-150x/menit), SPO2= 80%, RR= 32x/i, Suhu= 36.5°C.

An. A lahir di RS Pasaman Barat dengan usia kehamilan 35-36 minggu secara SC dikarenakan ibu yang hipertensi. Ibu mengatakan setelah lahir anak dirawat di RS selama 5 hari karena badan anak yang biru sehingga memerlukan perawatan. Anak lahir dirumah sakit dengan berat badan 3600 gram dan panjang badan 51 cm. Ibu mengatakan bahwa anak menderita penyakit jantung diketahui setelah anak lahir. Ibu mengatakan pernah mengalami keguguran sebelumnya karena kandungan yang lemah serta menderita hipertensi selama kehamilan dan sebelumnya belum pernah mengalami hipertensi.

Ibu pasien mengatakan An. A mendapatkan imunisasi sesuai dengan umur anaknya. Ibu mengatakan tidak ada keluarga yang sakit sama dengan pasien dan tidak ada penyakit keturunan. Ibu mengatakan bahwa ayah An. A perokok aktif.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien sedang, berat badan 3,6 kg dan panjang badan 51 cm; kesimpulannya BB berdasarkan umur anak mengalami BB kurang. Hasil pengukuran Tekanan Darah = 98/50 mmHg, Nadi= 80x/i, SPO2= 80%, Pernapasan= 32x/i, Suhu= 36.5°C. Hasil pemeriksaan fisik yang ditemukan konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, bibir sianosis, tidak terdapat pembengkakan pada ekstremitas pasien.

Pemeriksaan thorax didapatkan dada tampak simetris kiri dan kanan, pergerakan dada sama, tidak adanya retraksi dinding dada, fremitus teraba sama kiri dan kanan, saat dilakukan perkusi terdengar suara redup saat di dengar dengan stetoskop terdengar ronchi. Pemeriksaan jantung ictus cordis tidak terlihat, ictus cordis teraba 1 cm di RIC V mid clavicula sinistra, suara jantung terdengar mur-mur. Pemeriksaan abdomen tidak tampak adanya distensi abdomen, tidak ada lesi, bising usus normal saat dilakukan perkusi terdengar timpani. Pemeriksaan ekstremitas atas tampak sedikit sianosis diujung jari, akral teraba hangat, capillary refill kembali lambat lebih dari 2

detik, tidak terdapat edema, pada ekstremitas bawah akral teraba hangat dan tidak ada edema.

Pola nutrisi dan cairan ibu mengatakan saat sehat anak diberikan ASI bukan susu formula/susu bantu, anak sering berhenti saat menyusui, ketika sakit anak diberikan susu formula karena ASI ibu tidak bisa keluar saat dipompa dan diberikan melalui OGT kepada pasien sebanyak 8x50 cc. Pola istirahat dan tidur anak selama dirawat dirumah sakit anak sulit untuk tidur dan sering terjaga anak paling lama tidur 3 jam. BAK pasien selama dirawat di RS yaitu 5-7x/hari dengan jumlah urine lebih kurang 500 per hari, anak terpasang pempers. BAB frekuensi 1x/hari, warna kuning, dengan konsistensi lembek.

Data penunjang yang didapatkan dari hasil laboratorium pada tanggal 21 Februari 2024 yaitu LAC 4,7 mmol/L (normal 0,5-2,2), HCT 26% (normal 35-51), pH(T) 7,12 (normal 7,35-7,45), Pco<sub>2</sub>(T) 23 mmHg (normal 35-48), po<sub>2</sub>(T) 23 mmHg (normal 83-108), HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 7,5 mmol/L (normal 18-23), TCO<sub>2</sub> 8,2 mmol/L (normal 22-29), BE<sub>ecf</sub> -21,8 mmol/L, SO<sub>2</sub>C 24% (normal 95-98), Trombosit 485 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> (normal 150-450), Eritrosit 5,54 10<sup>6</sup>/UI (normal 3,40-5,00), MCV 82 fL (normal 83,0-107,0), MCH 25 pg (normal 27,0-37,0) RDW-CV 20,6% (normal 11,5-14,5).

Pada pemeriksaan rontgen thoraks terdapat infiltrat kedua lapang paru, CTR 71%, pada pemeriksaan echocardiografi tanggal 27 Februari 2024 didapatkan hasil VSD 3-4 mm malalligament, patent ductus arterious, stenosis pulmonary, Transposition of the Great Arteries. An. A mendapatkan terapi obat IVFD KaEN 1B 0,5 cc/jam, acetilsistein 3x20 mg, ampicilin 4x200 mg, gentamicin 2x10 mg, paracetamol (k/p) 4x50 mg, oksigen 2 lpm.

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan terdapat 4 diagnosis keperawatan yang dijadikan prioritas masalah keperawatan yaitu penurunan

curah jantung b.d perubahan afterload, gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan, defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan.

Berdasarkan hasil pengkajian, masalah keperawatan yang muncul pada An.A adalah **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload** yang ditandai dengan data subjektif ibu mengatakan anak tampak bertambah sesak dan semakin bertambah pada saat menangis dan menyusui, ibu mengatakan anak tampak lemah. Data Objektif anak tampak lemah, anak tampak sesak, bibir anak tampak sianosis, CRT >2 detik, TD : 98/50 mmHg, N : 80x/menit, P : 32x/menit, SpO2 80%, terdengar bunyi mur-mur halus pada jantung, Ictus cordis teraba 1 cm di RIC V mid clavikula sinistra, hasil pemeriksaan echocardiografi VSD 3-4 mm malalligamen, patent ductus arterious, stenosis pulmonary, Transposition of the Great Arteries. An.A mendapatkan terapi Ampicilin 4x200 mg.

Diagnosis kedua yaitu **gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi** yang ditandai dengan data subjektif ibu mengatakan anak tampak sesak, ibu mengatakan anak tampak lemah. Data Objektif anak tampak sesak, dan tampak sianosis pada bibir anak, TD : 98/50 mmHg, N : 80x/menit, P : 32x/menit, pCO<sub>2</sub> (T) 23 mmHg, pO<sub>2</sub> (T) 23 mmHg, pH 7,12. Anak terpasang nasal kanul 2 lpm.

Diagnosis ketiga yaitu **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** yang ditandai dengan data subjektif ibu mengatakan anak masih ada batuk tapi sudah tidak sering, ibu mengatakan anak tampak sesak, ibu mengatakan anak tampak lemah. Data Objektif anak tampak sesak, anak tampak lemah, adanya bunyi nafas tambahan ronchi, hasil rontgen thoraks terdapat infiltrat kedua lapang paru dengan CTR 71%,

anak terpasang oksigen 2 lpm, TD : 98/50 mmHg, N : 80x/menit, P : 32x/menit, SpO<sub>2</sub> 80%.

Diagnosis keempat yaitu **defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** yang ditandai dengan data subjektif ibu mengatakan anak sulit untuk menyusu karena lemah saat menghisap ketika menyusu, ibu mengatakan BB anak mengalami penurunan dari 4,2 kg menjadi 3,6 kg. Data Objektif anak tampak lemah, anak terpasang OGT, berdasarkan z score anak mengalami BB kurang

Berdasarkan z score :

Umur : 2 bulan

BB : 3,6 kg

PB : 56 cm

BB/U = (<-3 SD) – (-2 SD) BB sangat kurang

PB/U = (-1 SD) Normal

BB/PB = (- 3 SD) – (- 1 SD) gizi kurang

Berdasarkan z score An. A mengalami BB sangat kurang dan gizi kurang

### 3. Rencana Keperawatan

Intervensi atau rencana tindakan yang akan dilakukan kepada An. A sesuai dengan diagnosa yang sudah ada yaitu perawatan jantung, pemantauan respirasi, terapi oksigen, manajemen jalan napas, manajemen nutrisi.

Pada diagnosis **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload** dengan kriteria hasil : lelah menurun, dispnea menurun, pucat/sianosis menurun, murmur jantung menurun, tekanan darah membaik. Rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu **Perawatan jantung : Observasi** yaitu, identifikasi tanda/gejala primer, penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP), Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan

curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat), monitor tekanan darah, monitor intake dan output cairan, Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama, monitor saturasi oksigen, periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas, periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat. **Terapeutik** yaitu, posisikan pasien semi fowler/fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman , berikan diet jantung yang sesuai, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% . **Edukasi** yaitu, anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian , anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan. **Kolaborasi** yaitu, berikan obat antiaritmia, jika perlu.

Pada diagnosis **gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi** dengan kriteria hasil : dispnea menurun, PCO<sub>2</sub> membaik, PO<sub>2</sub> membaik, bunyi nafas tambahan menurun. Rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu **Pemantauan respirasi : Observasi** yaitu, Monitor (frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas), Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik), monitor adanya produksi sputum, auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen, monitor nilai analisa gas darah, monitor hasil x-ray thoraks. **Terapeutik** yaitu, Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan. **Edukasi** yaitu, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan, jika perlu. **Terapi Oksigen : Observasi** yaitu, Monitor kecepatan aliran oksigen, monitor posisi alat terapi oksigen, monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup, monitor efektifitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, Analisa gas darah), jika perlu. **Terapeutik** yaitu, bersihkan sekret pada mulut, hidung, dan trakea, jika perlu, pertahankan kepatenan jalan napas, siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen, berikan oksigen tambahan, jika perlu, tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi, gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien. **Edukasi** yaitu, ajarkan keluarga cara

menggunakan oksigen dirumah. **Kolaborasi** yaitu, kolaborasi penentuan dosis oksigen, kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur.

Pada diagnosis **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** dengan kriteria hasil : Dispnea menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik. Rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu **Manajemen jalan napas : Observasi** yaitu, monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis.wheezing,ronkhi kering). **Terapeutik** yaitu, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen (jika perlu), lakukan fisioterapi dada (jika perlu), lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik **Edukasi** yaitu, anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari (jika tidak kontraindikasi), **Kolaborasi** yaitu, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik (jika perlu).

Pada diagnosis **defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** dengan criteria hasil : kekuatan otot pengunyah meningkat, kekuatan otot menelan meningkat, berat badan membaik, membran mukosa membaik. Rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu **Manajemen nutrisi : Observasi** yaitu, identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, identifikasi perlunya penggunaan selang nasogatrik, monitor asupan makan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium. **Terapeutik** yaitu, fasilitasi menentukan pedoman diet, hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi. **Edukasi** yaitu, pemberian ASI/susu formula melalui OGT.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Impelementasi keperawatan merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan dari rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan agar kriterian hasil dapat tercapai.

Pada diagnosis keperawatan **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload**, tindakan keperawatan yang telah dilakukan diantaranya, mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema), mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan BB, rhonki, kulit pucat), memonitor tekanan darah, menghitung frekuensi nadi dalam 1 menit, menghitung frekuensi pernafasan dalam 1 menit, mengukur suhu diaksila, memonitor saturasi oksigen, memonitor intake dan output pasien, memposisikan pasien fowler dan semi fowler, melakukan penilaian *capillary refill time* (CRT), mendengarkan suara nafas, mendengarkan suara jantung, melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi, membantu menginjeksikan Ampicillin 4 x200 mg.

Pada diagnosis **gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi**, tindakan keperawatan yang telah dilakukan diantaranya, mengukur tekanan darah, menghitung frekuensi pernafasan dalam satu menit, menghitung frekuensi nadi dalam satu menit, mendengarkan suara nafas tambahan, melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi, mendengarkan suara jantung, mengukur saturasi oksigen, memberikan oksigen.

Pada diagnosis **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan**, tindakan keperawatan yang telah dilakukan diantaranya, memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), memposisikan pasien fowler dan semi fowler, memberikan oksigen 2 lpm, menghitung pernapasan, mendengarkan bunyi napas, menghitung nadi, mengukur tekanan darah, mengukur suhu di aksila, menilai CRT, melihat gerakan dinding dada, dan memonitor saturasi oksigen, memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), melihat gerakan dinding dada, melakukan fisioterapi dada, memberikan obat acetilsistein 3x20 mg melalui OGT.

Pada diagnosis **defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan**, tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, membantu memberikan susu lewat OGT sebanyak 8x50 cc, memonitor asupan makanan, memonitor intake dan output cairan, memantau berat badan anak, memantau adanya mual dan muntah, dan melakukan pemeriksaan konjungtiva anak, memantau kelancaran infus IVFD KaEN 1B 0,5 cc/jam.

### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan dari tanggal 26 Februari 2024 – 1 Maret 2024 dengan metode penilaian subjektif, objektif, assesment, dan planning (SOAP) untuk mengetahui keefektifan dari tindakan yang telah dilakukan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan setiap hari selama 5 hari berturut-turut untuk masing-masing diagnosis didapatkan hasil sebagai berikut :  
 diagnosis pertama **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload** menunjukkan adanya perubahan pada hari keempat dimana **S** : ibu mengatakan sesak anak mulai berkurang **O** : Anak tampak sianosis pada bibir, tampak sesak, lemah, CRT >2 detik, TD 91/50 mmHg, P 30x/menit, N 125x/menit, Suhu 36,6<sup>o</sup>c, Saturasi 92%. **A** : penurunan curah jantung belum teratasi, **P** : intervensi dilanjutkan dengan monitor tanda-tanda vital, monitor balance cairan klien, monitor hemodinamik. Evaluasi pada hari ke-5 yaitu tanggal 1 Maret 2024 masalah belum teratasi dengan **S** : ibu mengatakan bahwa sesak anak mulai berkurang **O** : anak tampak sianosis pada bibir, tampak sesak, lemah, capillary refill time tidak kembali dalam dua detik ( > 2 detik ), terdengar bunyi murmur halus pada jantung, ictus cordis teraba jelas 1 cm di RIC V mid clavicula sinistra, anak tampak terpasang oksigen, TD 80/45 mmHg, P 32x/menit, N 130x/menit, Suhu 36,6<sup>o</sup>c, Saturasi 98%, **A** : penurunan curah jantung belum teratasi, **P** : intervensi dilanjutkan dengan monitor tanda-tanda vital, monitor balance cairan klien, monitor hemodinamik.

**Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi** menunjukkan adanya perubahan pada hari keempat dimana **S** : ibu mengatakan sesak anak mulai berkurang **O** : Anak tampak sianosis pada bibir, tampak sesak, CRT >2 detik, TD 91/50 mmHg, P 30x/menit, N 125x/mnit, Suhu 36,6<sup>o</sup>c, Saturasi 92% **A** : masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi, **P** : intervensi dilanjutkan dengan monitor tanda-tanda vital, monitor hemodinamik, monitor balance cairan. Evaluasi pada hari ke-5 masalah belum teratasi, dengan **S** : ibu mengatakan sesak anak mulai berkurang **O** : anak tampak sianosis pada bibir, tampak sesak, terpasang nasal kanul, TD 80/45 mmHg, P 32x/menit, N 130x/mnit, Suhu 36,6<sup>o</sup>c, Saturasi 98% **A** : masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi, **P** : intervensi dilanjutkan dengan monitor tanda-tanda vital, monitor hemodinamik, monitor balance cairan.

**Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** menunjukkan adanya perubahan pada hari keempat dimana **S** : ibu mengatakan sesak anak mulai berkurang, batuk anak mulai berkurang **O** : anak tampak sesak, terdengar bunyi nafas ronkhi, TD 91/50 mmHg, P 30x/menit, N 125x/mnit, Suhu 36,6<sup>o</sup>c, Saturasi 92% **A** : masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi, **P** : intervensi dilanjutkan dengan monitor tanda-tanda vital, monitor pola nafas. Evaluasi pada hari ke-5 masalah belum teratasi, dengan **S** : ibu mengatakan sesak anak mulai berkurang, ibu mengatakan anak masih ada batuk tapi sudah berkurang, anak masih tampak sesak, **O** : anak masih tampak lemah, anak tampak sesak, terdengar bunyi nafas ronki, pernafasan : 32x/ menit, SpO<sub>2</sub>: 98 %, **A** : masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi, **P** : intervensi dilanjutkan dengan monitor tanda-tanda vital, monitor pola nafas.

**Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** belum teratasi pada hari ke-5, dengan **S** : ibu mengatakan berat badan anak belum mengalami perbaikan sampai saat ini dan anak masih lemah, **O** : anak tampak lemah, berat badan : 3,6 kg, anak terpasang OGT,

anak mendapatkan susu formula 8x50 cc, **A** : masalah defisit nutrisi belum teratasi, **P** : intervensi dilanjutkan dengan monitor berat badan dan monitor asupan makanan.

## **B. Pembahasan Kasus**

Pembahasan pada kasus ini peneliti akan membahas kesinambungan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada An.A dengan penyakit jantung bawaan sianotik diruangan PICU IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang yang dilakukan sejak tanggal 26 Februari- 1 Maret 2024. Kegiatan yang dilakukan meliputi mendeskripsikan pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan, membuat intervensi keperawatan, mendeskripsikan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien didapatkan anak tampak sianosis di bibir, anak tampak lemah, dan sesak. Ibu pasien mengatakan anak bertambah sesak saat menangis dan saat menyusui.

Menurut (Susilaningrum et al., 2013) Penyakit jantung bawaan sianotik adalah penyakit yang disertai dengan warna kebiruan pada mukosa tubuh. (Aspiani, 2015) menyebutkan bahwa tanda dan gejala PJB sianotik yaitu anak mengalami sianosis, dispnea jika melakukan aktivitas fisik. Sedangkan menurut Asshiddiqie, J., & Sudarmanto, S. (2022) dalam penelitiannya mengatakan keluhan utama yang terjadi pada pasien dengan PJB Sianotik yaitu sesak napas dalam keadaan istirahat, cepat lelah, napas menjadi cepat setelah melakukan aktivitas yang biasa seperti menetek.

Menurut analisa peneliti keluhan yang terdapat pada An. A seperti sesak napas dan sianosis sesuai dengan teori yang ada. Hal ini terjadi karena adanya kebocoran pada ventrikel kanan dan ventrikel kiri serta adanya stenosis pulmonal. Sesak napas terjadi karena adanya penyempitan pada arteri pulmonal yang menyebabkan darah yang dialirkan ke paru-paru berkurang, dan tingginya tekanan pada ventrikel kiri yang membuat darah

mengalir dari kiri ke kanan sehingga darah yang diedarkan keseluruh tubuh yang mengandung oksigen sedikit, hal ini yang menyebabkan anak mengalami sesak napas. Karena stenosis pulmonal yang terus terjadi menyebabkan darah menumpuk di ventrikel kanan. Karena tekanan darah di ventrikel kanan lebih tinggi daripada ventrikel kiri menyebabkan darah mengalir dari ventrikel kanan ke ventrikel kiri sehingga darah yang diedarkan keseluruh tubuh bercampur dan menyebabkan anak mengalami sianosis.

Riwayat kesehatan dahulu pada partisipan didapatkan anak lahir pada usia kehamilan 35-36 minggu dan lahir secara sesar. Masalah waktu hamil yaitu ibu mengalami hipertensi dan ayah adalah seorang perokok aktif yang biasa merokok didalam rumah saat ibu hamil.

Menurut (Susilaningrum et al., 2013) ada beberapa faktor yang menjadi penyebab terjadinya penyakit jantung bawaan seperti faktor prenatal : ibu menderita penyakit rubela, ibu mengkonsumsi alkoholisme, umur ibu lebih dari 40 tahun, ibu meminum obat-obatan penenang atau jamu, bayi yang lahir prematur (kurang dari 37 minggu). Faktor genetik seperti, anak yang lahir sebelumnya menderita penyakit jantung bawaan, ayah atau ibu menderita penyakit jantung bawaan, kelainan kromosom seperti sindrom down.

Menurut Ramakrishnan (2015) Hipertensi pada kehamilan telah dikaitkan dengan hasil kelahiran yang merugikan termasuk terhambatnya pertumbuhan janin dan kelahiran prematur, serta cacat lahir tertentu. Sedangkan menurut Astuti (2016) ibu hamil yang terpapar asap rokok dapat menyebabkan anak lahir prematur dan pertumbuhan janin di dalam kandungannya menjadi terganggu. Bahkan hal ini dapat menyebabkan terjadinya mutasi gen di dalam tubuh ibu hamil sehingga menimbulkan kelainan kongenital pada bayi.

Menurut analisa peneliti penyebab PJB yang dialami anak disebabkan karena anak yang lahir prematur (kurang dari 37 minggu) dan ibu yang menderita hipertensi selama kehamilan hal ini dapat terjadi karena perubahan aliran darah intrakardiak janin dan kematian sel yang menyebabkan perkembangan jantung abnormal pada janin. Perkembangan sistem kardiovaskuler yang belum sempurna pada struktur jantung seperti kebocoran pada ventrikel dan atrium serta adanya penyempitan pada pulmonal yang menyebabkan darah yang dialirkan ke paru-paru sedikit sehingga darah yang kaya akan oksigen sedikit tersebar keseluruh tubuh. Hal ini yang menyebabkan anak mengalami gangguan jantung sejak lahir. Selain itu ibu hamil yang terpapar asap rokok juga dapat mengakibatkan gangguan pada kehamilannya seperti anak yang lahir prematur karena kandungan karbon monoksida dalam rokok yang dapat mengganggu kerja hemoglobin dalam mengikat oksigen yang diedarkan ke seluruh tubuh, sehingga janin dalam kandungan mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi.

Hasil pemeriksaan pada An. A didapatkan keadaan umum pasien sedang, berat badan 3,6 kg mengalami penurunan dari 4,2 kg dan tinggi badan 56 cm, didapatkan kesimpulan status gizi anak berdasarkan berat badan mengalami BB kurang. Anak terpasang OGT untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada tubuhnya, anak mendapatkan susu formula sebanyak 8x50 cc.

Menurut Ontoseno (2018) anak dengan kelainan jantung bawaan biru biasanya mengalami keterlambatan yang lebih parah daripada pasien dengan kelainan jantung bawaan tidak biru, dapat disimpulkan bahwa penyakit jantung bawaan berhubungan dengan status gizi buruk atau kurang pada anak. Hal ini karena pada pasien dengan kelainan jantung bawaan biru, darah yang miskin oksigen mengalir ke dalam sirkulasi sistemik dan menyebabkan hipoksemia arterial. Hipoksemia ini menyebabkan malnutrisi, berupa gangguan pada pencapaian berat badan dan tinggi badan pada anak dengan kelainan jantung bawaan biru.

Menurut Kusumawati (2022) pemberian ASI eksklusif sangat berpengaruh pada peningkatan berat badan pada bayi, pada bayi dengan kelainan kongenital biasanya sering berhenti saat menyusui, hal ini terjadi karena bayi mengalami sesak saat disusui dan dapat mempengaruhi berat badan pada bayi dikarenakan ketidakadekuatan cairan/nutrisi yang masuk ke dalam tubuh sehingga memperlambat kenaikan berat badan pada bayi bahkan menyebabkan penurunan berat badan sehingga bayi berisiko mengalami gizi kurang bahkan stunting.

Menurut analisa peneliti berat badan yang mengalami penurunan pada An. A karena terjadinya penurunan curah jantung yang mengakibatkan jantung tidak adekuat untuk memompa darah keseluruh tubuh yang mengandung oksigen dan nutrisi, hal ini menyebabkan nutrisi pasien tidak terpenuhi. Berkurangnya darah yang beredar ke dalam tubuh menyebabkan pertumbuhan anak terhambat, serta anak sulit untuk melakukan aktifitas karena sesak napas yang mengakibatkan anak malas untuk menyusui, berat badan tidak bertambah sehingga anak kekurangan nutrisi.

Hasil pemeriksaan fisik yang ditemukan pada pemeriksaan thorax yaitu dada simetris kiri dan kanan, tidak terdapat retraksi dinding dada, saat dilakukan auskultasi terdapat ronkhi di kedua lapang paru, saat dilakukan pemeriksaan perkusi terdengar redup, fremitus sama kiri dan kanan. Pemeriksaan jantung iktus cordis tidak tampak, ictus cordis teraba 1cm di RIC V mid clavikula sinistra, suara jantung terdengar mur-mur halus.

Hidayat (2012) pemeriksaan fisik pada anak yang menderita PJB, pada jantung saat di auskultasi didapatkan bising jantung atau bunyi tambahan (murmur) pada garis sternal kiri, dan dapat mengakibatkan terjadinya stenosis pulmonal atau aorta dengan gejala edema, sinosis, dan sesak nafas saat melakukan aktifitas. Pada thorax saat diinspeksi dijumpai peningkatan frekuensi pernapasan dengan atau tanpa retraksi dinding dada. Pada palpasi teraba desakan dinding paru yang meningkat terhadap dinding dada, pada

perkusi mungkin terdengar suara redup karena peningkatan volume darah paru, dan saat dilakukan auskultasi terdengar ronkhi. Sianosis juga dapat disebabkan oleh cacat yang memungkinkan tercampurnya oksigen dan darah terdeoksigenasi di dalam ruang jantung atau arteri besar.

Menurut Lestari (2023) pemeriksaan fisik pada anak dengan PJB akan terdengar intensitas bunyi jantung ke-2 yang meningkat, murmur pansistolik di sela iga 3-4 kiri sternum dan murmur sistolik pada daerah katup pulmonal.

Menurut analisa peneliti, anak yang mengalami PJB akan terdapat bunyi tambahan pada jantung (murmur), hal ini sesuai dengan teori yang ada. Kelainan yang mengakibatkan sianosis dapat disebabkan oleh perubahan tekanan sehingga darah dialihkan dari sisi kanan ke kiri jantung (shunt kanan ke kiri) karena salah satu peningkatan resistensi pembuluh darah paru atau hambatan aliran darah melalui katup pulmonal dan arteri.

Hasil dari pemeriksaan laboratorium yaitu pH(T) 7,12 (normal 7,35-7,45), pCO<sub>2</sub>(T) 23 mmHg (normal 35-48), PO<sub>2</sub>(T) 23 mmHg (normal 83-108), SO<sub>2</sub>C 24% (normal 95-98). Pada pemeriksaan rontgen thorax terdapat infiltrat kedua lapang paru dengan CTR 71%, pada pemeriksaan ekokardiografi didapatkan hasil VSD 3-4 mm malalligament, patent ductus arterious, stenosis pulmonary, Transposition of the Great Arteries.

Menurut William (2020) pemeriksaan laboratorium pada anak bertujuan untuk mengkonfirmasi diagnosis, memberikan informasi tambahan terkait keparahan penyakit atau menyingkirkan kemungkinan diagnosis lainnya. Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan meliputi darah lengkap, elektrolit, fungsi renal, fungsi liver, fungsi tiroid, analisa gas darah, dan biomarker jantung. Sedangkan menurut (Hockenberry et al., 2017) Po<sub>2</sub> pada anak PJB mengalami penurunan, sehingga dapat terjadi hipoksemia. Hipoksemia mengacu pada tekanan oksigen arteri (atau tekanan, PaO<sub>2</sub>)

yang kurang dari normal dan bisa diidentifikasi dengan penurunan saturasi arteri atau penurunan PaO<sub>2</sub>. PaO<sub>2</sub> 100 mm Hg atau lebih tinggi menunjukkan penyakit paru-paru, dan PaO<sub>2</sub> lebih rendah dari 100 mm Hg menunjukkan penyakit jantung.

Menurut analisa peneliti hasil laboratorium yang didapatkan oleh An. A sudah sesuai dengan teori yang ada. Sianosis yang terjadi pada anak karena O<sub>2</sub> dalam darah yang diedarkan keseluruh tubuh sangat sedikit sehingga bagian perifer tubuh mengalami sianosis karena kekurangan O<sub>2</sub> hal ini dapat dilihat dari hasil laboratorium analisa gas darah dimana O<sub>2</sub> mengalami penurunan. Menurut asumsi peneliti pemeriksaan laboratorium sangat penting dilakukan untuk mengetahui dan memantau kondisi pasien.

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa diagnosis yang muncul pada pasien adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

Menurut penelitian Asriah (2022) diagnosis keperawatan yang diangkat pada kasus penyakit jantung bawaan pada anak ada 5 yaitu, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi, dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Berdasarkan diagnosis keperawatan SDKI (2017) terdapat sepuluh diagnosis yang mungkin muncul antara lain : Penurunan curah jantung

berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload, perubahan afterload, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveolus- kapiler, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, penurunan energi, dan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemi, penurunan konsentrasi hemoglobin, penurunan aliran arteri dan/atau vena, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makan, ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis, gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik dan defisiensi stimulus, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, risiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan fibrilasi atrium, stenosis atrium, risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder, defisit pengetahuan tentang penyakit pada anak pada orang tua berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Berdasarkan kasus yang peneliti temukan diagnosis utama yang peneliti angkat untuk An.A yaitu **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload** yang ditandai dengan data subjektif ibu mengatakan anak tampak bertambah sesak dan semakin bertambah pada saat menangis dan menyusu, ibu mengatakan anak tampak lemah. Data Objektif anak tampak lemah, anak tampak sesak, bibir anak tampak sianosis, CRT >2 detik, TD : 98/50 mmHg, N : 80x/menit, P : 32x/menit, SpO2 80%, terdengar bunyi mur-mur halus pada jantung, Ictus cordis teraba 1 cm di RIC V mid clavikula sinistra, hasil pemeriksaan echocardiografi VSD 3-4 mm malalligamen, patent ductus arterious, stenosis pulmonary, Transposition of the Great Arteries. An.A mendapatkan terapi Ampicilin 4x200 mg.

Penurunan curah jantung adalah suatu kondisi ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Penurunan curah jantung ditandai dengan terdengarnya bisung jantung mirip suara mesin khas (murmur), tekanan nadi yang melebar karena aliran darah dari aorta ke dalam arteri pulmonalis, sianosis, takikardia, lelah, dispnea, CRT >3 detik, batuk, dan tekanan darah meningkat atau menurun (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut Susilaningrum (2013) penurunan curah jantung terjadi akibat adanya kecacatan pada struktur jantung karena adanya duktus atau lobang sehingga dapat menyebabkan darah dari jantung sebelah kiri ke kanan, karena jantung sebelah kiri mempunyai tekanan yang lebih besar, sehingga dapat menyebabkan resirkulasi dengan oksigen yang lebih tinggi mengalir ke paru akhirnya dapat menambah beban jantung.

Menurut analisa peneliti, tegaknya diagnosis penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload karena adanya kebocoran pada dinding atau sekat jantung antara ventrikel kiri dan ventrikel kanan, sehingga darah dari ventrikel kiri mengalir ke kanan melalui celah tersebut, mengalir ke kanan karena tekanan ventrikel kiri lebih tinggi daripada ventrikel kanan, akibatnya jumlah aliran darah dari ventrikel kiri melalui katup aorta ke dalam aorta akan berkurang dan jumlah darah ke ventrikel kanan akan bertambah, maka saat jantung berkontraksi darah yang dipancarkan ke aorta jumlahnya berkurang, sehingga suplai oksigen keseluruh tubuh juga berkurang, maka pasien akan tampak lemah, lelah, pucat, saat beraktifitas akan ngos-ngosan atau sesak, sehingga beban kerja otot jantung meningkat untuk memompa darah ke aorta, maka lama kelamaan otot jantung akan melemah dan terjadi penurunan curah jantung, sehingga dapat ditegakkan diagnosa penurunan curah jantung pada An. A.

**Diagnosis gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi yang ditandai dengan data subjektif**

ibu mengatakan anak tampak sesak, ibu mengatakan anak tampak lemah. Data Objektif anak tampak sesak, dan anak tampak sianosis pada bibir, TD : 98/50 mmHg, N : 80x/menit, P : 32x/menit, pCO<sub>2</sub> (T) 23 mmHg, pO<sub>2</sub> (T) 23 mmHg, pH 7,12. Anak terpasang nasal kanul 2 lpm.

Gangguan pertukaran gas adalah kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida ada membran alveolus-kapiler. Gangguan pertukaran gas ditandai dengan adanya sesak, PCO<sub>2</sub> meningkat/menurun, PO<sub>2</sub> menurun, pH arteri meningkat/menurun, takikardia, adanya bunyi napas tambahan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut Haugen, Nancy (2020) Gangguan pertukaran gas terjadi akibat perubahan membran alveolar-kapiler, seperti perpindahan cairan dan pengumpulan cairan ke ruang interstitial dan alveoli. Hal ini menyebabkan kelebihan atau kekurangan oksigen pada membran kapiler alveolar dengan gangguan eliminasi karbondioksida.

Menurut analisa peneliti, tegaknya diagnosis gangguan pertukaran gas karena terjadinya kebocoran pada ventrikel kanan dan ventrikel kiri, yang menyebabkan darah dari ventrikel kiri mengalir ke ventrikel kanan karena tekanan pada ventrikel kiri yang lebih tinggi sehingga darah di ventrikel kanan menumpuk untuk dialirkan ke arteri pulmonal, karena terjadinya stenosis pada arteri pulmonal darah yang dialirkan ke paru-paru sedikit. Hal ini yang menyebabkan darah yang diedarkan keseluruh tubuh kekurangan oksigen. Karena stenosis pulmonal yang terjadi secara terus menerus menyebabkan darah dari ventrikel kanan mengalir ke ventrikel kiri sehingga darah yang diedarkan ke seluruh tubuh bercampur maka dari itu hasil laboratorium pasien menunjukkan pO<sub>2</sub> mengalami penurunan.

Diagnosis **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** yang ditandai dengan data subjektif ibu mengatakan anak tampak sesak, ibu mengatakan anak masih ada batuk sekali-sekali. Data Objektif anak tampak sesak, anak tampak lemah, adanya bunyi nafas tambahan ronkhi, hasil rontgen thoraks terdapat infiltrat kedua lapang paru dengan CTR 71%, anak terpasang oksigen 2 lpm, TD : 98/50 mmHg, N : 80x/menit, P : 32x/menit, SpO2 80%.

Menurut Hernawati, dkk (2023) dalam hasil penelitiannya yang berjudul “Bronkopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Medan”, didapatkan salah satu masalah keperawatan yang dialami oleh anak BP adalah ketidakefektifan bersihan jalan napas yang disebabkan oleh penumpukan sekret yang berlebihan, dengan keluhan anak yang ditemukan yaitu batuk, demam, dan sesak napas. Bronkopneumonia mengakibatkan produksi sekret meningkat sampai menimbulkan manifestasi klinis yang ada sehingga muncul masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas.

Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten. Bersihan jalan napas ditandai dengan batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing, dan/atau ronkhi kering (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut analisa peneliti gangguan gizi pada pasien PJB dapat menyebabkan daya tahan tubuh menurun karena kurangnya asupan gizi pada anak sehingga tubuh dapat dengan mudah terserang infeksi, salah satunya yaitu infeksi pernafasan yang dapat terlihat dari hasil rontgen terdapat infiltrat kedua lapangan paru yang membuat cairan transudat dan eksudat meningkat sehingga terjadi peradangan pada bronkus, alveolus, dan jaringan sekitarnya. Inflamasi pada bronkus ditandai dengan penumpukan sekret, sesak nafas, hingga demam. Apabila terjadi

penumpukan sekret di jalan napas akan mengakibatkan pertukaran CO<sub>2</sub> dan O<sub>2</sub> menjadi tidak adekuat ditandai dengan (dispnea, terdengar suara ronkhi), akibat dari ketidakadekuatan pertukaran CO<sub>2</sub> dan O<sub>2</sub> menyebabkan penurunan kadar oksigen di sel darah merah yang ditandai adanya sianosis, sehingga tubuh merespon dengan meningkatkan frekuensi pernapasan guna memenuhi suplai oksigen ke dalam tubuh. Apabila anak tidak dapat mengeluarkan sekret dengan efektif, penumpukan sekret di bronkus akan bertambah sehingga anak akan sulit untuk bernapas dan menyebabkan anak sesak napas.

Diagnosis **defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** yang ditandai dengan data subjektif ibu mengatakan anak sulit untuk menyusu karena lemah saat menghisap ketika menyusu, ibu mengatakan BB anak mengalami penurunan dari 4,2 kg menjadi 3,6 kg. Data Objektif anak tampak lemah, anak tampak sesak, bibir sianosis, anak terpasang OGT, berdasarkan z score anak mengalami BB kurang.

Defisit nutrisi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Defisit nutrisi ditandai dengan berat badan yang mengalami penurunan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut Zuafni (2018) dalam penelitiannya defisit nutrisi yang terjadi pada anak dengan PJB karena curah jantung keseluruh tubuh menurun, akibat adanya sebagian darah dari aorta ke arteri pulmonalis menuju ke paru-paru, sehingga suplai darah ke seluruh tubuh berkurang, karena darah bersih yang disuplai tersebut membawa oksigen dan nutrisi menyebabkan nutrisi pasien tidak cukup, ditambah lagi anak sulit beraktifitas karena sesak napas yang mengakibatkan anak malas makan, sehingga anak kekurangan zat gizi, hal ini terjadi karena daya imunnya menurun.

Menurut peneliti, tegaknya diagnosis defisit nutrisi ini sudah sesuai dengan teori yang ada karena berat badan pasien yang berada dibawah batas normal atau tergolong gizi kurang. Tanda dan gejala anak dengan PJB adalah sesak napas. Hal ini terjadi karena darah memenuhi pembuluh darah di paru yang menyebabkan hipertensi pulmonal, mengakibatkan pertukaran oksigen tidak adekuat yang dapat menyebabkan sesak napas pada anak. Anak dengan PJB akan bertambah sesak jika beraktifitas seperti ketika menyusu akibatnya anak akan malas makan dan akan kekurangan nutrisi, maka saat dirawat dirumah sakit anak akan dipasangkan OGT agar nutrisinya terpenuhi.

### 3. Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosis keperawatan yang muncul pada partisipan. Berdasarkan kasus, indakan yang dilakukan selama 5 hari sesuai dengan intervensi yang telah peneliti susun.

Rencana tindakan keperawatan pada An.A untuk diagnosis pertama yaitu **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload**, intervensi yang dilakukan yaitu monitor tanda-tanda vital, monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan, memonitor warna kulit, dan memonitor balance cairan, melakukan pemeriksaan CRT, mendengarkan suara napas, mendengarkan bunyi jantung tambahan, monitor saturasi oksigen, dan periksa sirkulasi perifer. Kemudian tindakan selanjutnya perawatan jantung yaitu memantau adanya sianosis, mengamati warna kulit, suhu, kelembaban dan menghitung capillaryrefill time untuk mengetahui adanya penurunan oksigen dalam darah, adanya warna kulit pucat, akral teraba dingin dan pengisian CRT lambat yang berkaitan dengan penurunan curah jantung.

Ibrahim (2023) melakukan tindakan monitor tanda-tanda vital untuk mengetahui kondisi pasien dari tekanan darah, pernafasan, nadi dan suhu yang dialami pasien secara rutin, catat tanda dan gejala penurunan curah jantung, monitor sesak nafas, kelelahan. Mengkaji *capillary refill time*

untuk mengetahui suplai oksigen sampai ke ujung-ujung jari, berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat sesuai dengan kebutuhan pasien dan mampu mengurangi gejala-gejala yang dialami pasien.

Menurut analisa peneliti intervensi pemantauan tanda-tanda vital sangat perlu dilakukan pada anak yang mengalami penurunan curah jantung agar dapat mengetahui status perkembangan kardiovaskuler anak setiap saat dan untuk meningkatkan curah jantung dan mengurangi resiko gagal jantung, dan juga tindakan ini bertujuan untuk mengetahui kompensasi tubuh terhadap hipotensi atau hipertensi sehingga perubahan tekanan darah dapat diatasi segera.

Rencana tindakan keperawatan pada An.A untuk diagnosis kedua yaitu **gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi**, intervensi yang dilakuka yaitu mengukur tekanan darah, menghitung frekuensi pernafasan dalam satu menit, menghitung frekuensi nadi dalam satu menit, mendengarkan suara nafas tambahan, melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi, mendengarkan suara jantung, mengukur saturasi oksigen.

Caruso dan Lukey (2024) melakukan tindakan monitor tanda-tanda vital seperti tekanan darah dan denyut nadi , monitor pernafasan dan saturasi oksigen untuk mengetahui kondisi pasien, pasang oksimetri denyut kontinu ke pasien untuk menentukan tingkat saturasi oksigen, kaji status pernafasan, dan auskultasi bunyi nafas tambahan, pantau hasil laboratorium, dan berikan obat dan oksigen sesuai terapi.

Menurut analisa peneliti intervensi monitor tanda-tanda vital dan memberikan oksigen sangat sangat perlu dilakukan pada anak yang mengalami gangguan pertukaran gas agar dapat mengetahui status perkembangan anak setiap saat tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan kadar oksigen dan mencegah terjadinya hipoksia dan hipoksemia serta

lakukan pemantauan hasil laboratorium untuk menentukan adanya kekurangan oksigen dan karbondioksida yang menyebabkan gangguan pernafasan.

Rencana tindakan keperawatan pada An. A untuk diagnosis ketiga **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan**, intervensi yang dilakukan yaitu, mempertahankan jalan napas, monitor pola nafas, memberikan oksigen ( jika terpasang oksigen ), observasi tanda-tanda hipoventilasi, atur peralatan oksigenasi ( jika terpasang oksigen ), monitor ventilator, monitor tanda-tanda vital, posisikan semi fowler atau fowler, lakukan fisioterapi dada dan monitor sputum.

Menurut Ustami (2023) penatalaksanaan yang direncanakan untuk mengatasi masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu dengan manajemen jalan nafas pasien diantaranya monitor pola nafas, monitor bunyi nafas tambahan, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen tambahan dan kolaborasi pemberian farmakologi.

Menurut analisa peneliti intervensi memonitor sputum dan memposisikan pasien semi fowler atau fowler perlu dilakukan pada anak dengan diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif karena jika ada penumpukan sputum dan anak tidak mampu melakukan batuk efektif maka pada jalan napas akan mengakibatkan anak mengalami hipoksia serta sesak napas. Memposisikan pasien sangat penting dilakukan untuk mengurangi rasa seka pada pasien.

Rencana tindakan keperawatan pada An. A untuk diagnosis keempat adalah **defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** yaitu manajemen nutrisi dan aktivitas dengan cara identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi aktifitas, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan oleh pasien, memonitor

berat badan pasien, mengidentifikasi perlu nya selang nasogatrik untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.

Menurut Munir (2024) dalam penelitiannya mengatakan bahwa intervensi yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa defisit nutrisi dengan manajemen nutrisi meliputi identifikasi status nutrisi, jumlah makanan, jenis makanan, frekuensi pemberian ASI, dan monitor berat badan.

Menurut analisa peneliti manajemen nutrisi sangat perlu dilakukan karena untuk memonitor jumlah nutrisi yang dibutuhkan pasien. Manajemen berat badan juga sangat perlu dilakukan karena untuk mengetahui berat badan anak setiap harinya dan meperkirakan berat badan ideal anak. Pemberian makanan yang baik dan seimbang harus diberikan pada anak dengan PJB, dan sebaiknya dilakukan penyuluhan dan pendampingan mengenai pentingnya kecukupan gizi kepadang orang tua yang mempunyai anak dengan PJB.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke satatus kesehatan yang baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Pelaksanaan implementasi keprawatan pada An. A dilakukan selama 5 hari. Implementasi yang peneliti lakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat dan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien.

Implementasi keperawatan pada An. A dengan diagnosis **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload** yang telah peneliti lakukan yaitu mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema), mengidentifikasi tanda dan gejala sekunder penurnan curah jantung (peningkatan BB, rhonki, batuk, kulit pucat), memonitor tekanan darah, menghitung frekuensi nadi dalam 1

menit, menghitung frekuensi pernapasan dalam 1 menit, mengukur suhu di aksila, memonitor saturasi oksigen, memonitor intake dan output pasien, memosisikan pasien fowler dan semi fowler, melakukan penilaian capillary refill time (CRT), mendengarkan suara napas, mendengarkan suara jantung, melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi, membantu memberikan ampicilin 4x200 mg.

Menurut Susilaningrum (2013) salah satu penatalaksanaan PJB pada anak yaitu dengan mempertahankan curah jantung yang adekuat yaitu mengobservasi kualitas dan kekuatan denyut jantung, nadi perifer, monitor adanya takikardia, sesak, lelah saat minum susu, dan berkolaborasi dalam pemberian terapi sesuai orderan. Sedangkan menurut Naura (2024) implementasi yang dilakukan yaitu melakukan monitor tekanan darah dan intake output cairan, pemantauan saturasi oksigen, pemantauan status pernapasan dan kolaborasi pemberian obat-obatan.

Menurut analisa peneliti tindakan menghitung frekuensi napas dan memonitor tanda-tanda vital sangat penting dilakukan, karena pada pasien PJB biasanya anak mengalami dispnea dan takikardia, hal ini bertujuan untuk mengetahui status kondisi anak apakah bertambah sesak napas atau tidak dan membantu penyuplaian oksigen ke paru sehingga sesak napas yang dialami pasien akibat penurunan energi dapat berkurang.

Implementasi keperawatan pada An. A dengan diagnosis **gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi** yang telah peneliti lakukan yaitu memonitor (frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas), memonitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik), memonitor adanya produksi sputum, mendengarkan bunyi napas, memonitor saturasi oksigen, memonitor nilai analisa gas darah, memonitor hasil x-ray thoraks, meonitor kecepatan aliran oksigen, memonitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup,

mempertahankan kepatenan jalan napas, memberikan oksigen tambahan, mengajarkan keluarga cara menggunakan oksigen dirumah, berkolaborasi penentuan dosis oksigen.

Menurut Naura (2024) tindakan yang diberikan untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan pertukaran gas adalah pemantauan respirasi seperti monitor frekuensi, irama, kedalaman upaya napas, monitor pola napas, monitor adanya produksi sputum, auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen, monitor nilai analisa gas darah, dan monitor oksigen.

Menurut analisa peneliti tindakan pemantauan respirasi sangat penting untuk dilakukan karena pada pasien PJB biasanya anak mengalami dispnea dan sianosis. Pelaksanaan intervensi ini sangat penting untuk mengetahui perubahan status kesehatan anak, mengetahui adanya suara tambahan, adanya sputum yang dapat menghambat jalan napas sehingga anak mengalami dsipnea. Monitor nilai analisa gas darah juga sangat penting untuk mengetahui CO<sub>2</sub> dan O<sub>2</sub> dalam darah pasien apakah meningkat atau menurun, pemberian oksigen digunakan untuk membantu memenuhi pasokan oksigen pada anak.

Implementasi keperawatan pada An. A dengan diagnosis **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** yang telah peneliti lakukan yaitu memonitor pla napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), mendengarkan bunyi napas, mengukur tekanan darah, menghitung nadi, mengukur suhu di aksila, menilai CRT, memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), melihat gerakan dinding dada, memberikan posisi semi fowler atau fowler, memberikan oksigen 2 lpm, melakukan fisioterapi dada dan memberikan obat acetilsistein 3x20 mg.

Menurut Rozana (2017) dalam penelitiannya, implementasi yang dilakukan oleh peneliti kepada pasien yang mengalami masalah bersihan jalan napas tidak efektif yaitu memberikan posisi semi fowler pada saat mengalami

kesulitan bernafas yang diakibatkan dari penumpukan sekret sehingga dapat mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan, serta berkolaborasi dalam pemberian bronkodilator dan antibiotik.

Menurut analisa peneliti upaya mengatasi ketidakefektifan bersihan jalan napas yang penelliti lakukan pada An. A sama dengan yang dilakuukan oleh peneliti sebelumnya yaitu memberikan posisi semi fowler, dan memberikan obat pengencer dahak seperti acetilsestein. Pelaksanaan implementasi pada diagnosa ini penting dilakukan seperti memonitor pola napas yang berguna untuk melihat apakah ada perubahan pola napas pada pasien, memonitor bunyi napas tambahan guna mendeteksi adanya bunyi whezing atau ronkhi, memonitor sputum guna untuk melihat adakah sputum yang tertahan pada jalan napas.

Implementasi keperawatan pada An. A dengan diagnosis **defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** yang telah peneliti lakukan yaitu mengidentifikasi status nutrisi An. A, mengidentifikasi alergi dan intoleransi aktifitas, membantu memberikan susu formula 8x50 cc lewat OGT, memonitor intake dan output cairan, memantau berat badan anak, memantau adanya mual muntah, dan melakukan pemeriksaan konjungtiva anaka, memantau kelancaran infus IVFD KaEN 1B 0,55 cc/jam.

Menurut Susilaningrum (2013) meningkatkan asupan nutrisi yang adekuat untuk mempercepat pertumbuhan dan perkembangan anak dengan cara memberikan nutrisi dari ASI atau susu formula. Tindakan dalam mempertahankan status gizi penting dilakukan karena laju metabolik pada anak yang menderita PJB sangat besar karena fungsi jantung yang buruk dan frekuensi jantung serta pernapasan yang meningkat.

Menurut analisa peneliti pemberian makanan seperti ASI atau susu formula sedikit tapi sering pada anak dapat membantu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi anak secara perlahan. Karena ASI atau susu formula merupakan nutrisi yang paling banyak mengandung berbagai macam senyawa sehat yang mampu melindungi kekebalan tubuh anak dan pemberian makanan tambahan sangat diperlukan untuk meningkatkan nutrisi sesuai dengan kebutuhan tubuh anak. Anak dengan PJB akan udah mersa lelah ketika makan karena kondisi jantung yang harus memompa lebih kencang dari kondisi normal, sehingga inilaah yang merangsang anak untuk malas dan tidak nafsu makan.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah suatu proses menilai hasil dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan apakah sudah teratasi atau belum teratasi. Melalui kegiatan evaluasi, perawat dapat menilai pencapaian tujuan dari tindakan keperawatan. Setelah melakukan implementasi keperawatan kepada An. A, tindakan keperawatan selanjutnya yaitu membuat evaluasi keperawatan dengan metode subjektif, objektif, analisa, planning (SOAP).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan setiap hari selama 5 hari dengan diagnosa **penurunan curah jantung berhubungan perubahan afterload** selama 5 hari masalah teratasi sebagian, sehingga intervensi dilanjutkan oleh perawat diruangan. Hasil evaluasi hari ke 4 dan 5 pada An. A didapatkan ibu mengatakan sesak anak mulai berkurang, anak masih tampak lemah, bibir tampak sianosis, tekanan darah 80/45 mmHg, pernapasan 32x/menit, nadi 130x/menit), suhu 36,6<sup>o</sup>c , SpO<sub>2</sub> 98%, CRT >2 detik.

Menurut Palpialy, Patadi (2023) dalam penelitiannya penurunan curah jantung belum teratasi pada hari ke-3 dengan implementasi memberikan posisi semi fowler, mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan

curah jantung, menghitung frekuensi nadi dalam 1 menit, menghitung frekuensi pernapasan dalam 1 menit.

Menurut analisa peneliti penurunan curah jantung ini timbul karena terjadinya kelemahan otot jantung akibat bekerja terlalu keras untuk memompakan darah keseluruh tubuh. Salah satu akibatnya anak lemah, lelah, suplai oksigen keseluruh tubuh berkurang, CRT >2 detik. Dengan kriteria hasil tekanan darah dalam keadaan normal, denyut jantung, nadi dan CRT dalam batas normal. Namun pada An. A masih ditemukan denyut nadi yang tinggi dan SpO<sub>2</sub> naik turun, CRT >2 detik, dan sianosis, sehingga intervensi masih dilanjutkan perawat ruangan.

Hasil dari evaluasi pada diganosa kedua **gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi** pada hari ke-5 belum teratasi sehingga intervensi masih dilanjutkan perawat diruangan. Hasil evaluasi terakhir yang didapatkan pada hari ke 4 dan 5 yaitu ibu An. A mengatakan sesak anak mulai berkurang, anak masih tampak lemah, tampak sesak, tekanan darah 80/45 mmHg, pernapasan 32x/menit, nadi 130x/menit, suhu 36,6<sup>o</sup>c, SpO<sub>2</sub> 98%, CRT >2 detik.

Menurut Safitri (2022) dalam penelitiannya gangguan pertukaran gas teratasi sebagian pada hari ke-4 dengan implementasi memonitor aliran oksigen dan memastikan keadekuatan fraksi, memonitor efektivitas terapi oksigen, serta memastikan tidak ada tanda hipoventilasi. Selain itu, manajemen asam-basa dilakukan dengan memonitor frekuensi dan kedalaman napas, tingkat kesadaran, irama dan frekuensi jantung, serta memantau perubahan nilai AGD sesuai instruksi dokter.

Menurut analisa peneliti masalah ini muncul karena terjadinya kebocoran pada ventrikel kanan dan ventrikel kiri yang menyebabkan darah dari ventrikel kiri mengalir ke ventrikel kanan karena tekanan pada ventrikel kiri yang lebih tinggi sehingga darah di ventrikel kanan menumpuk untuk

dialirkan ke arteri pulmonal, karena terjadinya stenosis pada arteri pulmonal darah yang dialirkan ke paru-paru sedikit. Hal ini yang menyebabkan darah yang diedarkan keseluruh tubuh kekurangan oksigen. Salah satu akibatnya anak mengalami sianosis. Dengan kriteria hasil dispnea menurun, bunyi napas tambahan menurun, PO<sub>2</sub> membaik, PCO<sub>2</sub> membaik. Namun pada An. A sesak mulai berkurang, bunyi nafas tambahan masih ada, PO<sub>2</sub> dan PCO<sub>2</sub> belum membaik.

Hasil dari evaluasi pada diagnosa ketiga **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** pada hari ke-5 teratasi sebagian sehingga intervensi masih dilanjutkan perawat diruangan. Hasil evaluasi terakhir yang didapatkan pada hari ke 4 dan 5 yaitu ibu An. A mengatakan sesak anak mulai berkurang, anak masih ada batuk tapi sudah berkurang, anak masih tampak lemah, tampak sesak, tekanan darah 80/45 mmHg, pernapasan 32x/menit, nadi 130x/menit, suhu 36,6°C, SpO<sub>2</sub> 98%, CRT >2 detik.

Hal ini sesuai menurut penelitian Manurung (2013) hasil evaluasi sudah sesuai dengan kriteria seperti batuk sudah mulai berkurang, dan dispnea berkurang, tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh pasien tersebut seperti batuk, dan sesak napas.

Menurut analisa peneliti setelah melakukan asuhan keperawatan pada An. A selama 5 hari didapatkan evaluasi keperawatan terhadap bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan yaitu pernapasan masih tinggi, dispnea berkurang, batuk berkurang, sehingga masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi seutuhnya dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Hasil dari evaluasi pada diagnosa keempat **defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** pada hari ke-5 belum teratasi, sehingga intervensi dilanjutkan perawat ruangan. Hasil evaluasi

yang peneliti dapatkan pada hari ke-5 yaitu ibu An. A mengatakan berat badan anak belum mengalami perbaikan, anak masih tampak lemah, anak masih terpasang OGT, BB 3,6 kg, anak mendapatkan ASI sebanyak 8x50 cc.

Hasil penelitian Herridge et al (2021) menjelaskan dalam penelitiannya evaluasi terhadap defisit nutrisi perlunya dilakukan pemantauan secara terus menerus, manajemen nutrisi berfokus pada inisiasi dini dan optimalisasi pemberian makanan enteral. Berdasarkan penelitian, pemberian protein muncul sebagai elemen nutrisi utama yang melengkapi namun diperlukan penelitian tambahan khusus pada anak. Sehingga untuk penilaian status gizi (risiko malnutrisi) perlu dilakukan terus-menerus diperlukan untuk menentukan terapi yang sesuai yang akan membantu gizi anak secara optimal.

Menurut Munir (2024) dalam penelitiannya evaluasi terhadap penerapan intervensi manajemen nutrisi seperti pemberian ASI eksklusif, cara penyiapan makanan, jumlah makanan, jenis makanan, frekuensi pemberian ASI/susu formula, dan kecepatan respon terhadap pemberian gizi menunjukkan hasil yang positif. Penggunaan terapi manajemen nutrisi berhasil membantu dalam meningkatkan asupan nutrisi pasien dan mencegah terjadinya kekurangan gizi. Selain itu, perawat di ruang anak dianggap memiliki peran yang penting dalam mendukung prosedur kebutuhan nutrisi anak dan mencegah terjadinya kondisi gizi buruk.

Menurut analisa peneliti masalah ini muncul karena darah memenuhi pembuluh darah paru yang menyebabkan hipertensi pulmonal, dan mengakibatkan pertukaran oksigen tidak adekuat yang dapat menyebabkan sesak napas pada anak. Anak dengan PJB akan bertambah sesak jika beraktifitas seperti menyusu, dan anak akan malas untuk menyusu karena merasa kelelahan, akibatnya anak akan kekurangan nutrisi maka dipasangkan OGT agar nutrisinya terpenuhi dan perlu diberikan tinggi zat-

zat nutrisi untuk mencapai pertumbuhan yang adekuat. Kriteria hasilnya adalah berat badan membaik. Namun pada An. A kriteria hasil belum tercapai karena berat badan anak yang belum mengalami kenaikan, anak masih mendapatkan susu formula 8x50 cc, asupan nutrisi masih sama, sehingga masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada An. A dengan PJB sianotik + Bronkopneumonia di ruang PICU IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

##### 1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada An. A (2 bulan) didapatkan data pasien tampak sesak, pucat, sianosis di bibir, lemah, serta batuk. An. A mengalami penurunan berat badan dari 4,2 kg menjadi 3,6 kg.

##### 2. Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian dan analisa data didapatkan empat masalah keperawatan yang muncul pada An. A, yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

##### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan masalah yang ditemukan pada An. A, yaitu perawatan jantung, pemantauan respirasi, terapi oksigen, manajemen jalan napas, dan manajemen nutrisi

##### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun, implementasi keperawatan pada An. A dilakukan pada tanggal 26 Februari 2024 – 1 Maret 2024. Implementasi yang dilakukan yaitu memonitor tanda-tanda vital, mendengarkan bunyi jantung, mendengarkan bunyi napas, melihat gerakan dinding dada, melakukan penilaian *capillary refill time* (CRT), memberikan terapi obat, memonitor berat badan pasien, memonitor dan membantu memberikan susu formula 8x50 cc lewat OGT, memberikan terapi oksigen 2 lpm

## 5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan yang dilakukan selama 5 hari pada pasien dalam bentuk SOAP untuk diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan. Penurunan curah jantung berhubungan dengan afterload pada hari ke-5 teratasi sebagian, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi pada hari ke-5 belum teratasi, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan pada hari ke-5 teratasi sebagian, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan pada hari ke-5 belum teratasi sehingga intervensi keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

## B. Saran

### 1. Bagi Petugas Perawat Ruang Rawat Inap Anak

Peneliti menyarankan bagi perawat ruangan, yaitu diharapkan agar dapat melakukan pengkajian lebih mendalam agar dapat menggali masalah keperawatan baru yang mungkin muncul pada pasien, perawat diharapkan agar tidak hanya mengangkat dan mengatasi masalah keperawatan utama saja, perawat juga diharapkan lebih memperhatikan rencana asuhan yang telah disusun dan mempertahankan kesinambungan intervensi agar berjalan optimal. Semoga studi kasus yang peneliti lakukan dapat menjadi sebagai bahan bacaan perawat di ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk melakukan asuhan keperawatan dengan cara meningkatkan pelayanan keperawatan kepada pasien dengan Penyakit Jantung Bawaan dan dapat melanjutkan intervensi pada diagnosa keperawatan yang belum teratasi dan memberikan *discharge planning* jika pasien diperbolehkan pulang.

### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan dapat meningkatkan mutu dan kualitas

pendidikan. Memperbanyak buku-buku referensi tentang keperawatan dan kedokteran terbaru tentang anak dengan penyakit jantung bawaan sehingga dapat meningkatkan minat baca dan proses pembelajaran.

**3. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi bahan bacaan ilmiah, menjadi kerangka perbandingan untuk mengembangkan ilmu keperawatan, dan memberikan referensi kepada adik-adik tingkat dan pada mahasiswa sehingga dapat menambah wawasan pengetahuan mahasiswa tentang asuhan keperawatan pada pasien anak dengan Penyakit Jantung Bawaan.

**4. Bagi Pasien dan Keluarga**

Kepada keluarga diharapkan dapat merawat anggota keluarga yang sakit, mampu menjaga sanitasi lingkungan, menjaga pola hidup bersih dan sehat, mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, mencuci tangan setelah BAB, dan mampu menerapkan gizi seimbang pada semua anggota keluarga. Diharapkan juga keluarga lebih memperhatikan dan menjaga pola hidup bersih dan sehat dirumah sehingga anggota keluarga lain terhindar dari berbagai penyakit.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggarani, W., Christiono, S., & Agusmawanti, P. (2021). Oral and dental management in children with tetralogy of fallot : a literature review. In *odonto dental Journal* (Vol. 8, Issue 1).
- Apriza, R. P. (2023). *Diagnosis Penyakit Jantung Bawaan*.
- Aspiani Yuli Reny. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler Aplikasi NIC & NOC*. Damanik Sri Melfa, & Erita Sitorus. (2019). *Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak*.
- Astuti, S., Susanti, A. I., & Rica, E. (2016). Gambaran Paparan Asap Rokok pada Ibu Hamil Berdasarkan Usia Kehamilan di Desa Cintamulya Kecamatan Jatinangor Kabupaten Sumedang
- Asshiddiqie, J., & Sudarmanto, S. (2022). Penyakit Jantung Bawaan Sianotik pada Anak Laki-Laki Berusia 4 Tahun: Laporan Kasus. Proceeding Book Call for Papers Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta, 296-306.
- Asriah, N. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Penyakit Jantung Bawaan di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Caruso, S., & Lukey, A. (2024). Gangguan Diagnosis Perawatan Pertukaran Gas dan Rencana Perawatan.
- Djer Mulaydi M, & Madiyono Bambang. (2016). *Tatalaksana Penyakit Jantung Bawaan. Vol. 2, No. 3*.
- Haugen, Nancy, et al. (2020). Ulrich & Canale's Nursing Care Planning Guides: Prioritazion, Delegation, and Critical Reasoning. Elsevier.
- Hermawan Budi Junio, Hariyanto Didik, & Aprilia Dinda. (2018). *Profil Penyakit Jantung Bawaan Di Instalasi Rawat Inap Anak RSUP DR. M. Djamil Padang Periode Januari 2013 – Desember 2015*.
- Hernawati, dkk. (2023). Bronkopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Medan. *Malahayati Health Student Journal* Vol 3 no 1.
- Herridge, J., Tedesco-Bruce, A., Gray, S., & Floh, AA (2021). Memberi makan anak dengan penyakit jantung bawaan: tinjauan naratif. *Kedokteran Anak*, 4.
- Hidayat, A. A. A. (2012). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*.
- Hidayat, A. A. A. (2013). *Metode Penelitian Keperawatan dan Analisis Data*.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2017). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Elsevier Health Sciences.

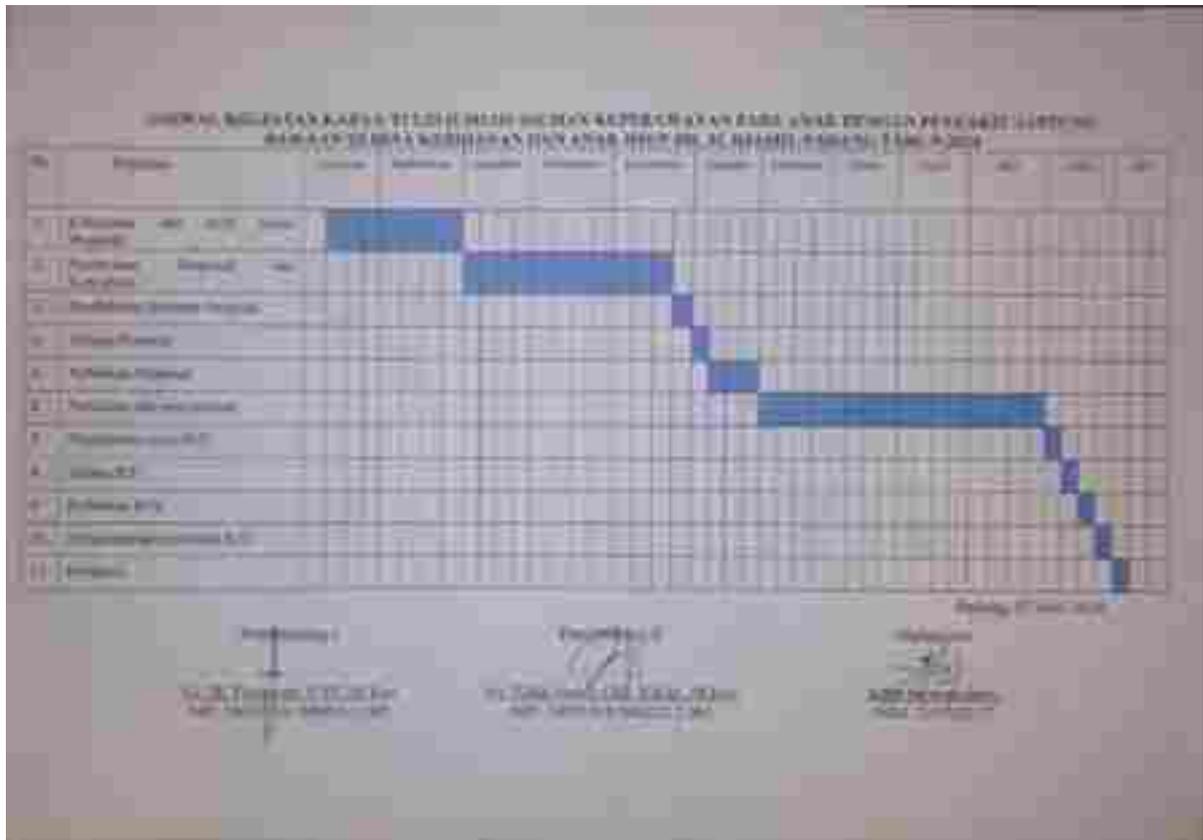
- Ibrahim, R., & Fadli, S. (2023). Analisis Asuhan Keperawatan Penurunan Curah Jantung Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF). *Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*. Vol 1 no 3.
- Kasron. (2012). *Kelainan dan Penyakit Jantung Pencegahan Serta Pengobatannya*.
- Kasron. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*.
- Kemenkes. (2018). *Laporan Riskesds Sumatera Barat 2018*.
- Kemenkes RI. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia*.
- Kementerian Kesehatan. (2019). *Hari Jantung Sedunia (World Heart Day): Your Heart is Heart Too*.
- Kristiyanti, M. (2023). *Metode Penelitian*.
- Kusumawati, D. E. (2022). Praktik Menyusui pada Anak Baduta Berat Badan Kurang. Poltekita: *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 15 (4), 386-392.
- Kyle Terri, susan carman. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri vol.3* .
- Ontoseno Teddy. (2018). *Penyakit Jantung pada Anak*.
- Putri, S. P., & Dwi Ariwibowo, D. (2023). Pengaruh penyakit jantung bawaan sianotik dan asianotik terhadap pertumbuhan pasien balita periode 2018-2020 di RSUD Dr. Chasbullah Abdul Majid Bekasi. In *Tarumanagara Medical Journal* (Vol. 5, Issue 1).
- Lestari, D. L. (2023). Penyakit Jantung Bawaan pada Anak. *Scientific Journal*. Vol 2 no 4
- Manurung, dkk. (2013). *Gangguan Sistem Pernafasan Akibat Infeksi*. Jakarta: Trans Info Media.
- Munir, Z., Sholehah, B., & Maghfiroh, N. F. (2024). Penerapan Manajemen Nutrisi terhadap Anak Gizi Buruk dengan Defisit Nutrisi di Instalasi Rawat Inap Mawar Kuning Atas RSUD Sidoarjo. *Jurnal Ilmu Teknologi, Kesehatan, dan Humaniora*, 5 (1), 47-55.
- Naura, C. C., Aklima., & Rahmalia, A. (2024). Studi Kasus pada Pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF). *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*. Vol 6 no 4.
- Palpialy, C. D., & Patadi, C. M. (2023). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ventricular Septal Defect (VSD) di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar (Disertasi Doktor, STIK Stella Maris).
- Ramakrishnan, A., Lee, LJ, Mitchell, LE, & Agopian, AJ (2015). Hipertensi Ibu Hamil Selama Kehamilan dan Risiko Kelainan Jantung Bawaan pada Keturunannya: Tinjauan Sistematis dan Meta-Analisis. *Kardiologi Anak*, 36, 1442-1451

- Rosmadewi, & Mugiati. (2019). Kepatuhan Bidan dalam Penerapan SOP Pemotongan Tali Pusat pada Bayi Baru Lahir. In *Jurnal Kesehatan* (Vol. 10, Issue 3). Online.
- Rozana, & Hesti, P. (2017). Upaya Meningkatkan Bersihan Jalan Nafas pada Anak dengan ISPA.
- Safitri, E., Hasrati Nizami, N., Mariana Harahap, I., Program Studi Profesi Ners, M., Keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh, F., & Keilmuan Keperawatan Anak, B. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Bayi dengan Patent Ductus Arteriosus di NICU : Suatu Studi Kasus Nursing Care for the Baby with Patent Ductus Arteriosus in NICU : A Case Study. In *JIM FKep* (Vol. 1).
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R & D*.
- Susilaningrum, R., Nursalam, & Utami, S. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Salemba Medika.
- Umboh, A., Rompies, R., Bagian, V. U., Kesehatan, I., Fakultas, A., Ratulangi, S., Rsup, /, & Kandou, R. D. (2022). *Hubungan Status Gizi dan Anemia dengan Penyakit Jantung Bawaan pada Anak* (Vol. 23, Issue 6).
- Ustami, L., & Nurhakim, F. (2023). Intervensi Manajemen Jalan Napas pada Pasien dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif : Studi Kasus. *Jurnal Riset Ilmiah*. Vol 2 no 7.
- WHO. (2023). *Congenital Disorders*.
- Widodo, D. (2021). *Metodologi Penelitian*.
- Willim, H. A., Cristianto, C., Prahasti, D. S., Cipta, H., & Utami, A. A. (2020). Aspek klinis dan tatalaksana gagal jantung pada anak: tinjauan pustaka. *Intisari Sains Medis*, 11(3), 1456-1466.
- Wu, W., He, J., & Shao, X. (2020). Incidence and mortality trend of congenital heart disease at the global, regional, and national level, 1990-2017. *Medicine*, 99(23), e20593.
- Zuafni, Nindi. (2018). Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Kasus Penyakit Jantung Bawaan di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. D. Padang.

# LAMPIRAN

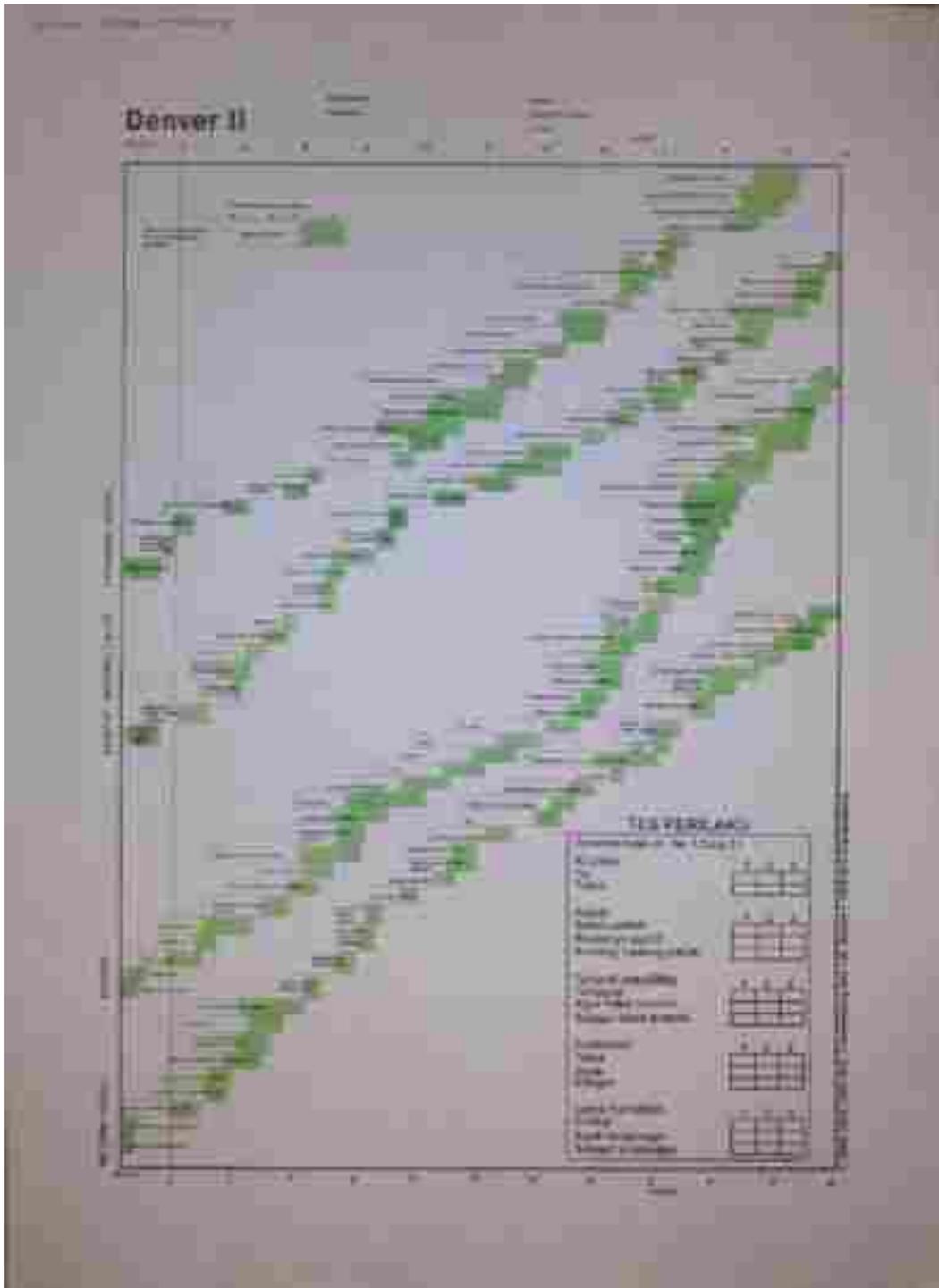
# Isi Lampiran

## Lampiran 1



## Lampiran 2

### Denver II



lampiran 3

Lembar Konsultasi Pembimbing I

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH  
 PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN  
 POLTEKKES KEMENKES PADANG

Nama : Irina Imanwahyuni  
 NIM : 213110117  
 Pembimbing I : Ns. Theresia, S.ST, S.Kep, M.Kes  
 Judul : Asuhan Keperawatan pada anak dengan Penyakit Jantung Bawaan & DNA Kehidupan dan Anak RHD Di. M. Jambul Padang

NO	Tanggal	Kegiatan Atau tugas Pembimbing	Tanda Tangan
1	14/10/2023	Konsep RHD I Letter belahang - tentukan re. halarat - cek status pernafas (sama tidak ning di miringkan) - survey awal kemampuan belajar - tentukan dampak pada anak - PAK atau PIR?	
2	1/11/2023	RAD I - survey awal - tentukan dampak RAD II - tentukan woc, pemeriksaan ADE, Pemeriksaan Penunjang secara bertahap - tentukan dampak perisista - tentukan penatalaksanaan	
3	11/11/2023	- Cek kembali dampak, woc, pemeriksaan ADE, pemeriksaan penunjang, dampak perisista, dan penatalaksanaan - Pantau data komney untuk PIR	
4	28/11/2023	- Rile 2 AK - Lanjut ke tab III	
5	29/12/2023	RAD III - Tentukan langkah-langkah penelitian - Perbaiki artikel sampai penelitian - Perbaiki jenis dan desain penelitian Tentukan lampiran	

6	4/1/2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cek daftar pustaka</li> <li>- Lengkapi lampiran</li> </ul>	
7	4/1/2024	Ada untuk laporan sidang proposal	
8	21/3/2024	Kumpul hasil pengumpulan data <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisa data sesuai gl/1</li> <li>- Diskusi diagnosis lengkap</li> <li>- Intervensi keperawatan lengkap</li> </ul>	
9	21/3/2024	Kumpul Askep <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki status kecermat</li> </ul> Lanjut bab 1 BAB 4	
10	28/3/2024	Kumpul BAB 4 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaikan dipertajam untuk materi peneliti</li> <li>- Sediakan data yang dibantu dengan sumber untuk umum</li> <li>- Tambah jurnal untuk penelitian</li> </ul>	
11	14/5/2024	Kumpul revisi bab 4 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perambatan untuk perbaikan grafik</li> </ul> Lanjut bab 5 dan ulas	
12	31/8/2024	Lengkapi daftar Pustaka dan lampiran lamanya	
13	31/8/2024	Ada untuk laporan sidang hasil	

Menghimpin,

Kemahasiswaan D-III Keperawatan Padang

Poltekkes Kesehatan RI Padang



Ni, Yanti Endrianti, S.Kep., St.Kep

NIP. 19730121 199803 2 005

## Lampiran 4

### Lembar Konsultasi Pembimbing II

**LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARVA TULIS ILMIAH  
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES PADANG**

Nama : Intan Yumandary  
Nim : 213110117  
Pembimbing II : Ns. Zella, Anesty Itha, S.Kep, M.Kep  
Judul : Analisis Keperawatan pada anak dengan Penyakit Jantung Berman di RNA Kebidanan dan Anak RSUD Dr. M. Jamil Padang

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Suras Pembimbing	Tanda Tangan
1	28/8/2023	Konsul pada Bimbingan bab I - Cara penulisan	
2	29/11/2023	Bimbingan bab I - Sisa judul di perbaiki sesuai 1 spes - Perbaiki urutan penulisan dari paragraf 1 sesuai dengan paragraf terakhir - Perhatikan cara penulisan - Tambahkan dampak pada bayi seperti gangguan tumbuh kembang - Tambahkan survey awal ke rumah	
3	11/12/2023	Bimbingan bab I - Perhatikan penulisan nomor halaman - Tambahkan jurnal keterhubungan penelitian tali pusat - Tambahkan komposisi yang di analisis mak - Tambahkan hal yang menarik mengenai sawarik Bimbingan bab II - Tambahkan sumber pada setiap kalimat - Perbaiki core - Tambahkan materi pada respon tubuh - Tambahkan intervensi dari jurnal untuk dimasukkan ke intervensi	
4	15/12/2023	Bimbingan bab I - Perbaiki core - Perbaiki penulisan pada data awal - Perbaiki penulisan pada paragraf terakhir	

		Jenis Kegiatan	
5	23/2024	Himbangan bab I <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki cover</li> <li>- Perbaiki pemberian nomor halaman</li> </ul> Himbangan bab II <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki penulisan pada strategi of table</li> <li>- Tambahkan intervensi</li> </ul> Himbangan bab III <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan paparan dalam 3 bulan terakhir</li> <li>- Perbaiki kriteria skripsi</li> </ul>	A
6	5/3/2024	- Perbaikan ulang penulisan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cek daftar pustaka</li> </ul>	A
7	5/7/2024	Arsipkan proposal	A
8	26/2/2024	Konsep ujian penelitian dan kelas yang diambil	A
9	20/5/2024	Konsul Askep <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki riwayat kesehatan sekarang</li> <li>- Perbaiki riwayat kesehatan dahulu</li> <li>- Perbaiki riwayat perkembangan</li> <li>- Tambahkan hasil tesngeri dan ekokardiografi</li> <li>- Tambahkan data pada analisis data</li> <li>- Tambahkan intervensi</li> </ul>	A
10	20/5/2024	Konsul Askep <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki riwayat kesehatan sekarang</li> <li>- Perbaiki riwayat perkembangan</li> <li>- Perbaiki intervensi</li> </ul> Konsul B&S 4 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki penulisan</li> <li>- Perbaiki pembahasan</li> <li>- Tambahkan jurnal pada pembahasan</li> </ul>	A
11	5/6/2024	Konsul Askep <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki intervensi</li> </ul> Konsul B&S 4 dan 5 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki pembahasan kasus pada bagian pengkajian</li> <li>- Tambahkan askep penunjang pada diagnosis keperawatan</li> </ul>	A

12	4/6/2024	Perbaiki Alurasa Langkapi lampiran Perbaiki teknik penulisan	2
13	3/10/2024	Perbaiki Alurasa Perbaiki BAB 5 bagian awal	2
14	2/2/2024	all upon hand	2

Mengstafai,

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang

Kampus Poltekkes Padang



Ns. Yessi Fitrianti, S.Kep, M.Kep

NIP. 19750121 199903 2 005

## Lampiran 5

### Surat izin pengambilan data dari Kemenkes Potekkes Padang

 <b>KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</b> <b>DIREKTORAT JENDERAL TERAGA KESEHATAN</b> <b>POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG</b> Jl. Sempang Perak Peta Nanyurd Padang 25119, Telpom (0753) 700838 Likawing Website : <a href="http://www.poltekkes-pd3.ac.id">http://www.poltekkes-pd3.ac.id</a> Email : <a href="mailto:info@poltekkes-pd3.ac.id">info@poltekkes-pd3.ac.id</a> 		
Nomor	= PH.03.02/4210/2021	30 Agustus 2021
Perihal	= <u>Izin Pengambilan Data</u>	
Kepada Yth	Dinkes RSUD Dr. M. Djamil Padang	
Di	Pir	
Tempat	Tempat	
Dengan hormat,		
Selubungan dengan dilakukannya Peninjauan Program Kerja Tuli Babi (KTT) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Sisd D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Gasal TA. 2021/2022, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Pengambilan Data di Instalasi yang Bapak/Ibu Penuhi ( nama mahasiswa terlampir)		
Demikianlah kami sampaikan, dan perhatian dan kerendahan Hati kami sangat diharapkan.		
<p>03 September 2022 Dinkes      Poltekkes      Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang</p>  <p>RENIDAYATI, S.Kep, M.Kep, Sp.Snes NIP. 19720028198002001</p>		

Lampiran Surat Tugas  
 Nomor : PP-143.0/2024/2114  
 Tanggal : 22 September 2023

**NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN PENGAMBILAN DATA**

NO	NAMA	NIM	JUDUL PENELITIAN
1	Tasya Yolanda Putri	213110131	Analisis Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Di RSUD Dr. M. Djamil Padang
2	Putri Rahma Dewi Andini	213110136	Analisis Keperawatan Pada Pasien Ca Colon Di RSUD DR. M. Djamil Padang
3	Nuzulwa Ayanti Sabudila	213110134	Analisis Keperawatan Gangguan Persepsi Kehidupan Okupansi Pada Pasien Demam CH Di RSUD DR. M. Djamil Padang
4	Ahida Yanti	213110132	Analisis Keperawatan Pada Pasien Post Op Kelenjar Dengan Infeksi Ca Cakra Di RSUD DR. M. DJAMIL PADANG
5	Elina Safitri	213110133	Analisis Keperawatan Pada Pasien Kanker Serviks Di RSUD Dr. M. Djamil Padang
6	Shirya Tri Andani	213110138	Analisis Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Gigitan Anas Infeksi FER Di RSUD Dr. M. Djamil Padang
7	Ahla Ruzuliani	213110094	Analisis Keperawatan Gangguan Rasa Akibat Nyaman Nyeri Pada Pasien Fraktur Di RSUD Dr. M. Djamil Padang
8	Fachri Hamdan	213110176	Analisis Keperawatan Gangguan Persepsi Kehidupan Aktivitas Fisik Pada Pasien Fraktur Femur Dirang Di M. Djamil Padang
9	Dombana Azzahra	213110098	Analisis Keperawatan Gangguan Okupansi Pada Pasien TB Paru Di RSUD Dr. M. Djamil Padang
10	Fina Fama	213110139	Analisis Keperawatan Pada Pasien Ca Mammae Di RSUD DR. M. DJAMIL PADANG
11	Aska Saria Azzahra	213110091	Analisis Keperawatan Dengan Gangguan Rasa Anas Nyaman Nyeri Pada Pasien Ca Mammae Di RSUD DR. M. DJAMIL PADANG

12	Adita Sinarita	213110103	Analisis Keparawatan Gangguan Permeabilitas Kelenjar Ovarium Pada Pasien Dengan CMIF Di Bangsal Jantung RSUD DR. M. Djamil Padang
13	Gianna Deyna	213110104	Analisis Keparawatan Gangguan Permeabilitas Kelenjar Ovarium Pada Pasien Dengan Penyakit Fan Ovarianl Kistik (Folikl Rupa Di M. Djamil Padang
14	Machlinda Syahmi ayuni	213110105	Analisis Keparawatan Pada Anak Dengan Endometriosis Di IRNA Kerdaman Dan Anak Rupa Di. M. Djamil Padang
15	Intan Nurwardani	213110107	Analisis Keparawatan Pada Anak Dengan Penyakit Jantung Bawaan Di IRNA Kerdaman Dan Anak Rupa Di. M. Djamil Padang
16	Darnal Saklay	213110101	Analisis Keparawatan Pada Anak Dengan Lesiemia Limfositik Akut Di IRNA Kerdaman Dan Anak RSUD Di M. Djamil Padang
17	Lina Ayunda Putri	213110106	Analisis Keparawatan Gangguan Permeabilitas Nierri Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Di Rupa Di. M. Djamil Padang
18	Ceti Rahmah Putri	213110102	Analisis Keparawatan Pada Pasien Dengan Simile Jangkri Di RSUD Di M. Djamil Padang
19	Hafidha Amisah	213110105	Analisis Keparawatan Pada Anak Dengan Hidrosefalus Di IRNA Kerdaman Dan Anak RSUD Di. M. Djamil Padang
20	Alia Febulda Ethan	213110105	Analisis Keparawatan Gangguan Aman Nyamin Pada Pasien Diabetes Di RSUD Di. M. Djamil Padang
21	Rani Nabilah	213110101	Analisis Keparawatan Dengan Gangguan Rami Aman Nyamin Nyeri Pada Pasien Cedera Kepala Di Ipa Rupa Trauma Cedera Rupa Di M. Djamil Padang
22	Niam Perita	213110105	Analisis Keparawatan Anak Pada Anak Dengan Penyakit Cagal Ginjal Kistik Di RSUD Di M. Djamil Padang
23	Delfiana Rayid	213110106	Analisis Keparawatan Pada Pasien Dengan Operasi Vaginal Histeri (CAH) Di RSUD Di M.

			Yusni Puhaz
24	Amelia F. Alisa	211110990	Analisis Ketersawaran Pada Pasien DM Tipe 2 Dengan Ulkus Diabetikum Di RSUD Dr. M. Djamil Padang
25	Arika Rizki Amilia	211110991	Analisis Ketersawaran Pada Pasien Dengan Kondisi Penyakit Di RSUD Dr. M. Djamil Padang
26	Maryia Melani	211110927	Analisis Ketersawaran Dengan Kondisi Gangguan Pada Pasien Covid-19 Di RSUD Dr. M. Djamil Padang
27	Rizka Nurrahmah Alifan	211110914	Analisis Ketersawaran Pada Pasien Covid Di RSUD Dr. M. Djamil Padang
28	Ulhas Indah Putri	211110993	Analisis Ketersawaran Pada Pasien Sistem Pernapasan Di RSUD Dr. M. Djamil Padang

Direktor Poltekkes Kesehatan Masyarakat Padang



REHDAVATI, S.Kp, M.Kep, Sp.2006  
NIP. 247205281995020021

## Lampiran 6

### Surat izin pengambilan data dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

	<b>RSUP DR. M. DJAMIL PADANG</b> <b>DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM</b> <b>KELompok SUBSTANSI PENDIDIKAN &amp; PENELITIAN</b> Jalan Pematang Siantan Padang 35127 Telp. (075) 3271111-1271 Faksim. 45224, 45111 Email : <a href="mailto:sdm@rsupdjamilpadang.com">sdm@rsupdjamilpadang.com</a>
<b>NYALIAS</b> Nomor: DP.03.01/K/15.1.3.2/11/19/0222	
TO:	D/Ka. Instalasi Rawat Inap Kebidanan dan Anak 2. N/A. Instalasi Rawat Medis
Dari:	Sis. Koordinator Penelitian dan Pengembangan
Hil:	3011 Survei Anak
Tanggal:	11 September 2022
<p>Selubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna merumuskan proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data seselengkapnya mungkin.</p> <p>Nama: Hana Nurhasdiana NIM/ID: 213110117 Instansi: Dit. Program Studi Keperawatan Poltekkes Kesehatan Padang</p> <p>Untuk mendapatkan informasi di bagian tersebut dapat ringkas melalui penelitian dengan judul:</p> <p><b>"Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung Bicuspid di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang"</b></p> <p>Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.</p>	
 di. Hana Nurhasdiana, S1, SKI, M. Kesmas	



**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**  
**DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN URM**  
**KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN**

Jalan Pasteur Kertekabari Padang 25137 Telp. (075) 82275, 82223, 82224, ext 210  
Email : [sdm@umdjamilpadang.com](mailto:sdm@umdjamilpadang.com)

**NOTA DINAS**

Nomor: DP/SD/0100/VI/1.3.2/1/P/000003

Yth: **Pa. Instalasi Rawat Inap Kebidanan dan Anak**  
**Pa. Instalasi Rawat Medis**

Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan  
Hal : 200 Duniel Raka  
Tanggal : 11 September 2023

Selubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keperawatan kepada:

Nama : Irena Imanandary  
NIM/SP : 2521150113  
Instansi : DM Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk mendapatkan informasi di bagian tersebut, dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

**"Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung Bawaan di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang"**

Dimikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Dr. Hendra Darmas, Sp.EVO, M. Edmed









**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**  
**DIKROTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UHUM**  
**KELONPOR SUMBERASAS PENDIDIKAN & PENELITIAN**

Jalan Sisinga, Kecamatan Padang, 05117 Telp. (075) 8371, 8383, 8384, 8385, 8386, 8387  
 Email : [rsup.djamil@padang.go.id](mailto:rsup.djamil@padang.go.id)

**NOTA DINAS**

Nomor: DR/11210004.1.3.2/17/ 48/2023

**Th:** : 1. Ke. Instalasi Rawat Inap Kebidanan dan Anak  
 2. Ke. Instalasi Rawat Medis  
**Dst:** : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan  
**Htl:** : Gik Survei Ases  
**Tanggal:** : 11 September 2023

Selengkapnya dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data yang bersangkutan kepada:

Nama : Inda Permata D.S.H.C. M.Humut  
 NIDNIP : 213110117  
 Instansi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Biokimia dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

**"Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung Bawaan di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang"**

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya ucapkan terima kasih.

©: Inda Permata D.S.H.C. M.Humut

15:1 Dagu dipulihati oleh mendapatkan data awal, atau dengan berpikir yang dirumahnya dan juga akan kemah lebih yang berlatar Padang, 26 September 2023

(Gik Survei Ases, S.cep)

## Lampiran 7

### Surat izin penelitian dari Kemenkes Poltekkes Padang

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG					
Jl. Jendral Sudirman Km. 10 Padang 25139 Telpom (075) 7811111 (Pusat) Website : <a href="http://www.poltekkes-pkg.go.id">http://www.poltekkes-pkg.go.id</a> Email : <a href="mailto:ditjenptk@kemkes.go.id">ditjenptk@kemkes.go.id</a>					
Noor Primal	: PP/KE/2108/02024 : Kamfiliq	21 Januari 2024			
Kepada Yth. : Direktur RSUD Dr. M. Djamil Padang di Tempat Dengan hormat,					
Sehubungan dengan dilaksanakannya Program Kerja Taha Khatir (TKH) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Genap TA. 2023/2024, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Penelitian di rumah yang Bapak/Ibu Pungin.					
NO	NAMA	NIM	JUDUL KTI	LAMA PENELITIAN	TEMPAT PENELITIAN
1.	Isma Ismawatiq	2111101 17	Rol dan kemandirian pada Anak dengan Penyakit Sepsis Rawat di RUMK Kebidanan dan Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang	21 Januari – 30 April 2024	RSUP Dr. M. Djamil Padang
Demikianlah kami sampaikan, dan perhatian dan bimbingan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.					
Direktur Poltekkes Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang  HENDAYATI, S.Kg, M.Kep, Sp-2004					
<small>Disusun di Unit Administrasi Akademik Poltekkes yang ditandatangani oleh (tertulis) dan nomor 2024/1/2024</small>					

## Lampiran 8

### Surat izin penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

INSTALASI RAWAT INAP RSUP DR. M. DJAMIL PADANG (RSUP DR. M. DJAMIL PADANG) (SEKELAH TERPADU)	
NOOR	
Tipe Rawat : <u>Rawat Inap</u>	Metode : Tegak : Dua : Tiga : Empat : Lainnya : Lainnya : Lainnya :
Kategori / Tindakan :	Tanggal Pengetesan :
Tanggal : <u>10 Maret 2018</u>	
Nama :	
Alamat :	
Keptuhan : <u>100% (100%)</u>	
Instansi / Instansi :	Ditandatangani Kepala :
<p><i>(Handwritten signature and stamp)</i></p>	

KEMENKES POLTEKES PADANG

**NOTA DINAS**  
Nomor DP/04.05/DJ/VI.2.17/Anj/2024

Yth. : Kepala Instalasi Rawat Inap (Kubidrawan dan Anak)  
Diat : Kajian Manaja Penelitian  
Hal : Izin Melakukan Penelitian  
Tanggal : 13 Februari 2024

Selubungan dengan surat Direktur Poltekkes Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang Nomor: PP/03.01/2024/1224 tanggal 31 Januari 2024 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan perihal:

Nama : (Nama Lengkap)  
NIM/SP : 212110117  
Instansi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kesehatan Padang

Untuk melakukan penelitian di instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi dengan judul:

**"Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung Bawaan di IRNA Kehlanaan dan Anak RSUD Dr. M. Djamil Padang"**

Oleh karena kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Yth. Kepala Instalasi Rawat Inap  
Ruang P. Jantung (Kubidrawan)

(Tanda Tangan)  
N. H. S. S. S.

N. H. S. S. S.

(Tanda Tangan)  
N. H. S. S. S.

Demikian disampaikan kembali kepada yang bersangkutan untuk akses pengendalian data penelitian.



Nomor : DP04.030.0012.01.0004  
 Perihal : izin Melakukan Penelitian  
 a.n. Inim.Jamawentiv

13 Februari 2024

Yang terhormat,  
 Direktur Politeknik Kesehatan  
 Kementerian Kesehatan Padang  
 Di Tempat

Selubungan dengan surat Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang Nomor: PP03.0120070004 tanggal 31 Januari 2024 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan surat pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk meneliti di tempat:

Nama : Inim Jamawentiv  
 NIMBP : 212110117  
 Instansi : DIII Program Studi Keperawatan Politeknik Kesehatan Padang

untuk melakukan penelitian di RSUD. Dr. M. Padang, dalam rangka pembuatan karya tulis ilmiah dengan judul:

**"Analisa Kepuasan pada Anak dengan Penyakit Jantung Berman di IBSA Kebiliranah dan Anak RSUD Dr. M. Djamil Padang"**

Dengan catatan sebagai berikut:

1. Penelitian yang bersifat insidental, harus mendapat persetujuan dari panitia etik penelitian kesehatan dengan diluluskannya "Ethical Clearance".
2. Lembar Minimis yang diperoleh di RSUD Dr. M. Djamil Padang semata-mata digunakan untuk pelaksanaan ilmu pengetahuan dan tidak dibagikan pada pihak lain yang tidak berkepentingan.
3. Hasil penelitian ini (jika) secepatnya karya tulis ke Tim Kerja Penelitian RSUD Dr. M. Djamil Padang (dalam bentuk soft copy dan hard copy) ke [inim.jamawentiv@gmail.com](mailto:inim.jamawentiv@gmail.com).
4. Segala hal yang menyangkut pelaksanaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya ucapkan terima kasih.

Dr. M. Manajer Penelitian  
 Asisten Manajer Penelitian

M. Azlin, M. Kes, Sp.Mg  
 NIP. 19751010012121003

Sambutan :  
 1. Instansi Terkait  
 2. Yang Berkepentingan



## Lampiran 9

### Surat persetujuan menjadi responden (*informed consent*)

**INFORMED CONSENT**  
(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Responden : ELVA WATI

Umur/Tgl. Lahir : 22

Pendidikan : ELVA WATI

Hubungan : Ibu Rudianto

Setelah mendapatkan penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian  
tentang nama obat Imunisasi, No. 21110117, Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Jurusan  
Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Demi itu saya persetujui ini saya tandai dengan tanda jukusan dari pihak responden.

Padang, 20 Februari 2022  
Responden  
  
( Elva Wati )

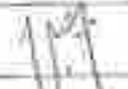
## Lampiran 10

### Daftar hadir penelitian

POLTERKES KEMENKES PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Iman Simanungat  
Nim : 213110117  
Institusi : Poltekkes Kemenkes Padang  
Ruang : IRIGA Kabidanan Gm Anak RSUD DR. N. Djamil Padang

NO	Hari/Tanggal	Tanda Tangan Petugas
1	Senin / 26 Januari 2024	
2	Selasa / 27 Januari 2024	
3	Rabu / 28 Januari 2024	
4	Kamis / 29 Januari 2024	
5	Jumat / 30 Januari 2024	
6		
7		

Mempahani,  
Kepala Ruang





**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK**

Waktu pengkajian	Hari	Tanggal	Jam
	Senin	26 Februari 2024	10.00 wib

Rumah sakit/ klinik/ puskesmas	: RSUP. Dr. M.Djamil Padang
Ruangan	: PICU 2
Tanggal masuk RS	: 21 Februari 2024
No. Rekam Medik	: 01.21.13.33
Sumber informasi	: Keluarga
<b>I. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA</b>	
<b>1. IDENTITAS ANAK</b>	
Nama/ panggilan	An.A
Tanggal lahir/ umur	14 Desember 2023/ 2 bulan
Jenis kelamin	Laki-laki
Agama	Islam
Pendidikan	-
Anak ke/ jumlah saudara	3/3
Diagnose Medis	Bronkopneumonia + PJB Sianotik

<b>2. IDENTITAS ORANGTUA</b>	<b>IBU</b>	<b>AYAH</b>
Nama	Ny.R	Tn.M
Umur	33 th	36 th
Agama	Islam	Islam
Suku bangsa	Sikumbang	Jambak
Pendidikan	SMP	SD
Pekerjaan	IRT	Petani
Alamat	Pasaman Barat	

<b>3. IDENTITAS ANGGOTA KELUARGA YANG TINGGAL SERUMAH</b>							
No	Nama (inisial)	Usia (bl/th)	Jenis kelamin	Hub. Dg KK	pendidikan	Status kesehatan	ket
1.	An. A	14 th	Perempuan	Kakak	SMP	Sehat	
2.	An. M	7 th	Perempuan	Kakak	SD	Sehat	

<b>II. RIWAYAT KESEHATAN</b>	
<b>KELUHAN UTAMA</b>	An.P masuk melalui IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 21 Februari 2024 jam 17.00 WIB dibawa oleh orangtua dengan keluhan semakin memburu 3 hari sebelum masuk rumah sakit

**1. Riwayat Kesehatan Sekarang**

Pada saat dilakukan pengkajian ke orangtua An.A tanggal 26 Februari 2024 jam 10.00 WIB Ny.R mengatakan An.A tampak lemah, tampak bertambah sesak saat menangis. Ny.R juga mengatakan nafas An.A bertambah sesak saat menyusui, Ny. R mengatakan anak masih ada batuk tetapi sudah tidak sering, ketika sehat sebelum masuk rumah sakit Ny.R mengatakan An.A sulit untuk menyusui karena lemah saat menghisap.

**2. Riwayat kesehatan dahulu**

Anak lahir prematur di RS Pasaman Barat dengan riwayat biru sejak lahir di kulit dan pernah di rawat selama 5 hari di RS pasaman barat dan dibolehkan pulang dengan kondisi membaik. An. A dibawa ke posyandu ketika berumur 2 bulan, di posyandu di ketahui bahwa berat badan anak mengalami penurunan dari bulan sebelumnya yaitu 4,2 kg menjadi 3,6 kg.

**a. Prenatal**

Riwayat gestasi	G4 P3 A1 H3
HPHT	-
Pemeriksaan kehamilan	Puskesmas (bidan)
Frekuensi	Rutin 1x dalam sebulan
Imunisasi HB 0	Ada
Masalah waktu hamil	Hipertensi
Sikap ibu sewaktu kehamilan	Positif
Emosi ibu sewaktu hamil	Stabil
Obat- obat yang digunakan	Tablet tambah darah setiap malam dan obat hipertensi
Perokok	Tidak
Alkohol	Tidak

**b. Intranatal**

Tanggal persalinan	14 Desember 2024
BBL/PBL	3,6 gram/ 51 cm
Usia gestasi saat lahir	35-36 minggu
Tempat persalinan	Rumah Sakit
Penolong persalinan	Dokter
Jenis persalinan	SC
penyulit persalinan	Tidak ada

**c. Post natal (24 jam)**

APGAR skor (6/10)	A = 1 ( warna kulit biru pada ekstremitas, warna kulit pink pada tubuh ) P = 1 ( < 100x/menit) G = 1 ( Bayi meringis atau menangis lemah saat distimulasi ) A = 2 ( Bergerak aktif )
	R = 1 ( pernapasan lemah, tidak teratur ) Total : 6
Pemberian Vit K	Ada

Koor refleksi hisap dan refleksi menelan	Ada
Inisiasi menyusui dini (IMD)	Ada
Kelainan kongenital	Ada
<b>3. Riwayat kesehatan keluarga</b>	
Anggota keluarga pernah sakit	Tidak ada anggota keluarga yang sakit PJB, Jantung, dan Penyakit kongenital lainnya.
Riwayat penyakit keturunan	Ny.R mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit jantung bawaan, gagal jantung/riwayat kematian mendadak dan tidak ada yang menderita penyakit syndrome down
Genogram Ket:  <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 10px;"></div> <span>= laki-laki</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; border-radius: 50%; margin-right: 10px;"></div> <span>= perempuan</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border-bottom: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <span>= pasien</span> </div>	

<b>III. RIWAYAT IMUNISASI</b>		
BCG	Ada	Simpulan: Imunisasi lengkap sesuai usia.
HB 0	Ada	
DPT	DPT 1 Tidak ada	
Polio	Polio 1 = Ada	

	Polio 2 = Tidak ada	
Hepatitis B	Tidak ada	
Campak	Tidak ada	
<b>IV. RIWAYAT PERKEMBANGAN</b>		
<p>Hasil penilaian perkembangan anak dengan Denver II</p> <p>a. Personal sosial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A belum mampu mengamati tangan ( P )</li> <li>- An. A mampu tersenyum spontan ( P )</li> <li>- An. A belum mampu membalas senyum ( F )</li> <li>- An. A mampu menatap wajah ( P )</li> </ul> <p>b. Motorik Halus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A belum mampu mengikuti lewat garis tengah ( P )</li> <li>- An. A belum mampu mengikuti kegaris tengah ( P )</li> </ul> <p>c. Bahasa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A belum mampu berteriak ( F )</li> <li>- An. A mampu tertawa ( P )</li> <li>- An. A belum mampu mengatakan doo/aah ( F )</li> <li>- An. A mampu bersuara ( saat menangis ) ( P )</li> </ul> <p>d. Motorik Kasar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A belum mampu menumpu beban pada kaki ( F )</li> <li>- An. A belum mampu duduk kepala tegak ( F )</li> <li>- An. A belum mampu mengangkat kepala 90° ( F )</li> <li>- An. A belum mampu mengangkat kepala nya ( F )</li> </ul> <p>Kesimpulan : Perkembangan An. P belum sesuai usianya</p>		
<b>V. LINGKUNGAN</b>		
<p><b>Rumah:</b> Permanen , milik pribadi</p> <p><b>Halaman pekarangan:</b> Cukup luas dan bersih</p> <p><b>Jamban/ WC:</b> WC Jongkok</p> <p><b>Sumber air minum:</b> Sumur/masak</p> <p><b>Sampah:</b> Dibakar</p>		
<b>VI. PENGKAJIAN KHUSUS</b>		
<b>A. ANAK</b>		
<b>1. Pemeriksaan fisik</b>		
a. kesadaran	GCS = 15 Compos Mentis	
b. tanda vital	TD = 98/50 mmHg, Suhu = 36,5°C, N = 80x/i, SPO2 = 80% RR= 32x/i	
c. posture	<b>BB:</b> 3,6 kg <b>PB/TB:</b> 56 cm Berdasarkan z score : Umur : 2 bulan BB : 3,6 kg PB : 56 cm BB/U = (-3 SD) – (-2 SD) BB sangat kurang	

	<p>PB/U = (-1 SD) Normal  BB/PB = (- 3 SD) – (- 1 SD) gizi kurang  Berdasarkan z score An. A mengalami BB sangat Kurang dan gizi kurang</p>
d. kepala	<p>Bentuk : Bulat  Kebersihan : Rambut tampak bersih  Lingkar kepala: 36 cm  Benjolan: Tidak ada  Data lain: -</p>
e. mata	<p>Simetris kiri dan kanan  Sklera : tidak ikterik  Refleks cahaya : positif  Konjungtiva : tidak anemis  Palpebra : tidak edema  Pupil : isokor</p>
f. hidung	<p>Letak : simetris  Pernafasan cuping hidung : tidak ada  Kebersihan : bersih  Terpasang nasal kanul</p>
g. mulut	<p>Warna bibir biru, mukosa bibir kering, terpasang OGT</p>
h. telinga	<p>Bentuk : simetris kiri dan kanan  Kebersihan : tampak bersih  Posisi puncak pina : sejajar kantung mata  Pemeriksaan pendengaran : normal</p>
i. leher	<p>Pembesaran kelenjer getah bening : tidak ada</p>
j. dada	
- thoraks	<p><b>Inspeksi</b> : Dada tampak simetris, tidak ada retraksi dinding dada  Auskultasi : Ronki  Palpasi : Fremitus kiri dan kanan sama  Perkusi : Redup</p>
- jantung	<p>Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak  Auskultasi : Mur-mur halus  Palpasi : Ictus cordis teraba 1cm di RIC V mid clavikula sinistra</p>
k. abdomen	<p>Inspeksi : Tidak tampak benjolan  Auskultasi : Bising usus (+)  Palpasi : Tidak ada nyeri tekan  Perkusi : Timpani  Lingkar perut:</p>

l. kulit	Turgor : kembali cepat Kelembapan : lembab Warna : pucat, biru tidak ada	
m. ekstremitas atas	CRT : >2 detik Tampak sianosis di ujung jari	
n. ekstremitas bawah	Tidak ditemukan gangguan fungsi gerak, akral teraba hangat	
o. genitalia dan anus	Daerah genitalia dan anus tampak bersih	
p. pemeriksaan tanda rangsangan meningeal	Kaku kuduk : Negatif Babinsky : Positif Kernig : Negatif Brudzinky : Negatif	
2. tempramen dan daya adaptasi	-	
	-	
	-	
3. kebiasaan sehari- hari		
a. nutrisi dan cairan	Ny.R mengatakan saat sehat anak diberikan ASI dan sering berhenti saat menyusui Ketika sakit An.A di berikan susu formula sebanyak 8x50 cc melalui OGT	
b. istirahat dan tidur	<b>Siang:</b> Sehat Ny.R mengatakan ketika sehat An.A tidur cukup dan normal	<b>Malam:</b> Sehat Ny.R mengatakan ketika sehat An.A tidur cukup
	Sakit Ketika sakit An.A tampak gelisah dan susah tidur	Sakit Selama dirawat di RS An.A sulit tidur dan sering terjaga, paling lama tidur lebih kurang 3 jam

c. eliminasi	<p><b>BAK:</b> Sehat Ny.R mengatakan bahwa setiap harinya anak BAK 5-7x/hari dengan jumlah lebih kurang 500cc</p> <p>Sakit Selama dirawat di RS anak BAK 4-5x/hari dengan jumlah 400cc</p>	<p><b>BAB:</b> Sehat Ny.R mengatakan ketika sehat An.A BAB 1x/hari</p> <p>Sakit Selama dirawat di RS anak BAB 1x/hari</p>
d. personal hygiene	<p>Ny.R mengatakan selama sehat An.A dimandikan sebanyak 2x sehari Selama dirawat di RS An.A mandi 1x sehari</p>	
e. aktifitas bermain	<p>Ny.R mengatakan anak tampak lemah dan lebih suka digendong oleh orangtua</p>	
f. rekreasi	-	
<b>VII. DATA PENUNJANG</b>		
Laboratorium	<p>21/02/2024</p> <p>LAC 4,7 mmol/L =&gt; 0,5-2,2 HCT 26% =&gt; 35-51 pH(T) 7,12=&gt;7,35-7,45 pCO2(T) 23 mmHg =&gt; 35-48 PO2(T) 23 mmHg =&gt; 83-108 HCO3- 7,5 mmol/L =&gt;18-23 TCO2 8,2 mmol/L =&gt; 22-29 Beecf -21,8 mmol/L SO2C 24% =&gt; 95-98 Trombosit <math>48510^3/\text{mm}^3</math> =&gt; 150-450 Eritrosit <math>5,54 \cdot 10^6/\text{UI}</math> =&gt; 3,40-5,00 MCV 82 fL =&gt; 83,0-107,0 MCH 25 pg =&gt; 27,0- 37,0 RDW-CV 20,6 % =&gt; 11,5-14,5</p>	

Terapi Medis	KAEN 1B 0,5 cc/jam Acetilsistein 3x20 mg Ampicilin 4x200 mg Gentamicin 2x10 mg Paracetamol 4x50 mg (k/p) Oksigen 2 lpm Susu formula 8x50 cc
Rontgen	Kesan tampak infiltrat kedua lapang paru dengan CTR 71% (Kardiomegali)
Ekokardiografi	Hasil pada pemeriksaan didapatkan : - TGA (Transposition of the Great Arteries) - VSD (Ventrikel septal defect) - PDA (Patent ductus Arterious) - SP (Stenosis Pulmonalis)

## ANALISA DATA

Data	Penyebab	Masalah
<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny.R mengatakan anak tampak sesak dan bertambah saat menyusu</li> <li>- Ny.R mengatakan anak tampak lemah</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Bibir An.A tampak biru</li> <li>- Terdengar bunyi murmur pada jantung</li> <li>- Adanya ronkhi</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> <li>- TD : 98/50 mmHg</li> <li>- N : 80x/menit</li> <li>- P : 32x/menit</li> <li>- S : 36,5</li> <li>- Hasil rontgen tampak infiltrat kedua lapang paru dengan CTR 71%</li> <li>- Hasil ekokardiografi TGA (Transposition of the Great Arteries), VSD (Ventrikel septal defect), PDA (Patent ductuus Arterious), SP (Stenosis Pulmonalis)</li> </ul>	<p>Perubahan Afterload</p>	<p>Penurunan curah jantung</p>

<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny.R mengatakan anak tampak sesak</li> <li>- Ny.R mengatakan anak tampak lemah</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Adanya ronki</li> <li>- TD : 98/50 mmHg</li> <li>- N : 80x/menit</li> <li>- P : 32x/menit</li> <li>- S : 36,5</li> <li>- pCO<sub>2</sub> (T) 23 mmHg</li> <li>- pO<sub>2</sub> (T) 23 mmHg</li> <li>- pH 7,12</li> </ul>	<p>Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi</p>	<p>Gangguan pertukaran gas</p>
<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. R mengatakan anak masih ada batuk tapi sudah tidak sering</li> <li>- Ny.R mengatakan anak tampak sesak</li> <li>- Ny.R mengatakan anak tampak lemah</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Adanya Ronkhi</li> <li>- TD : 98/50 mmHg</li> <li>- N : 80x/menit</li> <li>- P : 32x/menit</li> </ul>	<p>Sekresi yang tertahan</p>	<p>Bersihan Jalan napas tidak efektif</p>

- S : 36,5		
<b>DS :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny.R mengatakan ketika sehat An.A sulit untuk menyusu karena lemah saat menghisap menyusu</li> <li>- Ny. R mengatkan berat badan An.A menurun dari 4,2 kg menjadi 3,6 kg</li> </ul> <b>DO :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anak tampak lemah</li> <li>- BB = 3,6 kg dari 4,2 kg</li> <li>- Berdasarkan z score : An. A mengalami BB Kurang</li> </ul>	Ketidakmampuan menelan makanan	Defisit Nutrisi

### Diagnosis Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan
1	26 Februari 2024	Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload
2	26 Februari 2024	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
3	26 Februari 2024	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d
4	26 Februari 2024	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makan

### Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	SLKI	SIKI
Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan penurunan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lelah menurun</li> <li>b. Dispnea menurun</li> <li>c. Pucat/sianosis menurun</li> </ol>	Perawatan jantung (1.02075) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi tanda/ gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)</li> <li>b. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi : peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi venna jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)</li> <li>c. Monitor tekanan darah</li> <li>d. Monitor intake dan output</li> <li>e. Monitor saturasi oksigen</li> <li>f. Monitor nilai labor jantung</li> <li>g. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas</li> <li>h. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat</li> </ol> Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Posisikan pasien semi fowler/fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman</li> </ol> Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian</li> <li>b. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan</li> </ol>
Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan pertukaran gas	Pemantauan Respirasi (1.010114)

<p>ventilasi-perfusi</p>	<p>meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dispnea menurun</li> <li>b. PCO2 membaik</li> <li>c. PO2 membaik</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>b. Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kusmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik)</li> <li>c. Auskultasi bunyi napas</li> <li>d. Monitor saturasi oksigen</li> <li>e. Monitor nilai analisa gas darah</li> <li>f. Monitor hasil x-ray thoraks</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.</li> </ul> <p>Terapi Oksigen (1.01026)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor kecepatan aliran oksigen</li> <li>b. Monitor posisi alat terapi oksigen</li> <li>c. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup</li> <li>d. Monitor tanda-tanda hipoventilasi</li> <li>e. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. ersihkan sekret pada mulut, hidung, dan trakea, jika perlu</li> <li>b. Pertahankan kepatenan</li> </ul>
--------------------------	--	--

		<p>jalan napas</p> <p>c. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen</p> <p>d. Berikan oksigen tambahan</p> <p>e. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Ajarkan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p>
Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan bersihkan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Produksi sputum menurun</p>	<p>Manajemen jalan napas (1.01011)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Posisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>b. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</p> <p>c. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>d. Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan asupan cairan 8x50 cc/hari, jika tidak ada kontraindikasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik,</p>

		jika perlu
Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil a. Berat badan membaik	Manajemen Nutrisi (1.03119) Observasi a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien c. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik d. Monitor asupan makan e. Monitor berat badan Terapeutik a. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi a. Pemberian ASI/susu formula melalui OGT Kolaborasi

### Implementasi dan Evaluasi

Hari/tanggal	Diagnosis Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Senin/ 26 Februari 2024	Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Melihat tanda/ gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)</li> <li>b. Menghitung frekuensi pernapasan</li> <li>c. Mengukur saturasi oksigen</li> <li>d. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi</li> <li>e. Memposisikan pasien semi fowler/fowler</li> <li>f. Menganjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan</li> <li>g. Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan An. A tidak mampu menangis dengan kuat</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- TD : 98/50 mmHg</li> <li>- RR : 32x/menit</li> <li>- N : 80x/mnrit</li> <li>- S : 36,5°C</li> <li>- Saturasi 80%</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p><b>A :</b> Penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor hemodinamik</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor balance cairan</li> </ul>
	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menghitung frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>b. Melihat pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik)</li> <li>c. Mendengarkan bunyi napas</li> <li>d. Mengukur saturasi oksigen</li> <li>e. Melihat nilai analisa gas darah</li> <li>f. Melihat hasil x-ray thoraks</li> <li>g. Menghitung frekuensi pernapasan</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan nafas An. A sesak</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- TD : 98/50 mmHg</li> <li>- RR : 32x/menit</li> <li>- N : 80x/mnrit</li> <li>- S : 36,5°C</li> <li>- Saturasi 80%</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p><b>A :</b> Gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p><b>P :</b></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>h. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi</li> <li>i. Memberikan oksigen</li> </ul>	<p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor hemodinamik</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor balance cairan</li> </ul>
	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menghitung pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>b. Mendengarkan bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</li> <li>c. Memposisikan semi-fowler atau fowler</li> <li>d. Memberikan oksigen</li> <li>e. Mengukur tekanan darah dan nadi</li> <li>f. Melihat gerakan dinding dada</li> <li>g. Melakukan fisioterapi dada</li> <li>h. Memberikan obat Acetilsistein 3x20 mg</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan anak ada batuk sekali-sekali</li> <li>- Perawat diruangan mengatakan nafas An. A sesak</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- TD : 98/50 mmHg</li> <li>- RR : 32x/menit</li> <li>- N : 80x/mnit</li> <li>- S : 36,5<sup>o</sup>c</li> <li>- Saturasi 80%</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p><b>A :</b> Bersihkan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor hemodinamik</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor balance cairan</li> </ul>
	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menentukan status nutrisi</li> <li>b. Menentukan kebutuhan kalori dan jenis nutrien</li> <li>c. Melihat asupan makan</li> <li>d. Mengukur berat badan</li> <li>e. Memberikan susu formula melalui OGT</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan berat bada An. A belum mengalami perbaikan</li> <li>- Perawat diruangan mengatakan An.A masih lemah</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A terpasang OGT</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- BB = 3,6 kg</li> <li>- An. A Mendapatkan ASI sebanyak 5x80 cc</li> </ul> <p>A :</p> <p>Defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor BB</li> <li>- Monitor asupan makan</li> </ul>
Selasa/ 27 Februari 2024	Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menghitung frekuensi pernapasan</li> <li>b. Mengukur saturasi oksigen</li> <li>c. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi</li> <li>d. Memposisikan pasien semi fowler/fowler</li> <li>e. Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An. A mengatakan anak masih sesak</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- TD : 100/48 mmHg</li> <li>- RR : 34x/menit</li> <li>- N : 86x/mnnt</li> <li>- S : 36,7°c</li> <li>- Saturasi 85%</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p>A :</p> <p>Penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor hemodinamik</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor balance cairan</li> </ul>
	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menghitung frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>b. Melihat pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik)</li> <li>c. Mendengarkan bunyi napas</li> <li>d. Mengukur saturasi</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An. A mengatakan nafas An. A masih sesak</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- TD : 100/48 mmHg</li> <li>- RR : 34x/menit</li> <li>- N : 86x/mnnt</li> </ul>

		<p>oksigen</p> <p>e. Menghitung frekuensi pernapasan</p> <p>f. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S : 36,7<sup>o</sup>c</li> <li>- Saturasi 85%</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p>A :</p> <p>Gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor hemodinamik</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor balance cairan</li> </ul>
	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	<p>a. Menghitung pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b. Mendengarkan bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <p>c. Memposisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>d. Memberikan oksigen</p> <p>e. Mengukur tekanan darah dan nadi</p> <p>f. Melihat gerakan dinding dada</p> <p>g. Melakukan fisioterapi dada</p> <p>h. Memberikan obat Acetilsistein 3x20 mg</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An. A mengatakan anak masih sesak</li> <li>- Ibu An. A mengatakan anak ada batuk sekali-sekali</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- TD : 100/48 mmHg</li> <li>- RR : 34x/menit</li> <li>- N : 86x/mnit</li> <li>- S : 36,7<sup>o</sup>c</li> <li>- Saturasi 85%</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p>A :</p> <p>Bersihkan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor hemodinamik</li> <li>b. Monitor TTV</li> <li>c. Monitor balance cairan</li> </ol>
	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makan	<p>a. Melihat asupan makan</p> <p>b. Mengukur berat badan</p> <p>c. Memberikan susu formula melalui OGT</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An. A mengatakan berat badan An. A belum mengalami perbaikan</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak lemah</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A terpasang OGT</li> <li>- BB = 3,6 kg</li> <li>- An. A mendapatkan ASI sebanyak 5x80 cc</li> </ul> <p>A :</p> <p>Defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor BB</li> <li>- Monitor asupan makan</li> </ul>
Rabu/ 28 Februari 2024	Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menghitung frekuensi pernapasan</li> <li>b. Mengukur saturasi oksigen</li> <li>c. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi</li> <li>d. Memposisikan pasien semi fowler/fowler</li> <li>e. Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An. A mengatakan anak masih sesak</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- TD : 80/47 mmHg</li> <li>- RR : 36x/menit</li> <li>- N : 120x/mniti</li> <li>- S : 36,6°c</li> <li>- Saturasi 88%</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p>A :</p> <p>Penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor hemodinamik</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor balance cairan</li> </ul>
	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menghitung frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>b. Melihat pola napas (seperti bradypnea, takipnea,</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An. A mengatakan nafas An. A masih sesak</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak lemah</li> </ul>

		<p>hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik)</p> <p>c. Mendengarkan bunyi napas</p> <p>d. Mengukur saturasi oksigen</p> <p>e. Menghitung frekuensi pernapasan</p> <p>f. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- TD : 80/47 mmHg</li> <li>- RR : 36x/menit</li> <li>- N : 120x/mnit</li> <li>- S : 36,6°c</li> <li>- Saturasi 88%</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p>A :</p> <p>Gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor hemodinamik</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor balance cairan</li> </ul>
	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	<p>a. Menghitung pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b. Mendengarkan bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <p>c. Memposisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>d. Memberikan oksigen</p> <p>e. Mengukur tekanan darah dan nadi</p> <p>f. Melihat gerakan dinding dada</p> <p>g. Melakukan fisioterapi dada</p> <p>h. Memberikan obat Acetilsistein 3x20 mg</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An. A mengatakan anak masih sesak</li> <li>- Ibu An. A mengatakan anak masih ada batuk sekali-sekali</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- TD : 80/47 mmHg</li> <li>- RR : 36x/menit</li> <li>- N : 120x/mnit</li> <li>- S : 36,6°c</li> <li>- Saturasi 88%</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p>A :</p> <p>Bersihkan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor hemodinamik</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor balance cairan</li> </ul>
	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makan	<p>a. Melihat asupan makan</p> <p>b. Mengukur berat badan</p> <p>c. Memberikan susu formula melalui OGT</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An. A mengatakan berat</li> </ul>

			<p>badan An. A belum mengalami perbaikan</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A terpasang OGT</li> <li>- BB = 3,6 kg</li> <li>- An. A mendapatkan ASI sebanyak 5x80 cc</li> </ul> <p><b>A :</b> Defisit nutrisi belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor BB</li> <li>- Monitor asupan makan</li> </ul>
Kamis/ 29 Februari 2024	Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menghitung frekuensi pernapasan</li> <li>b. Mengukur saturasi oksigen</li> <li>c. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi</li> <li>d. Memposisikan pasien semi fowler/fowler</li> <li>e. Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An. A mengatakan sesak anak mulai berkurang</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- TD : 91/50 mmHg</li> <li>- RR : 30x/menit</li> <li>- N : 125x/mnit</li> <li>- S : 36,6<sup>o</sup>c</li> <li>- Saturasi 92%</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p><b>A :</b> Penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor hemodinamik</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor balance cairan</li> </ul>

	<p>Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menghitung frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>b. Melihat pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik)</li> <li>c. Mendengarkan bunyi napas</li> <li>d. Mengukur saturasi oksigen</li> <li>e. Menghitung frekuensi pernapasan</li> <li>f. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An. A mengatakan sesak anak mulai berkurang</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- TD : 91/50 mmHg</li> <li>- RR : 30x/menit</li> <li>- N : 125x/mnit</li> <li>- S : 36,6<sup>o</sup>c</li> <li>- Saturasi 92%</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p><b>A :</b> Gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor hemodinamik</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor balance cairan</li> </ul>
	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menghitung pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>b. Mendengarkan bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</li> <li>c. Memposisikan semi-fowler atau fowler</li> <li>d. Memberikan oksigen</li> <li>e. Mengukur tekanan darah dan nadi</li> <li>f. Melihat gerakan dinding dada</li> <li>g. Melakukan fisioterapi dada</li> <li>h. Memberikan obat Acetilsistein 3x20 mg</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An. A mengatakan sesak anak mulai berkurang</li> <li>- Ibu An. A mengatakan anak masih ada batuk tetapi sudah mulai berkurang</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- TD : 91/50 mmHg</li> <li>- RR : 30x/menit</li> <li>- N : 125x/mnit</li> <li>- S : 36,6<sup>o</sup>c</li> <li>- Saturasi 92%</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p><b>A :</b> Bersihkan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor hemodinamik</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor balance cairan</li> </ul>
	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Melihat asupan makan</li> <li>b. Mengukur berat badan</li> <li>c. Memberikan susu formula melalui OGT</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An. A mengatakan berat badan An. A belum mengalami perbaikan</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A terpasang OGT</li> <li>- BB = 3,6 kg</li> <li>- An. A mendapatkan ASI sebanyak 5x80 cc</li> </ul> <p>A :</p> <p>Defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor BB</li> <li>- Monitor asupan makan</li> </ul>
Jumat/ 1 Maret 2024	Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menghitung frekuensi pernapasan</li> <li>b. Mengukur saturasi oksigen</li> <li>c. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi</li> <li>d. Memposisikan pasien semi fowler/fowler</li> <li>e. Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An. A mengatakan sesak anak mulai berkurang</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A masih tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- TD : 80/45 mmHg</li> <li>- RR : 32x/menit</li> <li>- N : 130x/mnit</li> <li>- S : 36,6°c</li> <li>- Saturasi 98%</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul>

			<p>A : Penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor hemodinamik</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor balance cairan</li> </ul>
	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menghitung frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>b. Melihat pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik)</li> <li>c. Mendengarkan bunyi napas</li> <li>d. Mengukur saturasi oksigen</li> <li>e. Menghitung frekuensi pernapasan</li> <li>f. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An. A mengatakan sesak anak mulai berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A masih tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- TD : 80/45 mmHg</li> <li>- RR : 32x/menit</li> <li>- N : 130x/mnit</li> <li>- S : 36,6°c</li> <li>- Saturasi 98%</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p>A :</p> <p>Gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor hemodinamik</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor balance cairan</li> </ul>
	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menghitung pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>b. Mendengarkan bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</li> <li>c. Memposisikan semi-fowler atau fowler</li> <li>d. Memberikan oksigen</li> <li>e. Mengukur tekanan darah dan nadi</li> <li>f. Melihat gerakan</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An. A mengatakan sesak anak mulai berkurang</li> <li>- Ibu An. A mengatakan anak masih ada batuk tapi sudah berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A masih tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A tampak sesak</li> <li>- TD : 80/45 mmHg</li> <li>- RR : 32x/menit</li> </ul>

		<p>dinding dada</p> <p>g. Melakukan fisioterapi dada</p> <p>h. Memberikan obat Acetilsistein 3x20 mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 130x/mnit</li> <li>- S : 36,6°c</li> <li>- Saturasi 98%</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul> <p>A :</p> <p>Bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor hemodinamik</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor balance cairan</li> </ul>
	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makan	<p>a. Melihat asupan makan</p> <p>b. Mengukur berat badan</p> <p>c. Memberikan susu formula melalui OGT</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An. A mengatakan berat badan An. A belum mengalami perbaikan</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An. A masih tampak lemah</li> <li>- Bibir An. A tampak sianosis</li> <li>- An. A terpasang OGT</li> <li>- BB = 3,6 kg</li> <li>- An. A mendapatkan ASI sebanyak 5x80 cc</li> </ul> <p>A :</p> <p>Defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor BB</li> <li>- Monitor asupan makan</li> </ul>

### Lampiran 13

### Tabel standar antropometri penilaian status gizi anak

( 14 )

(1) Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Berat badan kurang berat (severely underweight)	< -2 SD
	Berat badan kurang (underweight)	-3 SD sd < -2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Berada berat badan berlebih*	+ +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Kurang panjang (severely stunted)	< -2 SD
	Pendek (stunted)	-3 SD sd < -2 SD
	Normal	-2 SD sd +2 SD
	Tinggi*	+ +2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TE) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (severely wasted)	< -3 SD
	Gizi kurang (wasted)	-3 SD sd < -2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berada gizi lebih (possible risk of overweight)	+ +1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (overweight)	+ +2 SD sd + 3 SD
	Obesitas (obese)	+ +3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (severely wasted)*	< -3 SD
	Gizi kurang (wasted)*	-3 SD sd < -2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berada gizi lebih (possible risk of overweight)	+ +1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (overweight)	+ +2 SD sd +3 SD
	Obesitas (obese)	+ +3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut	Gizi buruk (severely wasted)	< -3 SD

1. Tabel Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak

a. Tabel Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak Umur 0-60 Bulan

Tabel 1. Standar Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Laki-Laki Umur 0-60 Bulan

Umur (bulan)	Berat Badan (Kg)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
0	2,7	2,9	3,0	3,3	3,6	3,9	4,0
1	2,9	3,1	3,3	3,5	3,8	4,1	4,2
2	3,1	3,3	3,5	3,8	4,1	4,4	4,5
3	3,3	3,5	3,7	4,0	4,3	4,6	4,7
4	3,5	3,7	3,9	4,2	4,5	4,8	4,9
5	3,7	3,9	4,1	4,4	4,7	5,0	5,1
6	3,9	4,1	4,3	4,6	4,9	5,2	5,3
7	4,1	4,3	4,5	4,8	5,1	5,4	5,5
8	4,3	4,5	4,7	5,0	5,3	5,6	5,7
9	4,5	4,7	4,9	5,2	5,5	5,8	5,9
10	4,7	4,9	5,1	5,4	5,7	6,0	6,1
11	4,9	5,1	5,3	5,6	5,9	6,2	6,3
12	5,1	5,3	5,5	5,8	6,1	6,4	6,5
13	5,3	5,5	5,7	6,0	6,3	6,6	6,7
14	5,5	5,7	5,9	6,2	6,5	6,8	6,9
15	5,7	5,9	6,1	6,4	6,7	7,0	7,1
16	5,9	6,1	6,3	6,6	6,9	7,2	7,3
17	6,1	6,3	6,5	6,8	7,1	7,4	7,5
18	6,3	6,5	6,7	7,0	7,3	7,6	7,7
19	6,5	6,7	6,9	7,2	7,5	7,8	7,9
20	6,7	6,9	7,1	7,4	7,7	8,0	8,1
21	6,9	7,1	7,3	7,6	7,9	8,2	8,3
22	7,1	7,3	7,5	7,8	8,1	8,4	8,5
23	7,3	7,5	7,7	8,0	8,3	8,6	8,7
24	7,5	7,7	7,9	8,2	8,5	8,8	8,9
25	7,7	7,9	8,1	8,4	8,7	9,0	9,1
26	7,9	8,1	8,3	8,6	8,9	9,2	9,3

Tabel 2. Standar Panjang Badan menurut Umur IPS/UR  
Anak Laki-Laki Umur 0 - 24 Bulan

Umur (bulan)	Panjang Badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
0	44,2	45,0	46,3	46,9	47,4	48,2	49,0
1	48,0	48,9	50,4	51,2	51,7	52,6	53,6
2	52,4	53,4	55,4	56,4	56,8	57,8	58,8
3	55,3	56,4	58,4	59,4	59,7	60,8	61,8
4	58,2	59,4	61,4	62,4	62,6	63,8	64,8
5	59,4	60,7	62,8	63,8	64,0	65,2	66,2
6	60,2	61,6	63,8	64,8	65,0	66,2	67,2
7	62,2	63,6	65,8	66,8	67,0	68,2	69,2
8	64,2	65,6	67,8	68,8	69,0	70,2	71,2
9	65,2	66,6	68,8	69,8	70,0	71,2	72,2
10	66,4	67,8	70,0	71,0	71,2	72,4	73,4
11	67,4	68,8	71,0	72,0	72,2	73,4	74,4
12	68,4	69,8	72,0	73,0	73,2	74,4	75,4
13	69,4	70,8	73,0	74,0	74,2	75,4	76,4
14	70,4	71,8	74,0	75,0	75,2	76,4	77,4
15	71,4	72,8	75,0	76,0	76,2	77,4	78,4
16	72,4	73,8	76,0	77,0	77,2	78,4	79,4
17	73,4	74,8	77,0	78,0	78,2	79,4	80,4
18	74,4	75,8	78,0	79,0	79,2	80,4	81,4
19	75,4	76,8	79,0	80,0	80,2	81,4	82,4
20	76,4	77,8	80,0	81,0	81,2	82,4	83,4
21	77,4	78,8	81,0	82,0	82,2	83,4	84,4
22	78,4	79,8	82,0	83,0	83,2	84,4	85,4
23	79,4	80,8	83,0	84,0	84,2	85,4	86,4
24 *	80,4	81,8	84,0	85,0	85,2	86,4	87,4

Keterangan: \* Pengukuran panjang badan dilakukan dalam keadaan anak telentang

Panjang Badan (cm)	Berat Badan (Kg)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Mutlak	+1 SD	+2 SD	+3 SD
55.0	3.5	3.7	4.2	4.5	5.0	5.4	6.0
55.5	3.7	4.0	4.3	4.7	5.1	5.6	6.1
56.0	3.8	4.2	4.4	4.8	5.3	5.8	6.3
56.5	3.9	4.3	4.6	5.0	5.4	5.9	6.4
57.0	4.0	4.4	4.7	5.1	5.6	6.1	6.6
57.5	4.1	4.5	4.8	5.3	5.7	6.2	6.8
58.0	4.2	4.6	5.0	5.4	5.9	6.4	7.0
58.5	4.3	4.7	5.1	5.6	6.1	6.6	7.2
59.0	4.4	4.8	5.3	5.7	6.2	6.7	7.4
59.5	4.5	4.9	5.4	5.9	6.4	6.9	7.6
60.0	4.6	5.0	5.5	6.0	6.5	7.0	7.8
60.5	4.7	5.2	5.6	6.1	6.7	7.2	8.0
61.0	4.8	5.3	5.8	6.3	6.8	7.3	8.1
61.5	4.9	5.4	5.9	6.4	7.0	7.5	8.2
62.0	5.0	5.5	6.0	6.5	7.1	7.6	8.3
62.5	5.1	5.6	6.1	6.7	7.2	7.7	8.4
63.0	5.2	5.7	6.2	6.8	7.4	7.9	8.5
63.5	5.3	5.8	6.4	6.9	7.5	8.0	8.6
64.0	5.4	5.9	6.5	7.0	7.6	8.1	8.7
64.5	5.5	6.0	6.6	7.1	7.8	8.2	8.8
65.0	5.6	6.1	6.7	7.3	7.9	8.4	8.9
65.5	5.7	6.2	6.8	7.4	8.0	8.5	9.0
66.0	5.8	6.3	6.9	7.5	8.2	8.7	9.1
66.5	5.9	6.4	7.0	7.6	8.3	8.8	9.2
67.0	6.0	6.5	7.1	7.7	8.4	8.9	9.3
67.5	6.1	6.6	7.2	7.9	8.5	9.0	9.4
68.0	6.2	6.7	7.3	8.0	8.7	9.1	9.5
68.5	6.3	6.8	7.5	8.1	8.8	9.2	9.6
69.0	6.4	6.9	7.6	8.2	8.9	9.3	9.7
69.5	6.5	7.0	7.7	8.3	9.0	9.4	9.8
70.0	6.6	7.1	7.8	8.4	9.2	9.6	9.9
70.5	6.7	7.2	7.9	8.5	9.3	9.7	10.0

Tabel 6. Standar Indeks Massa Tubuh menurut Umur (BMI/U)  
Anak Laki-Laki Umur 0-24 Bulan

Umur (bulan)	Indeks Massa Tubuh (BMI)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
0	10,2	11,7	12,2	13,4	14,8	16,2	18,1
1	10,5	12,4	13,6	14,9	16,3	17,8	19,4
2	10,7	12,7	13,9	16,3	17,8	19,8	21,1
3	11,1	13,0	14,3	16,3	18,4	20,0	21,8
4	11,4	13,4	14,8	17,2	18,7	20,5	22,3
5	11,7	13,7	15,0	17,3	18,8	20,7	22,5
6	12,0	14,1	14,9	17,3	18,8	20,9	22,8
7	12,2	14,3	16,0	17,3	19,1	21,1	23,0
8	12,5	14,7	15,9	17,3	18,7	20,8	22,8
9	12,7	14,9	15,8	17,2	18,8	20,9	22,9
10	12,9	15,0	15,7	17,0	18,5	20,5	22,1
11	13,1	15,2	15,6	16,9	18,4	20,0	21,8
12	13,3	15,4	15,5	16,8	18,2	19,8	21,6
13	13,5	15,6	15,4	16,7	18,1	19,7	21,5
14	13,7	15,7	15,3	16,6	18,0	19,6	21,4
15	13,9	15,9	15,2	16,4	17,8	19,4	21,2
16	14,1	16,0	15,1	16,3	17,7	19,3	21,0
17	14,3	16,1	15,0	16,2	17,6	19,1	20,8
18	14,5	16,2	14,9	16,1	17,5	19,0	20,7
19	14,7	16,3	14,8	16,1	17,4	18,9	20,6
20	14,9	16,4	14,8	16,0	17,3	18,8	20,6
21	15,1	16,5	14,7	15,9	17,2	18,7	20,5
22	15,3	16,6	14,7	15,8	17,2	18,7	20,4
23	15,5	16,7	14,6	15,8	17,1	18,6	20,3
24*	15,7	16,8	14,6	15,7	17,0	18,5	20,3

Keterangan: \* Pengukuran BMI dilakukan dalam keadaan anak telentang

ORCID iD REPORT

9%

ORCID iD INDEX

12%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

7%

STUDENT PAPERS

ORCID iD INDEX



[pustaka.poltekkes-pdg.ac.id](http://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id)

Internet Source

1%



[vdocuments.pub](http://vdocuments.pub)

Internet Source

1%



[stikespanakkukang.ac.id](http://stikespanakkukang.ac.id)

Internet Source

1%



Submitted to Badan PPSDM Kesehatan  
Kementerian Kesehatan

Student Paper

1%



[repository.stikstellamarismks.ac.id](http://repository.stikstellamarismks.ac.id)

Internet Source

1%



[wp.naravpn.com](http://wp.naravpn.com)

Internet Source

1%



[eprints.poltekkesjogja.ac.id](http://eprints.poltekkesjogja.ac.id)

Internet Source

1%



[repository.unhas.ac.id](http://repository.unhas.ac.id)

Internet Source

1%



[pdfcoffee.com](http://pdfcoffee.com)

Internet Source

1%



[repository.poltekkes-denpasar.ac.id](http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id)

Internet Source

1%