



**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**SYNTA DEPUTRI RIZAL**

**NIM : 193110156**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

**2022**



**POLTEKKES KEMENKES PADANG**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan Ke Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan  
Kementerian Kesehatan RI Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**

**SYNTA DEPUTRI RIZAL**

**NIM: 193110156**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
POLTEKKES KEMENKES PADANG  
TAHUN 2022**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya 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 Tahun 2022”**. Penulisan proposal ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk melakukan penelitian. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan hingga penyusunan KTI ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikannya. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Ns. Zolla Amely Ilda, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing 1 dan Ibu Ns. Hj. Tisnawati, S.ST., M.Kes selaku pembimbing 2 yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
2. Pimpinan RSUP DR. M.Djamil Padang yang telah membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
3. Bapak Dr. Burhan Muslim, S.KM., M.Si. selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Padang;
4. Ibu Ns. Sila Dewi Anggreini, M.Kep., Sp.KMB selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang;
5. Ibu Heppi Sasmita, M.Kep., Sp.Jiwa selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang;
6. Bapak/Ibu Dosen dan Staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang;
7. Teristimewa kepada orang tua dan keluarga yang telah memberikan semangat dan dukungan serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.
8. Teman-teman 3A keperawatan padang yang seperjuangan, serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan KTI ini

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

Padang, 02 Juni 2022

Peneliti

**LEMBAR ORISINALITAS**

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya cantumkan dengan benar.

Nama : Synta Depatti Rizal

Nim : 193110156

Tanggal : 27 Mei 2022

Tanda tangan :



**LEMBAR PERSETUJUAN**

Karya Tulis Ilmiah berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Penyakit Jantung Bawaan di IRNA Kebidanan Dan Anak RSUP DR. M. Djamil Padang Tahun 2022" ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Sidang Karya Tulis Ilmiah Program Studi D III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang.

Padang, 27 Mei 2022

Menyetujui,

Pembimbing I

Ns. Zolla Amely Iblu, S.Kep., M.Kep.  
NIP: 19791019 200212 2 001

Pembimbing II

Ns. Hj. Tisnawati, S.St., M.Kes  
NIP: 19650716 198803 2 002

Mengotabai,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Padang  
Poltekkes Kemenkes Padang

Heppi Sasmita, S.Kp., M.Kep., Sp. JIWA  
NIP: 19701020 199303 2 002

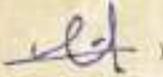
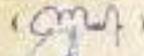
## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

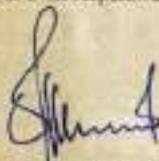
Nama : Synta Deputri Rizal  
NIM : 193110156  
Program Studi : D3 Keperawatan Padang  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Penyakit  
Jantung Bawaan Di IRNA Kebodanan dan Anak RSUP Dr.  
M.Djamil Padang

Telah berhasil dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian dan diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang dan dinyatakan telah memenuhi syarat dan diterima.

### DEWAN PENGUJI

Ketua penguji : Ns. Delima, S.Ns., M.Kes (  )  
Penguji 1 : Hj. Dr. Metri Lidya, S.Kp., M.Biomed (  )  
Penguji 2 : Ns. Zella Amely Ilda, S.Kep., M.Kep (  )  
Penguji 3 : Ns. Hj. Tiarawati, S.St., M.Kes (  )  
Di tempat : Poltekkes Kemenkes Padang  
Tanggal : 30 Mei 2022

Mengetahui,  
Ka. Prodi D III Keperawatan Padang

  
Heppi Sasmita, M.Kep., Sp.Jfvs  
NIP : 19701020 199303 2 002

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Synta Deputri Rizal  
Nim : 193110156  
Tempat/Tanggal lahir : Padang, 15 Maret 2001  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Kawin  
Nama Orang Tua  
    Ayah : Zalfendri Daus  
    Ibu : Desmita  
Alamat : Komplek Manggis Garden Blok K19

### Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun Ajaran
1.	SDN 10 Sei.Sapuh	2007-2013
2.	SMPN 18 Padang	2013-2016
3.	SMAN 5 Padang	2016-2019
4.	Prodi D3 Keperawatan Padang, Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang	2019-2022

**POLITEKNIK KEMENKES RI PADANG  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2022  
Synta Deputri Rizal**

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

**Isi : xiii + 80 Halaman + 1 Tabel + 1 Gambar + 10 Lampiran**

**ABSTRAK**

PJB merupakan kelainan susunan jantung yang terjadi sejak dalam kandungan sebelum bayi lahir disebabkan oleh gangguan perkembangan sistem kardiovaskuler pada embrio. PJB dapat menyebabkan gagal jantung kongestif, renjatan kardiogenik, aritmia, endokarditis bakterialitis, hipertensi, hipertensi pulmonal, tromboemboli, dan abses otak serta henti jantung. Data kasus PJB di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2021 dalam 3 bulan terakhir, yaitu Oktober sampai Desember sebanyak 32 orang. Tujuan penelitian adalah untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada anak dengan PJB.

Jenis penelitian *deskriptif* dengan *design* studi kasus, di lakukan dari bulan November 2021 – Mei 2022 di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. Populasi satu orang anak PJB dan langsung dijadikan sampel dipilih secara *accidental sampling*. Instrumen / pengumpulan data yaitu format asuhan keperawatan dan alat pemeriksaan fisik. Metode pengumpulan data adalah observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Jenis data adalah data primer dan data sekunder.

Hasil penelitian pada An.P 3 bulan ditemukan anak sesak nafas, tampak lemah dan lesu, tampak gelisah, nafas anak tampak bertambah sesak saat menyusui, An.P sulit untuk menyusui karena lemah saat menghisap, pucat, bibir tampak kering. Masalah keperawatan utama, yaitu penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas. Intervensi yang dilakukan yaitu monitor hemodinamik, monitor ttv, monitor balance cairan. Implementasi keperawatan yaitu, mengukur tekanan darah, menghitung frekuensi pernafasan dalam satu menit, menghitung frekuensi nadi dalam satu menit. Evaluasi keperawatan pada kunjungan kelima belum menunjukkan sesak nafas berkurang namun intervensi masih dilanjutkan oleh perawat di ruangan.

Diharapkan perawat dan orang tua memperhatikan pemenuhan kebutuhan nutrisi yang adekuat dan aspek perkembangan anak untuk mengoptimalkan proses penyembuhan.

**Kata kunci : Penyakit Jantung Bawaan, Asuhan Keperawatan  
Pustaka : (2012 – 2021)**

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
KATAPENGANTAR.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR BAGAN.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah .....	9
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Manfaat Penelitian .....	10
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Dasar Kasus Penyakit Jantung Bawaan .....	11
1. Pengertian .....	11
2. Etiologi .....	13
3. Patofisiologi .....	13
4. WOC .....	19
5. Respon Tubuh .....	21
6. Manifestasi Klinis .....	22
7. Penatalaksanaa .....	24
B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Kasus Penyakit Jantung Bawaan .....	27
1. Pengkajian .....	27
2. Diagnosa Keperawatan .....	31
3. Perencanaan Keperawatan .....	32
4. Implementasi Keperawatan .....	47
5. Evaluasi Keperawatan .....	47

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Jenis Penelitian dan Desain Penelitian .....	48
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	48
C. Populasi dan Sampel .....	49
D. Alat/Instrumen Pengumpulan Data .....	50
E. Teknik Pengumpulan Data .....	51
F. Jenis-jenis Data .....	52
G. Analisis Data .....	53

### **BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS**

A. Deskripsi Kasus.....	54
B. Pembahasan Kasus.....	62

### **BAB V PENUTUP**

A. Kesimpulan.....	79
B. Saran.....	80

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR BAGAN

Gambar 2.1. WOC PJB .....	19
---------------------------	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.Perencanaan Keperawatan .....	32
---	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1. Gantchart Kegiatan Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 2. Lembar Konsultasi Proposal KTI Pembimbing 1 dan 2
- Lampiran 3. Surat Izin Pengambilan Data dari Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 4. Surat Izin Pengambilan Data dari RSUP. Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 5. Surat Izin Penelitian dari Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 6. Surat Izin Penelitian dari RSUP. Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 7. Asuhan Keperawatan Anak Dengan Penyakit Jantung Bawaan
- Lampiran 8. Absen Penelitian di Ruang PICU IRNA Kebidanan dan Anak RSUP  
Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 9. Informed Consent
- Lampiran 10. Surat Selesai Penelitian

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Penyakit Jantung Bawaan merupakan kelainan susunan jantung yang terjadi sejak dalam kandungan sebelum bayi lahir. Kelainan jantung ini disebabkan oleh gangguan perkembangan sistem kardiovaskuler pada embrio (Ngastiah, 2014). Dua per tiga kasus penyakit jantung bawaan di Indonesia memperlihatkan gejala pada masa neonatus ( Ruslie & Darmadi, 2013 ).

Penyakit jantung bawaan dibagi dua kelompok, yaitu penyakit jantung bawaan sianotik dan penyakit jantung bawaan nonsianotik. Penyakit jantung bawaan sianotik ditandai oleh adanya sianosis sentral akibat adanya pirau kanan ke kiri, seperti Tetralogi Fallot, transposisi arteri besar, atresia trikuspid, sedangkan kelompok penyakit jantung bawaan nonsianotik adalah penyakit jantung bawaan dengan kebocoran sekat jantung yang disertai pirau kiri ke kanan di antaranya adalah defek septum ventrikel, defek septum atrium, atau tetap terbukanya pembuluh darah seperti pada duktus arteriosus persisten.

*World Health Organization* (2016), menjelaskan bahwa sebanyak 4,2 juta (75%) dari semua kematian bayi dan balita terjadi pada tahun pertama kehidupan. Penyebab utama kematian pada anak balita di antaranya, yaitu komplikasi kelahiran premature, pneumonia, komplikasi terkait intrapartum, diare, dan kelainan bawaan. Kelainan bawaan menyebabkan sebanyak 259.000 kematian pada bayi baru lahir dalam 28 hari kehidupan setiap tahunnya di dunia. Bentuk kelainan bawaan ini yang paling banyak, yaitu kelainan jantung, *neural tube defects*, dan sindrom *Down* (WHO, 2020).

Center for Disease Control and Prevention (2020) menjelaskan bahwa kelainan bawaan pada bayi berupa perubahan struktur pada satu atau lebih bagian tubuh dan biasanya telah nampak sejak lahir. Beberapa bentuk kelainan

bawaan yaitu kelainan jantung bawaan, sindrom Down, hipospadia, anencephali, spina bifida, dll.

Kelainan bawaan merupakan penyebab kematian tersering ketiga setelah prematuritas dan gizi buruk. Di negara maju, 30% dari seluruh penderita yang dirawat di rumah sakit anak terdiri dari penderita kelainan kongenital seperti: hidrosefalus, anencephalus, bibir/palatum sumbing, hipospadia, malformasi anorektal, hirsprung, fimosis, dan akibat yang ditimbulkannya ( Sri Elyati, dkk 2019 ).

Park (2014) dalam Hockenberry, Wilson, Rodgers menjelaskan bahwa insiden kelainan jantung bawaan pada anak mencapai 8-12 kejadian per 1000 kelahiran hidup. Penyakit jantung bawaan merupakan penyebab kematian terbanyak pada tahun pertama kehidupan.

Federasi Jantung Dunia (2013) menyebutkan bahwa angka kematian akibat penyakit jantung di Indonesia 17,1 juta orang (19%) dari total kematian tiap tahunnya, di Indonesia pada tahun 2015 terdapat 38.547 bayi dengan penyakit jantung bawaan dan terdapat 107 kasus baru setiap hari serta setiap satu jam lahir 4-5 bayi dengan penyakit jantung bawaan di Indonesia. Sekitar separuh dari kasus dengan PJB terdeteksi segera setelah lahir (Handayani, 2016).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS, 2018) persentase kematian bayi usia 0-6 hari yang disebabkan 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 sekolah yaitu sebanyak 1,8%. Sedangkan di Sumatera Barat berdasarkan hasil RIKESDAS Sumatera Barat (2018), tercatat sebanyak 1.121.423 kasus anak di bawah 14 tahun dengan penyakit jantung.

Hermawan (2017), dalam penelitiannya menemukan bahwa 85 pasien yang menderita penyakit jantung bawaan di RSUP Dr. M. Djamil Padang dari Januari 2013 sampai Desember 2015. Jenis penyakit jantung bawaan terbanyak yaitu VSD sebanyak 40,00%. Sedangkan usia terbanyak pada kelompok kurang dari 1 tahun (50,59%). Pasien terbanyak dengan jenis kelamin laki-laki (54,12%). Status gizi pasien PJB didominasi oleh gizi kurang (75,30%), Kelainan yang menyertai pasien terbanyak yaitu kelainan paru (40,00%), dengan penyakit terbanyak yaitu bronkopneumonia (21,18%). Pasien yang memiliki riwayat keluarga hanya 2,35%. Dari keseluruhan pasien didapat rata-rata hemoglobin dan hematokrit pasien PJB sianotik lebih tinggi daripada PJB asianotik.

Berdasarkan hasil data dari Rekam Medik RSUP Dr. M. Djamil Padang, didapatkan jumlah pasien yang dirawat pada tahun 2014 sebanyak 10 orang, tahun 2015 sebanyak 12 orang, tahun 2016 sebanyak 58 orang, tahun 2017 sebanyak 64 orang, tahun 2018 sebanyak 28 orang, tahun 2019 sebanyak 39 orang, dan pada tahun 2020 sebanyak 20 orang (Rekam Medik RSUP Dr.M.Djamil Padang, 2020). Pada tahun 2021 dalam 3 bulan terakhir, yaitu Oktober sampai Desember sebanyak 32 orang dengan PJB.

Kurniawan (2015), dalam penelitiannya telah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis penyakit jantung bawaan. Diagnosa yang ditemukan oleh peneliti yaitu penurunan curah jantung, pola nafas tidak efektif dan intoleransi aktivitas sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan adalah memonitor tanda-tanda vital, melakukan pemeriksaan EKG, mengobservasi kekuatan denyut jantung, mengkaji capillary refill, memberikan oksigen kanula nasal, mengatur posisi semi fowler, mengajarkan nafas dalam, membantu mengidentifikasi aktivitas pasien yang disukai dan menganjurkan pasien untuk istirahat bila terjadi kelelahan.

Penyakit Jantung Bawaan dapat disebabkan oleh faktor *prenatal*, faktor genetik, faktor endogen, dan faktor eksogen. Pada Penyakit Jantung Bawaan Asianotik ( ASD, VSD, dan PDA ), disebabkan karena faktor prenatal dan genetik, PJB yang disebabkan oleh faktor prenatal yaitu ibu yang menderita penyakit infeksi (rubella), ibu alkoholisme, umur ibu lebih dari 40 tahun saat hamil, ibu menderita penyakit Diabetes Mellitus, ibu meminum obat-obatan penenang atau jamu. Sedangkan faktor genetiknya yaitu anak yang lahir sebelumnya menderita PJB, ayah atau ibu menderita PJB, kelainan kromosom seperti Sindrom Down, anak yang lahir dengan kelainan bawaan yang lain. PJB Sianotik ( ToF ), disebabkan karena faktor endogen dan eksogen, PJB yang disebabkan oleh faktor endogen yaitu adanya jenis penyakit genetik ( kelainan kromosom ), anak yang lahir sebelumnya menderita PJB, adanya penyakit tertentu dalam keluarga seperti diabetes mellitus, hipertensi, penyakit jantung atau kelainan bawaan, sedangkan faktor eksogennya yaitu riwayat kehamilan ibu, seperti ikut program KB oral atau suntik, minum obat-obatan tanpa resep dokter, selama hamil ibu menderita rubella (campak jerman) atau infeksi virus lainnya, pajanan terhadap sinar-X, gizi yang buruk selama hamil, ibu yang alkoholik, dan usia ibu diatas 40 tahun ( Kasron, 2012 ).

Manajemen aktif persalinan kala tiga terdiri dari intervensi yang direncanakan untuk mempercepat pelepasan plasenta dengan meningkatkan kontraksi rahim dan untuk mencegah perdarahan pasca persalinan dengan menghindari atonia uteri. Pada manajemen aktif persalinan kala tiga, tali pusat segera dijepit dan dipotong setelah persalinan. Ini dilakukan untuk memungkinkan intervensi manajemen aktif yang lain. Pada manajemen menunggu, penjepitan tali pusat biasanya dilakukan setelah tali pusat berhenti berdenyut. (Johariyah, 2017).

Banyak para peneliti yang meneliti hubungan antara saat yang tepat untuk menjepit (dengan klem) dengan memotong tali pusat. Keputusan untuk menjepit dan memotong tali pusat sering kali dihubungkan dengan manajemen kala III dan pemberian obat oksitosin. Diketahui bahwa saat untuk melakukan

penjepitan dan pemotongan tali pusat akan mempengaruhi jumlah darah yang mengalir pada bayi lahir dari sirkulasi fetoplasenta. Oleh karena itu direkomendasikan menunggu 1-2 menit untuk memotong tali pusat setelah berhenti berdenyut. Hal ini akan memberi kesempatan pada bayi untuk memperoleh jumlah darah yang cukup dari sirkulasi plasenta sehingga dapat terhindar dari anemia pada neonates (Sudarti, 2012).

Sebelumnya orang banyak memperkirakan bahwa penggunaan obat oksitosin dilakukan pada manajemen kala III, tali pusat perlu dijepit dan dipotong segera setelah bayi lahir. Alasan untuk lebih cepat menjepit dan memotong tali pusat adalah menghindari aliran darah yang berlebihan memasuki sirkulasi darah bayi pada saat uterus berkontraksi. Pemberian obat oksitosin menyebabkan kontraksi uterus yang kuat dan mengakibatkan darah yang lebih banyak dialirkan atau mengakibatkan transfusi berlebihan.

Penyakit jantung bawaan dapat menyebabkan gagal jantung kongestif, renjatan kardiogenik, aritmia, endokarditis bakterialitis, hipertensi, hipertensi pulmonal, tromboemboli, dan abses otak serta henti jantung. PJB pada anak terutama yang mengalami sianotik dapat mengakibatkan dampak buruk apabila tidak ditangani dengan cepat, seperti terjadinya serangan sianotik berupa sianosis yang makin hebat disertai takipnea dan hiperventilasi dan jika berlangsung lama dapat mengakibatkan penurunan kesadaran, kejang-kejang bahkan berakibat fatal (Ngastiah, 2014)

Anak-anak dengan PJB sering kali terganggu asupan makanannya sehingga berdampak pada tumbuh-kembangnya. Status gizi memiliki pengaruh yang berbeda untuk perkembangan setiap anak, apabila gizi seimbang yang dikonsumsi tidak terpenuhi, pencapaian pertumbuhan dan perkembangan anak terutama perkembangan motorik yang baik akan terhambat (Primasari, 2012). Asupan energi yang rendah akibat kurangnya nafsu makan pada anak dengan PJB merupakan salah satu penyebab terjadinya gagal tumbuh. Bayi dan anak

yang berisiko gagal tumbuh adalah penderita dengan PJB sianotik, tekanan darah dari kiri ke kanan, hipertensi paru, dan gagal jantung kanan (Nur'ain, 2015).

Pemberian asupan makanan yang baik dan seimbang harus diberikan pada anak dengan penyakit jantung bawaan dan sebaiknya dilakukan penyuluhan dan pendampingan mengenai pentingnya kecukupan gizi kepada orang tua yang mempunyai anak dengan penyakit jantung bawaan (Maramis, Kaunang & Rompis, 2014).

Kyle dan Carman (2016) mengatakan peran perawat terhadap anak yang mengalami penyakit jantung bawaan diantaranya meningkatkan oksigenasi dengan cara memposisikan anak pada posisi fowler atau semifowler, meningkatkan asupan nutrisi yang adekuat untuk mempercepat pertumbuhan dan perkembangan dengan cara memberikan nutrisi dari ASI atau susu formula dan mencegah terjadinya infeksi dengan selalu melakukan hand hygiene.

Wong (2009) mengatakan penatalaksanaan terapeutik pada anak dengan penyakit jantung bawaan diantaranya memperbaiki fungsi jantung dengan pemberian glikosida digitalis, menghilangkan akumulasi cairan dan natrium dengan pemberian diuretik dan kemungkinan pembatasan cairan dan natrium. Mengurangi tuntutan kebutuhan jantung dapat dicapai dengan membatasi aktifitas fisik (tirah baring), menjaga suhu tubuh, mengatasi setiap infeksi, mengurangi upaya keras dalam bernapas (posisi semi-fowler) dan memberikan obat untuk membuat anak yang rewel agar mengantuk. Memperbaiki oksigenisasi jaringan dan mengurangi konsumsi oksigen juga perlu dilakukan dengan terapi suplementasi oksigen yang sejuk dan basah untuk meningkatkan jumlah oksigen yang tersedia pada saat inspirasi untuk mencegah anak menggigil saat kedinginan.

Lynn Betz (2009) mengatakan dalam penatalaksanaan terapeutik pada anak dengan PJB perlu dilakukan yaitu pemantauan tanda-tanda dehidrasi, memberikan makanan tinggi zat besi, memberikan pengobatan seperti antibiotik, morfin dan natrium bikarbonat, dan memonitor adanya tanda-tanda komplikasi (asidosis, anemia, abses otak) dan respon anak terhadap program pengobatan.

Anggrahini & Sensussiana (2021), mengatakan anak yang menderita Penyakit Jantung Bawaan biasanya mendapatkan perawatan yang lebih di rumah sakit hal tersebut mengakibatkan munculnya kecemasan pada anak. Kecemasan adalah salah satu gangguan psikis yang dapat terjadi pada anak yang menjalani perawatan di rumah sakit. Oleh karena itu, perawat bisa memberikan intervensi terapi bermain puzzle. Bermain terapeutik diyakini memiliki efek *bealing* atau penyembuhan dengan sifat katarsis atau pelepasan kecemasan sehingga menjadikan bermain berkembang menjadi sebuah metode terapi pada anak, bermain puzzle sering digunakan untuk menurunkan kecemasan pada anak saat mendapat tindakan *invasif* seperti injeksi obat melalui intravena karena sebagai pengalihan dari rasa kecemasan, karena permainan puzzle menggunakan kemampuan motorik atau *skill play*. Selain itu bermain puzzle juga mengurangi dampak hospitalisasi akibat prosedur keperawatan. Diberikannya terapi bermain selama 3 hari dalam waktu 15 menit di setiap permainan nya dapat mengatasi masalah kecemasan anak usia prasekolah selama hospitalisasi dimana terjadi perubahan respon sebelum dan sesudah diberikan terapi bermainnya, anak lebih mengontrol emosi dan tenang ketika diberikan tindakan keperawatan seperti pemberian injeksi, merasa lebih nyaman, dan senang.

Berdasarkan penelitian Yuhana dan Nurhaeni 2021 tentang *Closed Suction System* terhadap saturasi pasca operasi jantung bawaan ( PJB ) pada anak, didapatkan hasil telaah jurnal dari beberapa literatur yang memenuhi kriteria. Berdasarkan hasil analisis artikel bahwa metode *open suction* lebih berdampak

terhadap terjadinya desaturasi atau penurunan saturasi oksigen dibanding metode *closed suction system*. Li et al., (2021); Metode *closed suction* sangat efektif dan lebih banyak memiliki keuntungan terutama digunakan pada pasien dengan hemodinamik tidak stabil dan pada pasien anak dengan *severe brain injury*. Seyedhejazi et al., (2019); Efek positif ditunjukkan dari metode *open and deep suction* dalam meningkatkan saturasi oksigen pada pasien yang baru saja dilakukan intubasi atau pemasangan ETT, namun hal ini dapat menimbulkan potensial resiko disritmia dan ketidakstabilan hemodinamik. Chegondi et al., (2018); Penggunaan metode *closed suction* pada anak dapat meminimalkan terjadinya dampak fluktuatif hemodinamik dan penurunan saturasi.

Survei awal yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 29 Desember 2021 di ruang HCU IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang didapatkan satu orang bayi berusia 6 bulan dan didiagnosa penyakit jantung bawaan sianotik dengan waktu rawatan hari ke 8. Berdasarkan hasil observasi ditemukan anak tampak lemah, nafas cuping hidung, bibir tampak membiru saat menangis. Diagnosa 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.

Saat dilakukan wawancara, orangtua pasien mengatakan anak sering menangis saat buang air besar, anak tampak pucat, terdapat *clubbing finger* ( jari tabuh atau digital clubbing ) pada kuku anak. Orang tua pasien juga mengatakan bahwa dia tidak mengetahui penyakit anaknya, peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan adalah memenuhi kebutuhan dasar pasien, bukan hanya sampai disitu saja karena sebagai edukator perawat berperan sebagai pemberi informasi kepada keluarga tentang penjelasan penyakit dan obat-obatan yang perlu diberikan dan memberitahukan tanda yang harus diwaspadai saat kondisi

anak makin memburuk, perawat juga perlu memberikan dukungan moral kepada pasien untuk tetap semangat menjalani proses pengobatan hingga akhir selain itu perawat juga berperan dalam kuratif, bekerja sama dengan tim medis lainnya dalam pengobatan dan pemulihan pasien penyakit jantung bawaan.

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti menerapkan asuhan keperawatan pada anak dengan kasus Penyakit Jantung Bawaan (PJB) di IRNA Kebidanan & Anak RSUP.Dr.M.Djamil Padang pada tahun 2022.

## **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 diagnosa 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 atau penyakit jantung kongenital merupakan abnormalitas dari struktur dan fungsi sirkulasi jantung pada semasa kelahiran.

Penyakit jantung kongenital atau penyakit jantung bawaan adalah kelainan anatomi jantung yang sudah terdapat sejak dalam kandungan (Susilaningrum, 2013).

Susilaningrum, dkk (2013) mengatakan bahwa PJB digolongkan menjadi dua, yaitu :

##### **a. Penyakit Jantung Bawaan Asianotik**

PJB asianotik adalah penyakit jantung bawaan yang tidak disertai dengan warna kebiruan pada mukosa tubuh. PJB asianotik dibagi menjadi 5 diantaranya :

1. Ventrikel Septal Defect (VSD), yaitu adanya defect atau celah antara ventrikel kiri dan 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 kedalam 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, 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.

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. 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).

## **2. Etiologi**

Penyebab PJB tidak diketahui secara pasti namun diduga karena adanya faktor pranatal dan faktor genetik diantara lain mungkin terkenanya infeksi campak jerman (rubella) selama kehamilan, usia ibu yang lebih dari 40 tahun ketika hamil, penyakit diabetes selama kehamilan sedangkan faktor genetik disebabkan karena adanya multifaktor seperti mempunyai abrasi kromosom, memiliki keluarga yang menderita penyakit jantung kongenital, dan anak yang dilahirkan dengan anomali kongenital lain selain jantung.

Kelainan jantung bawaan merupakan kelainan yang disebabkan oleh gangguan sistem kardiovaskuler pada embrio yang di duga karena adanya faktor endogen dan eksogen. Pada saat masa kehamilan 2 bulan pertama ibu mengalami penyakit rubella atau terkena virus lainnya, ibu mengkonsumsi obat-obatan tertentu, dan terkena sinar radiasi yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit jantung bawaan (Ngastyah, 2012).

## **3. 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 darah 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.

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. Setelah kelahiran (dengan VSD), resistensi pulmonal tetap lebih tinggi melebihi normal dan ukuran pirau kiri ke kanan terbatas. Setelah resistensi pulmonal turun pada minggu-minggu pertama 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.

Besarnya pirau intrakardia juga ditentukan berdasarkan rasio aliran darah pulmonal dan sistemik. Jika pirau 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 dan kembali lagi ke kiri. Peningkatan tekanan di bagian melekanan juga menyebabkan hipertofi 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.

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).

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 ke dalam paru, serta menambahkan beban jantung sebelah kiri, adanya usaha tambahan kerja dari ventrikel kiri ini menyebabkan bertambahnya beban jantung sebelah kiri. Usaha ini menyebabkan pelebaran 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.

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 konstriktor 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 (prematurnya 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).

d. Tetra 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.

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.

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:

1. Darah dari aorta sebagian berasal dari ventrikel kanan melalui lubang pada septum interventrikuler dan sebagian lagi berasal dari

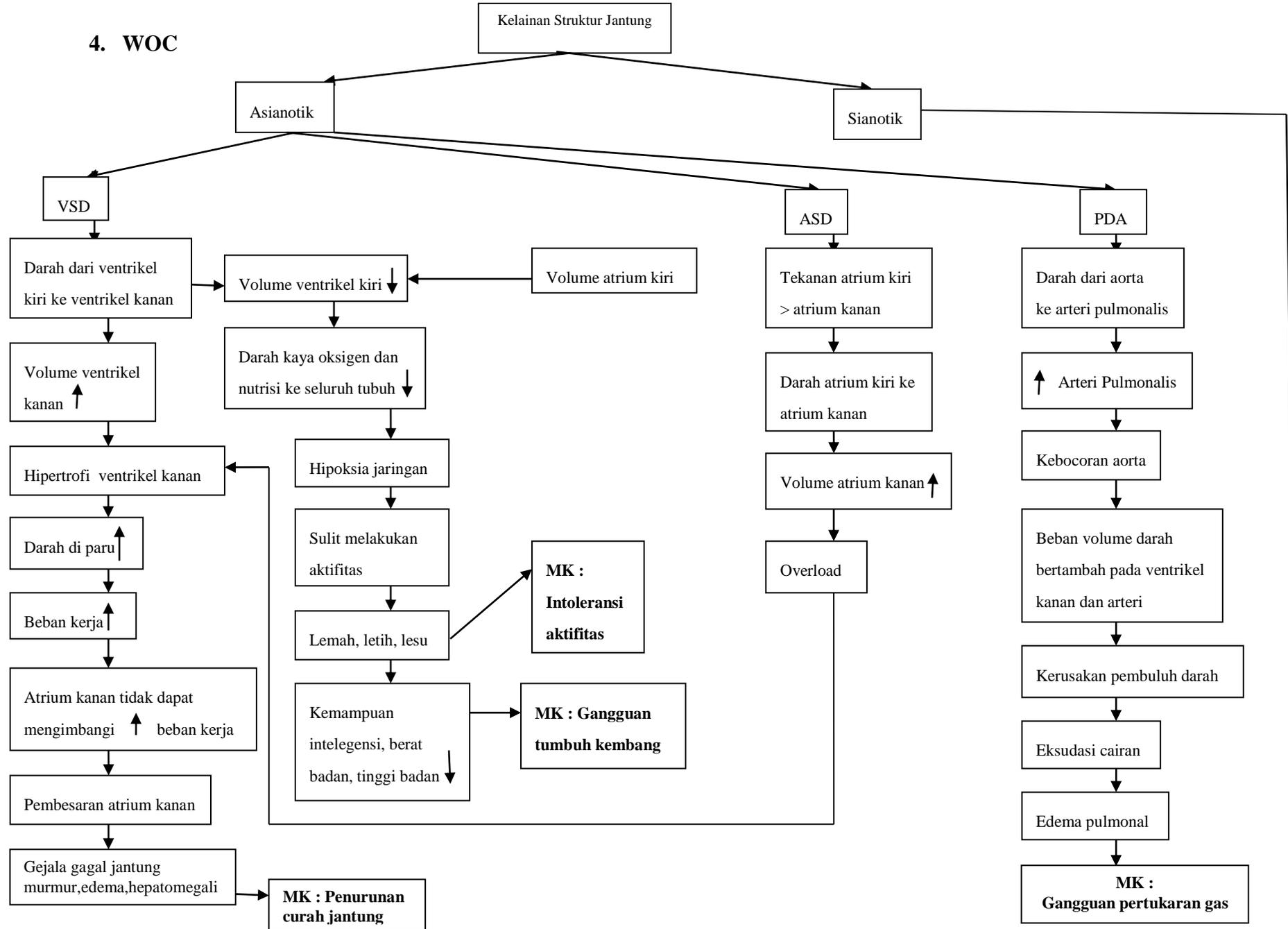
ventrikel kiri, sehingga terjadi pencampuran darah yang sudah teroksigenasi dan belum teroksigenasi.

2. Arteri pulmonal mengalami stenosis, sehingga darah yang mengalir dari ventrikel kanan ke paru-paru jauh lebih sedikit dari normal.
3. 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.
4. 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.

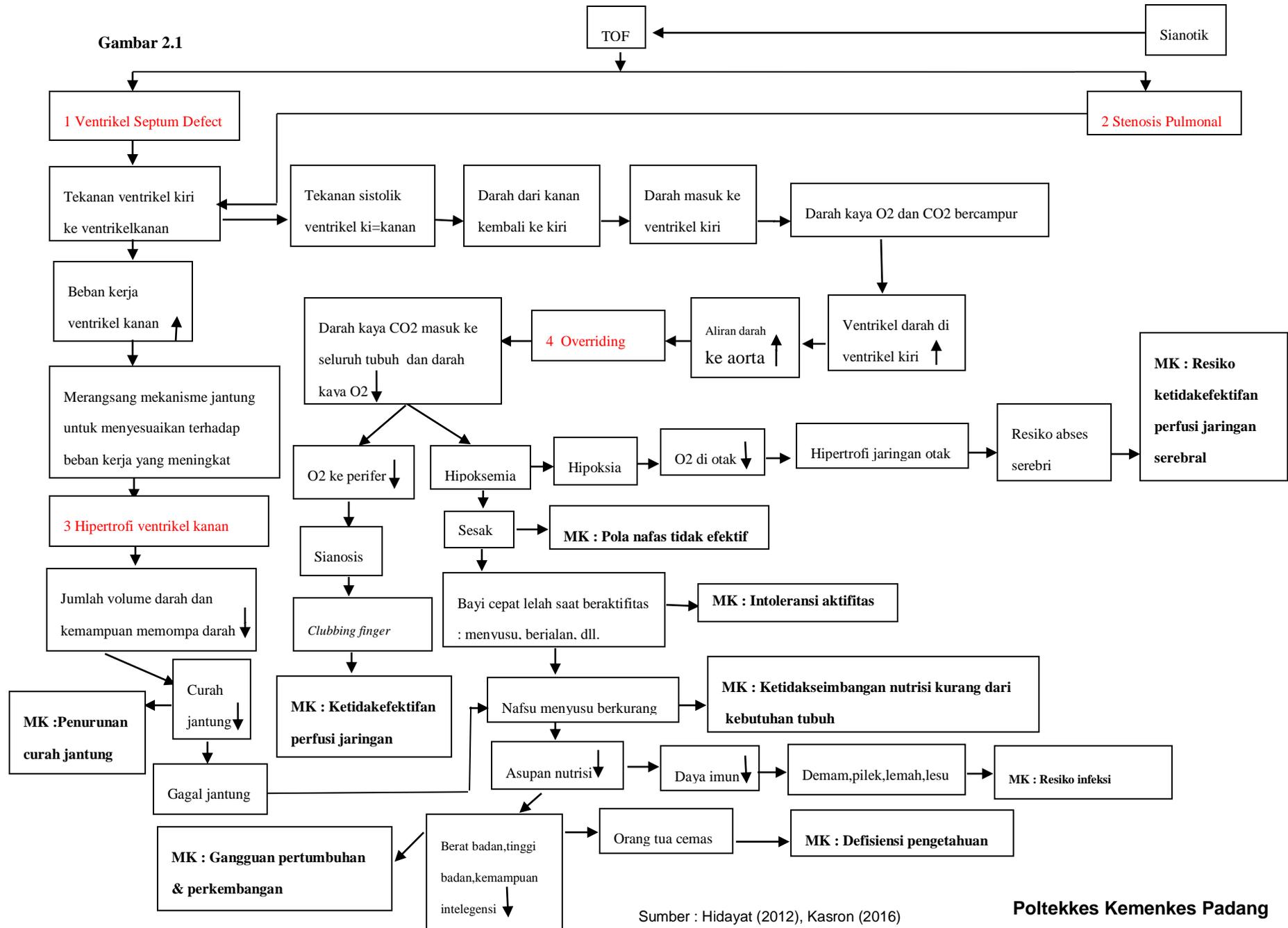
Pengambilan darah dari vena sistemik ke atrium kanan dan ventrikel kanan berlangsung normal. Ketika ventrikel kanan menguncup, dan menghadapi stenosis pulmonalis, maka darah akan dipintaskan melewati defek septum ventrikel tersebut ke dalam aorta. Akibatnya darah yang dialirkan keseluruh tubuh tidak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

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).

### 4. WOC



Gambar 2.1



Sumber : Hidayat (2012), Kasron (2016)

## 5. Respon Tubuh

### a. Sistem Kardiovaskular

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

### b. Sistem Pernafasan

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 Persyarafan

Perubahan kesadaran dan iritabilitas sistem saraf pusat yang dapat berkembang sampai letargi dan sinkop, pada bayi dengan sianosis berat menyebabkan hipoksemia otak serta akhirnya menimbulkan kejang, stroke dan kematian. Trombus yang terinfeksi terjadi di otak maka akan menimbulkan keluhan neurologis berat sampai pada terjadinya abses otak (Hidayat, 2012).

### d. Sistem Hematologi

Polisitemia (peningkatan jumlah sel darah merah dalam darah) terjadi apabila sianosisnya berat sehingga mempermudah timbulnya embolus atau trombus. Terjadinya polisitemia berat dan terdapat hipoksia maka anak akan mengalami anemia (Hidayat, 2012).

e. Sistem Intagumen

Bibir, lidah, dan selaput lendir mulut serta ujung-ujung jari terlihat sianosis sebagai akibat adanya sianosis sentral (sianosis yang terjadi sejak darah keluar dari ventrikel kiri), jika sianosis terus menerus selama 6 bulan akan terjadi jari-jari tabuh/ clubbing finger (Aspiani, 2015).

f. Sistem Muskuloskeletal

Anak yang menderita penyakit jantung bawaan sianotik mengalami gangguan tumbuh kembang, karena kelemahan tubuh dan penurunan toleransi latihan yang ditandai dengan kesukaran dalam makan/minum. Selain itu, anak juga mengalami kelainan ortopedri berupa skoliosis. Anak yang sudah dapat berjalan sering tiba-tiba jongkok (squatting), hal tersebut merupakan usaha tubuh untuk mengatasi kekurangan darah yang mengalir ke otak yaitu berkurangnya alir balik vena-vena ekstremitas bawah yang saturasinya sangat rendah dan meningkatnya resistensi sistemik yang mengurangi pirau kanan ke kiri serta bertambahnya aliran darah ke otak (Ngastyah, 2012).

## 6. Manifestasi Klinis

Gangguan hemodinamik akibat kelainan jantung dapat memberikan gejala yang menggambarkan derajat kelainan. Adanya gangguan pertumbuhan, sianosis, berkurangnya toleransi latihan, kekerapan infeksi saluran napas berulang, dan terdengarnya bising jantung, dapat merupakan petunjuk awal terdapatnya kelainan jantung pada seorang bayi atau anak.

a. Gangguan pertumbuhan.

Pada PJB nonsianotik dengan pirau kiri ke kanan, gangguan pertumbuhan timbul akibat berkurangnya curah jantung. Pada PJB sianotik, gangguan pertumbuhan timbul akibat hipoksemia kronis. Gangguan pertumbuhan ini juga dapat timbul akibat gagal jantung kronis pada pasien PJB.

b. Sianosis.

Sianosis timbul akibat saturasi darah yang menuju sistemik rendah. Sianosis mudah dilihat pada selaput lendir mulut, bukan di sekitar mulut. Sianosis akibat kelainan jantung ini (sianosis sentral) perlu dibedakan pada sianosis perifer yang sering didapatkan pada anak yang kedinginan. Sianosis perifer lebih jelas terlihat pada ujung-ujung jari.

c. Toleransi latihan.

Toleransi latihan merupakan petunjuk klinis yang baik untuk menggambarkan status kompensasi jantung ataupun derajat kelainan jantung. Pasien gagal jantung selalu menunjukkan toleransi latihan berkurang. Gangguan toleransi latihan dapat ditanyakan pada orangtua dengan membandingkan pasien dengan anak sebaya, apakah pasien cepat lelah, napas menjadi cepat setelah melakukan aktivitas yang biasa, atau sesak napas dalam keadaan istirahat. Pada bayi dapat ditanyakan saat bayi menetek. Apakah ia hanya mampu minum dalam jumlah sedikit, sering beristirahat, sesak waktu mengisap, dan berkeringat banyak. Pada anak yang lebih besar ditanyakan kemampuannya berjalan, berlari atau naik tangga. Pada pasien tertentu seperti pada tetralogi Fallot anak sering jongkok setelah lelah berjalan.

d. Infeksi saluran napas berulang.

Gejala ini timbul akibat meningkatnya aliran darah ke paru sehingga mengganggu sistem pertahanan paru. Sering pasien dirujuk ke ahli jantung anak karena anak sering menderita demam, batuk dan pilek. Sebaliknya tidak sedikit pasien PJB yang sebelumnya sudah diobati sebagai tuberkulosis sebelum di rujuk ke ahli jantung anak.

e. Bising jantung.

Terdengarnya bising jantung merupakan tanda penting dalam menentukan penyakit jantung bawaan. Bahkan kadang-kadang tanda ini yang merupakan alasan anak dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Lokasi bising, derajat serta penjarannya dapat menentu-

kan jenis kelainan jantung. Namun tidak terdengarnya bisung jantung pada pemeriksaan fisis, tidak menyingkirkan adanya kelainan jantung bawaan. Jika pasien diduga menderita kelainan jantung, sebaiknya dilakukan pemeriksaan penunjang untuk memastikan diagnosis.

## 7. Penatalaksanaan

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 medikamentosa 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 :

1. Percampuran darah pulmonal dan sistemik, misalnya pada transposisi arteri besar dengan septum ventrikel utuh
2. Penyediaan darah ke aliran pulmonal, misalnya pada tetralogi Fallot berat, stenosis pulmonal berat, atresia pulmonal, dan atresia trikuspid
3. 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 :

1. Mempertahankan suhu lingkungan yang netral misalnya pasien ditempatkan dalam inkubator pada neonatus, untuk mengurangi kebutuhan oksigen
2. Kadar hemoglobin dipertahankan dalam jumlah yang cukup, pada neonatus dipertahankan di atas 15 g/dl
3. Memberikan cairan parenteral dan mengatasi gangguan asam basa
4. Memberikan oksigen menurunkan resistensi paru sehingga dapat menambah aliran darah ke paru
5. Pemberian prostaglandin E1 supaya duktus arteriosus tetap terbuka dengan dosis permulaan 0,1µg/kg/menit dan bila sudah terjadi perbaikan maka dosis dapat diturunkan menjadi 0,05 µg/kg/menit. Obat ini akan bekerja dalam waktu 10-30 menit sejak pemberian dan efek terapi ditandai dengan kenaikan PaO<sub>2</sub> 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 µg/kg/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 :

1. 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.
2. Pengobatan medika-mentosa dengan menggunakan obat-obatan.

Obat- obat yang digunakan pada gagal jantung antara lain :

- a. 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.

- b. Vasodilator, yang biasa dipakai adalah kaptopril dengan dosis 0,1-0,5 mg/kg/hari terbagi 2-3 kali per oral.
- c. Diuretik, yang sering digunakan adalah furosemid dengan dosis 1-2 mg/kg/ hari per oral atau intravena.

## **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 lahir cukup bulan atau tidak, jenis kelamin, anak keberapa, jumlah saudara dan identitas orang tua.
- b. Keluhan utama
  1. Riwayat kesehatan sekarang
 

Orang tua biasanya mengeluhkan nafas anaknya sesak, lemas, ujung jari tangan dan kaki teraba dingin, anak cepat berhenti saatmenetek atau menyusu, anak tiba-tiba jongkok saat berjalan dan tidak aktifselama bermain.
  2. Riwayat kesehatan dahulu
 

Riwayat kesehatan dahulu pada neonatus juga mencakup riwayatkesehatan keluarga atau riwayat kesehatan serangan sianotik,faktor genetik, riwayat keluarga yang mempunyai penyakitjantung bawaan dan riwayat tumbuh kembang anak yangterganggu, adanya riwayat gerakan jongkok bila anak telahberjalan beberapa menit.
  3. Riwayat kehamilan dan kelahiran
 

Riwayat kesehatan ibu saat hamil trimester 1 dengan penyakitrubella (sindrom rubella), ibu atau keluarga memiliki

riwayat penyakit lupus eritematosus sistemik sehingga dapat menimbulkan blokade jantung total pada bayinya dan adanya riwayat penyakit kencing manis pada ibu hamil dapat menyebabkan terjadinya kardiomiopati pada bayi yang dikandungnya. Adanya riwayat obat-obatan maupun jamu tradisional yang diminum serta kebiasaan merokok dan minum alkohol selama hamil dan riwayat keluarga dengan sindrom down (Hidayat, 2012).

#### 4. Riwayat pertumbuhan

Sebagian anak yang menderita PJB dapat tumbuh dan berkembang secara normal. Beberapa kasus yang spesifik seperti VSD, ASD, dan ToF 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 (Hidayat, 2012).

#### 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 serangan sianosis.

### c. Pemeriksaan Fisik

#### 1. Kepala-leher

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

## 2. Mata

Anak mengalami konjungtiva anemis, sklera ikterik.

## 3. Hidung

Pemeriksaan hidung secara umum tidak tampak kelainan, namun anak akan mengalami nafas pendek dan nafas cupping hidung.

## 4. Mulut

Biasanya pada wajah anak terlihat sianosis terutama pada bibir, lidah, dan mukosa mulut, dan biasanya ditemukan gigi geligi pada anak khususnya yang mengalami ToF karena perkembangan emailnya buruk (Ngastiyah, 2012).

## 5. Thorax

Biasanya pada anak dengan ToF,

- 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: mungkinterdengar suara redup karena peningkatan volume darah parudan untuk auskultasi akan terdengar ronkhi basah ataukrekels sebagai tanda adanya edema paru pada komplikasi ke gagal jantung.
- Auskultasi: akan terdengar suara nafas mendengkur yang lemah bahkan takipneu.

## 6. Jantung

- Inspeksi: mungkin dada masih terlihat simetris sehingga tidak tampak jelas, namun pada usia dewasa akan ditemukan tonjolan atau pembengkakan pada dada sebelahkiri karena pembesaran ventrikel kanan.
- Palpasi: didapatkan batas jantung melebihi 4-10 cm ke arah kiri darigaris midsternal pada intercostae ke 4, 5, dan 8.

- Perkusi: teraba pulsasi pada ventrikel kanan akibat peningkatan desakan, iktus kordis masih teraba jelas pada interkosta 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.

#### 7. 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.

#### 8. Kulit

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

#### 9. Ekstremitas

Biasanya pada ekstremitas teraba dingin bahkan dapat terjadi clubbing finger akibat kurangnya suplai oksigen ke perifer.

### d. Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium darah dapat dijumpai peningkatan jumlah eritrosit dan hematokrit (polisitemia vera) yang sesuai dengan saturasi dan stenosis, sedangkan hemoglobin dan trombosit mengalami penurunan. Oksimetri dan analisis gas darah arteri mencerminkan aliran darah pulmonal, didapatkan adanya peningkatan tekanan sedangkan pH mengalami penurunan. Oksimetri berguna pada pasien kulit hitam atau pasien anemia yang tingkat sianotiknya tidak jelas. Sianosis tidak akan tampak kecuali bila hemoglobin tereduksi mencapai 5 mg/dL. Penurunan resistensi

vaskular sistemik selama aktivitas, mandi, maupun demam akan mencetuskan piraou kanan ke kiri dan menyebabkan hipoksemia.

## 2. Pemeriksaan Elektrokardiogram

Pemeriksaan elektrokardiogram dapat ditemukan deviasiaksis ke kanan ( $+120^{\circ}$   $-+150^{\circ}$ ), hipertrofi ventrikel kananatau kedua ventrikel, maupun hipertrofi atrium kanan.Kekuatan ventrikel kanan yang menonjol terlihat dengangelombang R besar di sadapan prekordial anterior dangelombang S besar disadapan prekordial lateralis.

## 3. Pemeriksaan foto rontgen thorax dan USG

Pemeriksaan foto rontgen thorax dapat ditemukan gambaran jantung berbentuk sepatu (boot-shaped heart/couer-en-sabot), sedangkan USG dilakukan untuk menentukan besar jantung dan penurunan vaskularisasi paru karena berkurangnya aliran darah yang menuju ke paru akibat penyempitan katup pulmonal paru (stenosis pulmonal).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan diagnosis keperawatan SDKI (2017), diagnosis keperawatan yang mungkin muncul :

- 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 hiperglikemi, 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)</p> <p>Definisi: Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.</p> <p>Gejala mayor :</p> <p>a.Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lelah</li> <li>2. Dipsnea</li> <li>3. Batuk</li> <li>4. Ortopnea</li> </ol> <p>b.Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bradikardi/takikardi</li> <li>2. Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi</li> <li>3. Edema</li> <li>4. Distensi vena jugularis</li> <li>5. CVP meningkat atau menurun</li> <li>6. Hepatomegali</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama.... penurunan curah jantung klien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Curah Jantung: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> </ol> </li> <li>2. Palpitasi menurun</li> <li>3. Bradikardi menuurun</li> <li>4. Takikardi menuurn</li> <li>5. Gambaran aritmia menurun</li> <li>6.Lelah menurun</li> <li>7. Edema menurun</li> <li>8. Distensi vena jugularis menurun</li> <li>9. Dispnea menurun</li> <li>10. Pucat atau sianosis</li> </ol>	<p>Perawatan jantung (Hal: 317)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmalnocturnal dyspnea, peningkatan CVP)</li> <li>2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan BB, hepatomegali,distensi vena jugularis, palpitasi, rongkhi</li> </ol>

	<p>7. TD menurun atau meningkat  8. Nadi perifer teraba lemah  9. CRT &gt;3 detik  10. Oliguri  11. Warna kulit pucat atau sianosis  12. Terdengar suara jantung S3 dan atau S4  13. Ejection Fraction (EF) menurun</p> <p>Gejala minor :</p> <p>a.Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cemas</li> <li>2. Gelisah</li> </ol> <p>b.Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Murmur jantung</li> <li>2. BB bertambah</li> <li>3. Pulmonary artery wedge pressure (PAWP)</li> <li>4. Pulmonary vascular resistance (PVR)</li> <li>5. Cardiac index (CI) menurun</li> </ol>	<p>menurun</p> <p>11. Ortopnea menurun</p>	<p>basah,oliguria, batuk, kulit pucat)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor tekanan darah</li> <li>4. Monitor intake dan output cairan</li> <li>5. Monitor saturasi oksigen</li> <li>6. Monitor keluhan nyeri dada</li> <li>7. Monitor EKG 12 sadapan</li> <li>8. Monitor aritmia</li> <li>9. Monitor nilai labor jantung</li> <li>10. Monitor alat pacu jantung</li> <li>11. Periksa TD dan Frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas</li> <li>12. Periksa TD dan Frekuensi nadi sebelum pemberian obat</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</li> <li>2.Berikan diet jantung yang sesuai</li> <li>3.Gunakan stoking elastisatau pneumatik intermiten,sesuai indikasi</li> <li>4.Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress</li> <li>5.Berikan dukungan emosional dan spiritual</li> <li>6. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%</li> <li>7.Berikan obat antiaritmia (mis. Diamox, captopril,</li> </ol>
--	--	--	---

	<p>2. Gangguan pertukaran gas (Hal: 22, SDKI) Definisi: kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/ atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus kapiler Gejala mayor: a.Subjektif: 1.Dipsnea</p> <p>b.Objektif: 1.PCO<sub>2</sub> meningkat/ menurun 2.PO<sub>2</sub>menurun 3.Takikardi 4.pH arteri meningkat/ menurun 5.Bunyi napas tambahan</p> <p>Gejala minor: a.Subjektif: 1.Pusing 2.Penglihatan kabur b.objektif 1.Sianosis 2.Diaforesis 3.Gelisah 4.Napas cuping hidung 5.Pola napas abnormal 6.Warna kulit abnormal</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... gangguan pertukaran gas pasien teratasi dengan kriteria hasil: 1.Pertukaran gas a.Dipsnea menurun b.Bunyi napas tambahan menurun c.pCO<sub>2</sub> membaik d.PO<sub>2</sub> membaik e.Takikardi membaik f.Ph arteri membaik g.sianosis membaik</p>	<p>spironalakton, KCL, furosermid, meropenem)</p> <p>Edukasi : 1.Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 2.Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 3.Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian Kolaborasi : 1.Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p> <p>1.Pemantauan respirasi (Hal: 247) Observasi: a.Monitor frekuensi , irama, kedalaman, dan upaya napas b.Monitor pola napas c.Monitor adanya sumbatan jalan napas d.Auskultasi bunyi napas e.Monitor saturasi oksigen f.Monitor nilai AGD g.Monitor hasil x-ray toraks</p> <p>Terapeutik: a.Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien b.Dokumentasikan hasil pemantauan,jika perlu</p> <p>Edukasi : a.Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan b.Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p>2.Terapi oksigen (Hal: 430)</p>
--	---	---	--

	7.Kesadaran menurun	<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 tingkat kecemasan akibat terapi oksigen</li> <li>f.Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul 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> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah</li> </ul> <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.Kolaborasi penentuan pemberian oksigen</li> <li>b.Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan atau tidur</li> </ul> <p>1.Manajemen jalan napas</p>
--	---------------------	---

3.	<p>Pola nafas tidak efektif (Hal:26, SDKI) Definisi : inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Gejala mayor: a.Subjektif: 1.Dipsnea</p> <p>b.Objektif: 1.Penggunaan otot bantu pernapasan 2.Fase ekspirasi memanjang 3.Pola nafas abnormal</p> <p>Gejala minor : a.Subjektif: 1.Ortopnea b.Objektif: 1.Pernapasan cuping hidung 2.Diameter thoraks anterior- posterior meningkat 3.Ventilasi semenit menurun 4.Kapasitas vital menurun 5.Tekanan ekspirasi menurun 6.Tekanan inspirasi menurun</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... pasien menunjukkan keefektifan pola nafas dengan kriteria hasil :</p> <p>1.Pola nafas: a.Dipsnea menurun b.Penggunaan otot bantu napas menurun c.Pemanjangan fase ekspirasi menurun d.Frekuensi napas membaik e.Kedalaman napas membaik</p>	<p>(Hal: 186) Observasi: a.Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) b.Monitor bunyi napas tambahan (mis. Wheezing, ronchi kering)</p> <p>Teraeutik: a.Posisikan semi- fowler atau fowler b.Berikan minuman hangat</p> <p>c.Berikan oksigen jika perlu</p> <p>Edukasi: a.Anjurkan asupan cairan sesuai usia dan bb anak/hari, jika tidak kontra indikasi b.Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi: a.Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</p> <p>2. Pemantauan Respirasi ( Hal : 247 ) Observasi : a.Monitor frekuensi, kedalaman, dan upaya napas b.Monitor pola napas c.Monitor adanya sumbatan jalan napas d.Auskultasi bunyi napas e. Monitor saturasi oksigen f.Monitor nilai AGD g.Monitor hasil x-ray toraks</p>
----	---	--	---

4.	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif ( Hal: 37, SDKI ) Defenisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh Gejala mayor: - a.Subjektif : -</p> <p>b. Objektif: 1.Pengisina kapiler &gt;3 detik 2.Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3.Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5.Turgor kulit menurun Gejala minor: a.Subjektif: 1.Parastesia 2.Nyeri ekstremitas</p> <p>b.Objektif: 1.Edema 2.Penyembuhan luka lambat 3. Indeks ankle-brachial &lt;0,90 Bruit femoral</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama perfusi jaringan perifer kembali efektif dengan kriteria hasil :</p> <p>1.Perfusi perifer: a.Denyut nadi perifer meningkat b.Warna kulit pucat menurun c.Pengisiran kapiler membaik d.Akral membaik e.Tugorkulit membaik</p>	<p>Terapeutik : a.Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien b.Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi: a.Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan b.Informasikan hasil pemantauan,jika perlu</p> <p>1.Perawatan sirkulasi (Hal: 345) Obsevasi: a. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisiran kapiler, warna, suhu) b.Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, hipertensi,dan kadar kolesterol tinggi) c.Monitor panas,kemerahan,nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik : a.Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi b.Hindari pengukuran tekanna darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi c.Hindari pemasangan dan penekanan torniquet pada area yang cedera d.Lakukan pencegahan infeksi e.Lakukan perawatan kaki</p>
----	--	---	--

5.	<p>Defisit Nutrisi ( Hal: 56,SDKI )  Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme  Gejala mayor:  a.Subjekif: -</p> <p>b.Objektif:  1. BB menurun minimal 10% dibawah rentang ideal  Gejala minor:  a.Subjektif:  1.Cepat kenyang setelah makan  2.Kram/nyeri abdomen  3.Nafsu makan menurun</p> <p>b.Objektif:  1.Bising usus hiperaktif  2.Otot pengunyah lemah  3.Otot menelan lemah  4.Membran mukosa pucat  5.Sariawan  6.Serum albumin turun  7.Rambut rontok berlebihan  8.Diare</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil:  1.Status Nutrisi  a.Porsi makan yang dihabiskan meningkat  b.Serum albumin meningkat  c.Berat badan membaik  d.Indeks massa tubuh ( IMT ) membaik</p>	<p>dan kuku  f.Lakukan hidrasi</p> <p>Edukasi :  a.Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi</p> <p>1.Manajemen nutrisi (Hal: 200)  Observasi:  a.Identifikasi status nutrisi  b.Identifikasi alergi dan intoleransi makanan  c.Identifikasi makanan yang disukai  d.Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi  e.Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik  f.Monitor asupan makanan  g.Monitor berat badan  h.Monitor hasil laboratorium (albumin, limfosit, dan elektrolit serum)  Terapeutik:  a.Fasilitasi menentukan pedoman diet  b.Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai  c.Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi  d.Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein  e.Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi  Edukasi:  a.Anjurkan posisi duduk, jika mampu</p>
----	---	---	---

6.	<p>Gangguan Tumbuh Kembang (Hal: 232,SDKI)          Definisi : kondisi individu mengalami gangguan kemampuan bertumbuh dan berkembang sesuai dengan kelompok usia          Gejala mayor: -</p> <p>b.Objektif:          1.Tidak mampu melakukan keterampilan atau perilaku khas sesuai usia          2.Pertumbuhan terganggu</p> <p>Gejala minor:          a.Subjektif: -</p> <p>b.Objektif:          1.Tidak mampu melakukan perawatan diri sesuai usia          2.Afek datar          3.Respon sosial lambat          4.Kontak mata terbatas          5.Nafsu makan menurun          6.Lesu          7.Mudah marah</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... tumbuh kembang pasien tidak terganggu dengan kriteria hasil :</p> <p>1.Status perkembangan :          a.Keterampilan/ perilaku sesuai usia meningkat          b.Kemampuan melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>2.Status pertumbuhan:          a.Berat badan sesuai usia meningkat          b.Panjang/ tinggi badan sesuai dengan usia.</p>	<p>b.Ajarkan diet yang diprogram</p> <p>Kolaborasi:          a.Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis.Pereda nyeri antiemetik) , jika perlu          b.Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu</p> <p>1.Perawatan perkembangan (Hal: 338)          Observasi:          a.Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak          b.Identifikasi isyarat perilaku dan fisiologis yang ditunjukkan bayi          Terapeutik:          a.Pertahankan sentuhan semaksimal mungkin pada bayi prematur          b.Minimalkan nyeri          c.Pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal          d.Motivasi anak berinteraksi dengan orang lain          e.Dukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya          f.Pertahankan kenyamanan anak          g.Fasilitasi anak melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan</p>
----	---	--	--

	<p>8.Regresi 9.Pola tidur terganggu</p>		<p>secara mandiri</p> <p>Edukasi: a.Jelaskan kepada orangtua/pengasuh tentang milestone perkembangan anak dan perilaku anak b.Ajarkan orang tua berinteraksi dengan anaknya c. Ajarkan keterampilan berinteraksi dengan anaknya d.Ajarkan anak teknik asertif</p> <p>Kolaborasi: a.Rujuk untuk konseling bila perlu</p> <p>Manajemen energi (Hal: 176) Observasi: a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan b. Monitor kelelahan fisik dan emosional c. Monitor pola dan jam tidur d. Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik : 1.Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.Cahaya,suara,kunjungan) b. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif c. Berikan aktivitas</p>
7.	<p>Intoleransi aktivitas (Hal: 128, SDKI) Definisi: ketidakcukupan energi untuk melakukan aktifitas sehari-hari. Gejala mayor: a.Subjektif: 1.Mengeluh lelah</p> <p>b.Objektif: 1.Frekuensi jantung meningkat &gt;20% dari kondisi istirahat Gejala minor: a. Subjektif: 1.Dipsnea saat/ setelah aktivitas 2.Merasa tidak nyaman 3.Merasa lemah</p> <p>b. Objektif: 1.Tekanan darah berubah &gt;20% dari</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... diharapkan klien mampu melakukan aktivitasnya dengan baik dengan kriteria hasil: 1.Toleransi aktivitas: a.Frekuensi nadi meningkat b. Keluhan lelah menurun c. Dipsnea saat / setelah beraktivitas menurun</p>	

	<p>kondisi istirahat  2.Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah beraktivitas  3.Gambaran EKG menunjukkan iskemia  4.Sianosis</p>	<p>distraksi yang menenangkan  d. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi:  a. Anjurkan tirah baring  b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap  c. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang  d.Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi:  a.Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>2.Terapi Aktivitas (Hal: 415)  Observasi :  a. Identifikasi defisit tingkat aktivitas  b. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu  c. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan  d. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas  e. Identifikasi makna aktivitas rutin  f. Monitor respon emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas</p> <p>Terapeutik:</p>
--	--	--

		<p>a. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami</p> <p>b. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</p> <p>c. Fasilitasi aktivitas fisik rutin</p> <p>d. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</p> <p>e. Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan</p> <p>f. Libatkan keluarga dalam aktivitas , jika perlu</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</p> <p>b. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</p> <p>c. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai</p> <p>d. Ajarkan keluarga untuk memberikan pengutan positif atau partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas jika sesuai</p> <p>1. Manajemen peningkatan tekanan intrakranial</p>
--	--	---

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 ... diharapkan perfusi serebral efektif dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perfusi serebral: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>b. Tekanan intra kranial menurun</li> <li>c. Sakitkepala menurun</li> <li>d. Gelisah menurun</li> <li>e. Nilairata-rata tekanan darah membaik</li> <li>f. Kesadaran membaik</li> </ol> </li> </ol>	<p>(Hal: 205) Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis.Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>b. Monitor tanda/ gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi,pola napas irreguler, kesadaran menurun)</li> <li>c. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu</li> <li>e.Monitor gelombang ICP (Intra Canial Pressure)</li> <li>e. Monitor status pernapasan</li> <li>f. Monitor intake dan output cairan</li> <li>g. Monitor cairan serebro spinalis (mis.Warna, konsistensi)</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>b. Berikan posisi semi fowler</li> <li>c. Hindari manuver Valsava</li> <li>d. Cegah terjadinya kejang</li> <li>e. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</li> <li>f. Atur ventilator agar PaCO2 optimal</li> <li>g. Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian</li> </ol>
----	--	--	---

		<p>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>2. 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 intrakranial idiopatik)</p> <p>b. Monitor peningkatan TD</p> <p>c. Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)</p> <p>d. Monitor penurunan frekuensi jantung</p> <p>e. Monitor penurunan tingkat kesadaran</p> <p>f. Monitor kadar CO<sub>2</sub> dan pertahankan dalam rentang yang di indikasikan</p> <p>g. Monitor tekanan perfusi cerebral</p> <p>h. Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Ambil sampel drainase cairan serebrospinal</p> <p>b. Kalibrasi transduser</p> <p>c. Pertahankan sterilitas sistem pemantauan</p> <p>d. Pertahankan posisi</p>
--	--	---

9.	<p>Risiko Infeksi (Hal: 304,SDKI)          Definisi : berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... klien tidak berisiko infeksi dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat infeksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kebersihan tangan meningkat</li> <li>b. Kebersihan badan meningkat</li> <li>c. Nafsu makan meningkat</li> <li>d. Demam menurun</li> <li>e. Kemerahan menurun</li> <li>f. Nyeri menurun</li> <li>g. Bengkak menurun</li> <li>h. Kadar sel darah putih membaik</li> </ul>	<p>kepala dan leher netral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>e. Bilasistem pemantauan, jika perlu</li> <li>f. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien</li> <li>g. Dokumentasi hasil pemantauan</li> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ul> <p>Pencegahan infeksi (Hal: 278)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>b. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>d. 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</li> </ul>
----	--	---	--

10.	<p>Defisit pengetahuan (Hal: 246, SDKI)          Definisi: ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.          Gejala mayor:          a. Subjektif:          1. Menanyakan masalah yang dihadapi          b. Objektif:          1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran          2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</p> <p>Gejala minor:          a. Subjektif : -          b. Objektif:          1. Menjalani pemeriksaan yang tepat          2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, kecemasan, agitasi, histeria)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan orang tua paham dengan proses penyakit yang terjadi, dengan kriteria hasil:          1. Tingkat Pengetahuan          a. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang penyakit meningkat          b. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun          c. Perilaku sesuai anjuran meningkat          d. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat</p>	<p>asupan nutrisi          f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi:          a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p> <p>1. Edukasi Kesehatan (Hal: 65)          Observasi:          a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Terapeutik:          a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan          b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan          c. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi:          a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p>
-----	---	---	---

#### **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 masalah 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. Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Menurut Nasir, metode deskriptif adalah metode penelitian status sekelompok manusia, suatu objek, suatu kondisi, suatu sistem pemikiran ataupun suatu kelas peristiwa pada masa sekarang yang bertujuan untuk membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual, dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan antar fenomena yang diselidiki (Rukajat, 2018). Sedangkan penelitian kualitatif menurut Erickson adalah usaha untuk menemukan dan menggambarkan secara naratif kegiatan yang dilakukan dan dampak dari tindakan yang dilakukan terhadap kehidupan mereka (Anggito & Setiawan, 2018).

Dari pendapat di atas, peneliti menyimpulkan bahwa penelitian deskriptif kualitatif adalah penelitian pada suatu kelompok atau objek yang bertujuan untuk menggambarkan secara naratif kegiatan serta dampak dari tindakan yang dilakukan pada kelompok atau objek tersebut.

Penelitian ini menggunakan studi kasus pada asuhan keperawatan pada anak dengan Penyakit Jantung Bawaan di ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP M.Djamil Kota Padang pada tahun 2022.

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

Penelitian telah selesai dilakukan pada anak dengan Penyakit Jantung Bawaan di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian mulai dari bulan November 2021-Mei 2022 dan pengumpulan data dilakukan pada tanggal 11 April 2022 – 15 April 2022.

### C. Populasi dan Sampel

#### a. 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 (Rukajat, 2018).

Populasi dalam penelitian ini berjumlah 1 orang anak dengan Penyakit Jantung Bawaan (VSD) di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang

#### b. Sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi tersebut (Kurniawan & Agustini, 2021).

Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu secara *accidental sampling*. *Accidental sampling* yaitu cara pengambilan sampel berdasarkan kebetulan bertemu dengan peneliti dan cocok dengan sumber data yang akan di ambil ( Hidayat, 2021).

Sampel dari penelitian ini adalah satu 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 *accidental 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 (Kurniawan & Agustini, 2021).

- 1) Anak yang didiagnosis mengalami PJB

- 2) Dirawat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP. Dr. M.Djamil Padang minimal 5 hari
  - 3) Pasien dan keluarga bersedia menjadi responden
- b. Kriteria Eksklusi
- Kriteria eksklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel dan akan menimbulkan bias pada hasil penelitian (Kurniawan & Agustini, 2021).
- 1) Anak sudah dipulangkan atau meninggal
  - 2) Anak yang mengalami komplikasi berat ( gagal jantung ) atau mengalami perburukan

#### **D. Alat atau Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (Tersiana, 2018).

- a. Format pengkajian keperawatan anak terdiri dari : nama, pasien, nomor rekam medik, data, etiologi, dan masalah.
- b. Format analisa data terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, data, etiologi, dan masalah.
- c. Format diagnosa keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal ditemukannya masalah dan paraf, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
- d. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, diagnosa keperawatan, intervensi SIKI dan SLKI.
- e. Format catatan perkembangan keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, jam dan implementasi keperawatan serta paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
- f. Alat pemeriksaan fisik terdiri dari : termometer, stetoskop, timbangan, arloji dengan detik, penlight, tensi meter anak.

## **E. Teknik Pengumpulan Data**

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

### **a. Observasi**

Menurut Kurniawan & Agustini (2021), observasi adalah kegiatan menggunakan pancaindera, 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.

### **b. Wawancara**

Wawancara merupakan proses komunikasi atau interaksi mengumpulkan informasi dengan cara tanya jawab antara peneliti dengan informan atau subjek penelitian (Kurniawan & Agustini, 2021). Dalam penelitian ini wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara bebas terpimpin (format pengkajian yang disediakan). Wawancara jenis ini merupakan kombinasi dari wawancara tidak terpimpin dan wawancara terpimpin. Meskipun dapat unsur kebebasan, tapi ada pengarah pembicara secara tegas dan mengarah, sehingga wawancara ini bersifat fleksibilitas dan tegas.

### **c. 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 partisipan 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 ).

d. Dokumentasi

Dokumen adalah catatan atau karya seseorang tentang sesuatu yang sudah berlalu. Dokumen dapat berbentuk teks tertulis, artefak, gambar, maupun foto (Muri, 2017). Dalam penelitian ini menggunakan dokumen dari RS untuk menunjang penelitian yang akan dilakukan. Dokumentasi keperawatan berbentuk catatan hasil pemeriksaan diagnostik seperti rontgen toraks ditemukan pembesaran jantung ( kardiomegali ), hasil pemeriksaan EKG ditemukan kelainan irama jantung, 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 hemoglobinnnya menurun dan nilai hematokritnya meningkat.

## **F. Jenis-jenis Data**

a. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari sumber datanya (Kurniawan & Agustini, 2021). 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.

b. 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. Analisis Data**

Data yang ditemukan saat pengkajian dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data subyektif dan obyektif, sehingga dapat dirumuskan diagnosa keperawatan, kemudian disusun rencana asuhan keperawatan serta melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan. Analisis selanjutnya membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien kelolaan dengan kriteria hasil dari SLKI yang telah dibuat dan membandingkannya dengan teori yang ada atau teori terdahulu. Analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahapan proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada anak dengan penyakit jantung rematik. Data yang telah didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai mengevaluasi hasil tindakan akan dinarasikan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan anak dengan penyakit jantung rematik. Analisa yang dilakukan adalah untuk menentukan apakah ada kesesuaian antara teori yang ada dengan kondisi pasien.

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS**

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

Pasien anak perempuan berumur 3 bulan dirawat diruang PICU anak, masuk melalui IGD RSUP. Dr. M.Djamil Padang pada 08 April 2022. Pasien masuk dengan keluhan sesak nafas sejak 2 hari yang lalu dan semakin meningkat. Pasien dengan diagnosa Bronkopneumonia dan PJB ec VSD.

##### **1. Pengkajian**

Pasien anak perempuan berumur 3 bulan dirawat diruang PICU anak, masuk melalui IGD RSUP. Dr. M.Djamil Padang pada 08 April 2022. Pasien masuk dengan keluhan sesak nafas sejak 2 hari yang lalu dan semakin meningkat, dan anak tampak pucat.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 april 2022 pukul 13.00 WIB, pasien dengan rawatan hari ke-3, ibu pasien mengatakan anak tampak lemah, tampak bertambah sesak saat batuk dan menangis. Ibu pasien juga mengatakan nafas anak bertambah sesak saat menyusui, Anak terpasang ventilator, anak terpasang infus KaEN 1B 7cc/j4am, bibir tampak kering. Anak juga terpasang NGT. Ibu mengatakan berat badan anak tidak mengalami kenaikan sejak sebulan yang lalu, pada bulan lalu BB anak 4,6 kg dan pada saat dilakukan pengkajian didapatkan BB anak 4,2 kg, dengan kesimpulan bahwa anak mengalami penurunan berat badan. An.P tampak lemah dan lesu, tampak gelisah, tampak sesak nafas, pucat, bibir tampak kering, TD= 91/28 mmHg (sistolik 80-100 mmHg, diastolik 55-65mmHg, N= 142x/i ( normal 100-150x/menit ) , SPO2= 97%, RR= 34x/i ( dibantu dengan ventilator ), Suhu= 36,5°C( 20-30x/menit ).

An.P lahir di RS Merangin Jambi dengan usia kehamilan 35-36 minggu secara SC dikarenakan plasenta previa dan pendarahan. Ny.N mengatakan setelah lahir An.P tidak dirawat di RS, namun setelah umur 2 bulan An.P masuk rumah sakit dan dirawat untuk pertama kalinya dengan diagnosa PJB dan ISPA. An.P lahir dirumah sakit dengan berat badan 2800 gram dan panjang badan 51 cm. Ny.N mengatakan bahwa VSD diketahui sejak sebulan yang lalu diberitahu oleh dokter, karena 1 bulan yang lalu anak masuk RS Merangin Jambi dengan diagnosa PJB dan ISPA.

Ibu pasien mengatakan An.P belum mendapatkan imunisasi DPT, Hepatitis B, dan campak. Ibu mengatakan tidak ada keluarga yang sakit sama dengan pasien dan tidak ada penyakit keturunan. Ibu mengatakan bahwa ayah An.P perokok aktif.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien sedang, berat badan 4,2 kg ( normal 4,6-7,4 kg ) dan panjang badan 56 cm, hasil pengukuran TD : 91/28 mmHg, suhu : 36,5 °C, HR : 142x/menit, RR : 34x/menit. Hasil pemeriksaan fisik yang ditemukan konjungtiva anemis, wajah pucat, sklera tidak ikterik, mukosa bibir kering, bibir tidak sianosis, terdapat pembengkakan pada ekstremitas atas, tetapi tidak terdapat pembengkakan pada ekstremitas bawah.

Pemeriksaan thoraks dada kiri tampak meninggi dari dada kanan, pergerakan dada sama, 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, irama jantung tidak teratur. Pemeriksaan abdomen tidak tampak adanya distensi abdomen, tidak ada lesi, bising usus normal saat dilakukan perkusi terdengar timpani. Pemeriksaan ekstremitas atas tampak pucat pada telapak tangan dan kuku tangan, akrak

teraba hangat, capillary refill kembali lambat lebih dari 2 detik, 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, ketika sakit anak masih tetap diberikan asi yang dipompa ASI oleh ibu pasien dan diberikan melalui NGT kepada pasien sebanyak 4x30cc. Pola istirahat dan tidur anak selama dirawat dirumah sakit anak sulit untuk tidur dan sering terjaga dengan anak paling lama tidur 3 jam.

Data penunjang yang didapatkan dari hasil laboratorium yaitu kalsium 7.3 mg/ dL ( normal 8.1 – 10.4 mg/ dL ), kalium 4,7 mmol/ L (normal 3.5 – 5.1 mmol/ L), natrium 131 mmol/L ( normal 136 – 145 mmol/ L ), pCO<sub>2</sub> 32 mmHg, pO<sub>2</sub> 50 mmHg, hemoglobin 7,3 g/ dL (normal 9.8 – 15.6 g/ dL), leukosit 13,44 x 10<sup>3</sup>/ mm<sup>3</sup> (normal 5.5 – 17.5 x 10<sup>3</sup> /mm<sup>3</sup>), hematocrit 23% (normal 38.0 – 48.0%), trombosit 397 x 10<sup>3</sup> /mm<sup>3</sup> (normal 150 – 450 x 10<sup>3</sup> /mm<sup>3</sup>). An. P mendapatkan terapi Ampicillin 4 x 200 mg, Ceftriaxone 200mg, KA-EN 1B 163cc/jam (7cc/jam), Ambroxol 3x3mg, Midazolam 12,6mg dalam NaCl 0,9%, NaCl 3% 31cc, Kcl 8cc, D10% 419cc, D40% 38cc.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Hasil pengkajian yang telah dilakukan terdapat 3 diagnosa keperawatan yang dijadikan prioritas masalah keperawatan yaitu, penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas, pola nafas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan.

Berdasarkan hasil pengkajian, masalah keperawatan yang muncul pada An.P adalah **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas** yang ditandai dengan ibu mengatakan anak

sulit untuk menghisap ASI ibunya, tidak mampu menangis dengan kuat dan tampak lemah, pada pemeriksaan fisik ditemukan suara jantung terdengar mur-mur halus, ictus cordis teraba jelas 1 cm di RIC V mid clavicula sinistra, TD 91/28 mmHg, HR 142x / menit, kulit tampak pucat. An. P mendapatkan terapi obat ampicillin 4 x 200 mg.

Diagnosa kedua yaitu **pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru** yang ditandai dengan sesak nafas, ibu mengatakan anak lemah, anak tampak sesak, adanya retraksi dinding dada, adanya pernapasan cuping hidung, bunyi nafas ronkhi, anak terpasang ventilator, RR : 34 x/ menit (dibantu dengan ventilator), HR : 142 x / menit.

Diagnosa ketiga yaitu **resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** yang ditandai dengan anak tampak lemah dan lesu, mukosa bibir tampak pucat dan kering, berat badan: 4,2 kg dari 4,6 kg, keadaan umum sedang, berdasarkan z score anak mengalami BB kurang

Umur : 3 bulan

BB : 4,2 kg

PB : 56 cm

BB/U = (-3 SD) – (-2 SD) BB Kurang

PB/U = (-2 SD) – (-1 SD) Normal

BB/PB = (-2 SD) – (-1 SD) Normal

Berdasarkan z score, An.P mengalami BB kurang

### 3. Intervensi Keperawatan

Tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah masalah klien (Kodim, 2015).

Pada diagnosa **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas** dengan kriteria hasil : lelah menurun, edema menurun, dispnea menurun, pucat/sianosis menurun, batuk menurun, murmur jantung menurun, tekanan darah membaik, CRT membaik

Rencana tindakannya adalah :

#### **Perawatan jantung**

**Observasi** yaitu, identifikasi tanda/gejala primer, penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP), monitor tekanan darah, monitor intake dan output cairan, monitor nilai labor jantung, 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. **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 diagnosa **pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru** dengan kriteria hasil : Dispnea menurun, pernapasan cuping hidung menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik

Rencana tindakannya adalah:

#### **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), **Edukasi** yaitu, anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari (jika tidak kontraindikasi).

Pada diagnosa **resiko 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 tindakannya adalah :

#### **Manajemen nutrisi**

**Observasi** yaitu, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, identifikasi perlunya penggunaan selang nasogatrik, monitor berat badan. **Terapeutik** yaitu, hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi. **Edukasi** yaitu, pemberian ASI.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan, kesehatan dan memfasilitasi coping (Kodim, 2015).

Pada diagnosa keperawatan penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas jantung, tindakan keperawatan yang telah dilakukan diantaranya adalah mengukur tekanan darah, menghitung frekuensi pernafasan dalam satu menit, menghitung frekuensi nadi dalam satu menit, mengukur suhu diaksila, mendengarkan suara nafas, melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi, mendengarkan suara jantung, melakukan penilaian capillary refill time, membantu menginjeksikan Ampicillin 4 x200 mg.

Pada diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, tindakan yang telah dilakukan adalah menghitung pernapasan, mendengarkan bunyi napas, menghitung nadi, mengukur tekanan darah dan suhu, menilai CRT, melihat gerakan dada tambahan.

Pada diagnosa resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah mengukur tekanan darah, menghitung nadi, menghitung pernapasan, mengukur suhu, memonitor berat badan, memperkirakan berat badan ideal pasien, membantu memberikan susu lewat NGT sebanyak 4x30 cc.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan, kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Kodim, 2015).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 6 jam pada masalah keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung didapatkan bahwa perawat diruangan mengatakan anak masih tidak mampu menangis dengan kuat dan tampak lemah dan lelah, tampak pucat, tampak gelisah, capillary refill time tidak kembali dalam dua detik ( > 2 detik ) , masih tampak retraksi dinding dada, terdengar bunyi murmur halus pada jantung, ictus cordis teraba jelas 1 cm di RIC V mid clavicula sinistra, TD 91/28 mmHg, HR 142x / menit, RR 34x / menit ( dibantu ventilator ), suhu 36,5°C, masalah penurunan curah jantung belum teratasi, intervensi dilanjutkan dengan monitor ttv, monitor balance cairan klien, monitor hemodinamik.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 6 jam, pada diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru didapatkan bahwa perawat diruangan mengatakan anak masih sesak, anak masih tampak sesak, masih tampak pernapasan cuping hidung, anak terpasang ventilator, terdengar bunyi nafas ronki, adanya tarikan dinding dada, pernafasan : 34x/menit, SpO<sub>2</sub>: 97 %, masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi, intervensi dilanjutkan dengan monitor ttv, monitor pola nafas.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 6 jam, pada diagnosa resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan didapatkan bahwa perawat diruangan mengatakan berat badan anak belum mengalami perbaikan sampai saat ini dan anak masih lemah dan lesu, anak tampak lemah dan lesu, mukosa bibir tampak pucat dan kering, berat badan : 4,2 kg, anak terpasang NGT, anak mendapatkan ASI sebanyak 4x30 cc, masalah Resiko defisit nutrisi belum teratasi, 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.P dengan penyakit jantung bawaan asianotik yaitu VSD diruangan PICU IRNA Kebidanan dan Anak yang dilakukan sejak tanggal 11–15 April 2022. 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 An.P (3 bulan) didapatkan pasien dalam keadaan sadar dengan keluhan sesak nafas, lemah, lesu dan tampak pucat. Ibu pasien mengatakan anak tampak lemah, tampak bertambah sesak saat batuk dan menangis, TD= 91/28 mmHg (sistolik 80-100 mmHg, diastolik 55-65 mmHg, N= 142x/i ( normal 100-150x/menit ) , SPO<sub>2</sub>= 97%, RR= 34x/i ( dibantu dengan ventilator ), Suhu= 36,5°C.

Kurniawan (2015) dalam penelitiannya mengatakan penyakit jantung bawaan merupakan suatu penyakit kelainan jantung dimana paling sering ditemukan pada bayi dan anak. Menurut Ruslie & Darmadi (2013), keluhan utama pada pasien dengan penyakit jantung bawaan ditandai dengan adanya nafas sesak, pucat, berkeringat, ujung-ujung jari hiperemik, cepat lelah, dan dispnea.

Menurut analisa peneliti keluhan yang terdapat pada An.P tersebut seperti sesak nafas, lemah dan tampak pucat itu sesuai dengan teori yang ada. Aliran darah dari ventrikel kiri ke ventrikel kanan menyebabkan aliran darah ke ventrikel kiri berkurang, beban kerja otot jantung meningkat untuk memompakan darah ke aorta. Lama kelamaan otot jantung akan melemah dan terjadi penurunan curah jantung. Terjadinya penurunan curah jantung menyebabkan aliran darah ke tubuh berkurang, akan menyebabkan anak mengalami sesak nafas, jantung berdebar cepat, cepat lelah, dan nafsu makan berkurang.

Ibu pasien juga mengatakan nafas anak bertambah sesak saat menyusui, anak terpasang ventilator, anak terpasang infus KaEN 1B 7cc/jam, bibir tampak kering dan pucat, anak tampak sesak nafas, tampak gelisah, tampak pernapasan cuping hidung, TD= 91/28 mmHg (sistolik 80-100 mmHg, diastolik 55-65mmHg, N= 142x/i ( normal

100-150x/menit ) , SPO<sub>2</sub>= 97%, RR= 34x/i ( dibantu dengan ventilator ), Suhu= 36,5°C ( 20-30x/menit ).

Ball, Bindler, Cowen, & Shaw (2017) juga menjelaskan bahwa anak dengan VSD mengalami peningkatan denyut jantung, peningkatan frekuensi pernapasan serta laju metabolisme akibat tingginya aliran darah paru-paru.

Menurut analisa peneliti sesak nafas yang terjadi pada An.P karena peningkatan aliran darah ke paru yang hebat dan hipertensi pulmonal akan lebih banyak mengalami malnutrisi, hipoksia berat atau gagal jantung kongestif dapat mengakibatkan hambatan pertumbuhan dan perkembangan. Pada anak VSD, aliran darah di ventrikel kiri menjadi berkurang dan darah yang dipompakan keseluruh juga berkurang, akibatnya tubuh akan kekurangan oksigen (hipoksia), anak mengalami sesak nafas yang akibatnya anak mengalami kesulitan saat menyusu.

Anak terpasang NGT untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya, ibu mengatakan berat badan anak tidak mengalami kenaikan sejak sebulan yang lalu, pada bulan lalu BB anak 4,6 kg dan pada saat dilakukan pengkajian didapatkan BB anak 4,2 kg, dengan kesimpulan bahwa anak mengalami penurunan berat badan. An.P tampak lemah dan lesu, tampak gelisah, tampak sesak nafas, pucat, bibir tampak kering, TD= 91/28 mmHg (sistolik 80-100 mmHg, diastolik 55-65mmHg, N= 142x/i ( normal 100-150x/menit ) , SPO<sub>2</sub>= 97%, RR= 34x/i ( dibantu dengan ventilator ), Suhu= 36,5°C ( 20-30x/menit ).

Hockenbery, Wilson, & Rodgers (2017) menjelaskan bahwa pemberian nutrisi yang adekuat pada bayi dengan PJB sulit untuk dilakukan karena mereka membutuhkan kalori yang tinggi dan ketidakmampuan untuk menghisap dengan efektif karena kelemahan

dan takipnea. Menghisap saat menyusui membutuhkan energi dan diaforesis dapat terjadi. Jika anak tidak mampu memperoleh cukup kalori untuk mendukung laju metabolisme dan pertumbuhan, maka dapat menyebabkan status nutrisi yang buruk seperti berat badan kurang.

An. P lahir pada usia 35-36 minggu di RS Merangin Jambi dengan masalah kelahiran yaitu plasenta previa dan pendarahan. Pada saat hamil, ibu tidak mengalami demam atau infeksi lainnya. Ibu mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien. Ibu mengatakan ayah merupakan perokok aktif.

Kelainan jantung bawaan merupakan kelainan yang disebabkan oleh gangguan sistem kardiovaskuler pada embrio yang di duga karena adanya faktor endogen dan eksogen. Pada saat masa kehamilan 2 bulan pertama ibu mengalami penyakit rubella atau terkena virus lainnya, ibu mengkonsumsi obat-obatan tertentu, dan terkena sinar radiasi, orang tua merokok yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit jantung bawaan (Ngastiyah, 2012).

Manurut analisa peneliti penyebab PJB tidak diketahui secara pasti namun diduga karena adanya faktor prenatal dan faktor genetik diantara lain mungkin terkenanya infeksi campak ( jerman ) rubella selama kehamilan, usia ibu yang lebih dari 40 tahun ketika hamil, penyakit diabetes selama kehamilan sedangkan faktor genetik disebabkan karena adanya multifaktor seperti mempunyai abrasi kromosom, memiliki keluarga yang menderita penyakit jantung kongenital, dan anak yang dilahirkan dengan anomali kongenital lain selain jantung.

Hasil pemeriksaan pada An. P didapatkan keadaan umum pasien sedang, berat badan 4200 gram (normal 8300 gram), panjang badan 56 cm, konjungtiva anemis, wajah pucat, sklera tidak ikterik, mukosa bibir kering, bibir tidak sianosis, ada pembengkakan pada ekstremitas atas dan tidak terjadi pembengkakan pada ekstremitas bawah. Anak menggunakan selang NGT untuk memenuhi nutrisi pada tubuhnya.

Budi Junio (2017) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa pasien PJB memiliki frekuensi tinggi terhadap kelainan kongenital yang multiple, berat badan lahir rendah (yang menjadi risiko kedepannya) dan keterlambatan pertumbuhan.

Menurut analisis peneliti resiko defisit nutrisi yang terjadi pada partisipan karena terjadinya penurunan curah jantung yang mengakibatkan jantung tidak adekuat memompakan darah yang terdapat oksigen dan nutrisi keseluruh tubuh yang menyebabkan nutrisi pasien tidak cukup. Berkurangnya darah yang beredar kedalam tubuh menyebabkan pertumbuhan anak terhambat, serta anak sulit melakukan aktifitas karena sesak napas yang mengakibatkan anak malas makan, berat badan tidak bertambah, sehingga anak kekurangan nutrisi.

Ibu pasien mengatakan An.P bertambah sesak saat menyusu dan ketika waktu sehat sebelum masuk ke Rumah Sakit An.P sulit untuk menyusu karena lemah saat menghisap ASI ibu nya.

Hockenberry, Wilson, & Rodgers (2017), menjelaskan bahwa menyusu atau pemberian makanan pada bayi dengan PJB itu sama dengan olahraga pada orang dewasa. Bayi tersebut tidak memiliki energi cukup untuk melakukan aktivitas berlebihan, salah satunya seperti menyusu sehingga dapat mempengaruhi status nutrisi bayi.

Mengenai pemberian ASI atau makanan pada bayi dengan PJB yaitu bayi harus beristirahat dengan baik sebelum menyusui dan disusui segera setelah bangun agar bayi tidak mengeluarkan energi untuk menangis. Jadwal pemberian ASI sebaiknya diberikan setiap 3 jam, karena jadwal tiap 2 jam tidak memberikan waktu yang cukup untuk menyusui, dan jadwal 4 jam memerlukan peningkatan volume pemberian makanan/ASI yang tidak dapat dilakukan oleh banyak bayi. Jadwal harus disesuaikan dengan kebutuhan bayi.

Menurut analisa peneliti puting susu yang lembut atau celah pada puting susu dapat memperbesar bukaan pengeluaran ASI sehingga dapat mengurangi pengeluaran energi saat bayi menyusui. Bayi juga perlu didukung dengan posisi setengah tegak saat menyusui. Bayi perlu diistirahatkan saat menyusui dan rahang serta pipinya perlu dibelai untuk membantu menghisap. Menyusui bayi PJB selama setengah jam saja, karena memperpanjang waktu menyusui dapat melelahkan bayi dan mengurangi waktu istirahat di antara jadwal menyusui. Selain itu, memberikan nutrisi pada bayi yang menderita PJB harusnya lebih baik menggunakan sendok dengan cara sedikit demi sedikit, karena dengan menggunakan sendok bayi tidak perlu mengeluarkan energi berlebih untuk memenuhi kebutuhannya.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa diagnosa yang muncul pada An. P adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

Berdasarkan diagnosis keperawatan SDKI (2017) terdapat sepuluh diagnosa 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 diagnosa utama yang peneliti angkat untuk An.P yaitu **penurunan curah jantung berhubungan dengan kontraktilitas jantung** yang peneliti angkat untuk diagnosa pertama ditandai dengan Ny.N mengatakan anak sulit menyusu, tidak mampu menangis dengan kuat, tampak pucat, lemah, konjungtiva anemis, terdengar bunyi murmur pada jantung, iktus kordis teraba jelas 1 cm di RIC V mid clavicula sinistra.

Menurut Nursalam (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.

Rahmat (2015) dalam penelitiannya mengatakan penurunan curah jantung adalah keadaan pompa darah oleh jantung yang tidak adekuat untuk mencapai kebutuhan metabolisme tubuh dan jumlah darah yang dipompakan oleh ventrikel kedalam sirkulasi pulmonal dan sistemik selama satu menit (4-8 liter permenit).

Menurut analisa peneliti, tegaknya diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas jantung karena adanya defect/celah antara ventrikel kiri dan kanan yang disebabkan oleh pengaliran darah dari ventrikel kiri yang bertekanan tinggi ke ventrikel kanan yang bertekanan rendah, maka darah akan mengalir dari kiri ke kanan melalui celah tersebut dan akibatnya jumlah aliran darah dari ventrikel kiri melalui katup aorta kedalam aorta akan berkurang dan jumlah darah ke ventrikel kanan akan bertambah akibatnya terjadi kelemahan pada jantung.

Diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ditandai dengan Ny.N mengatakan nafas An.P bertambah sesak saat menyusui, anak tampak sesak nafas, pernafasan cuping hidung, terdengar bunyi nafas ronki saat di auskultasi, tampak retraksi dinding dada, terpasang ventilator, RR 34x/ menit (dibantu dengan ventilator), Nadi 142x/ menit.

Nursalam (2013), pada anak yang mengalami kesulitan nafas atau sesak nafas sering didapatkan tanda -tanda adanya retraksi otot bantu nafas, pernafasan cuping hidung, dan nafas cepat. Sementara pada bayi sering ditandai dengan minum atau menyusui yang sering

berhenti, sesak nafas yang sering timbul bila melakukan aktifitas yang lama dan intensif.

Kurniawan (2015) dalam penelitiannya mengatakan penyakit jantung bawaan merupakan suatu penyakit kelainan jantung dimana paling sering ditemukan pada bayi dan anak. Menurut Ruslie & Darmadi (2013), keluhan utama pada pasien dengan penyakit jantung bawaan ditandai dengan adanya nafas sesak, pucat, berkeringat, ujung-ujung jari hiperemik, cepat lelah dan dispnea.

Menurut analisa peneliti diagnosa yang ditegakkan saat penelitian pada An. P yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru terjadinya kelemahan otot nafas karena proses infeksi pada paru-paru. Hal tersebut terjadi karena adanya organisme yang masuk ke dalam sistem pernafasan bagian bawah yang mengakibatkan adanya infeksi pada alveoli sehingga menimbulkan adanya konsolidasi pada alveoli yang menyebabkan bersihan jalan nafas tidak efektif dan mengakibatkan pola nafas tidak efektif.

Diagnosa selanjutnya resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan yang ditandai dengan ibu mengatakan anak sulit untuk menyusu karena lemah saat menghisap, berat badan anak menurun, anak tampak lemah, anak terpasang NGT untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya, mukosa bibir pucat dan kering, berat badan : 4,2 kg ,Keadaan umum : Sedang.

Menurut Hidayat (2012), aliran darah ke paru juga bertambah yang menyebabkan anak sering menderita infeksi saluran pernapasan. Anak tampak kurus bahkan dapat kurang gizi berat bila terjadi gagal

jantung yang lama. Anak dengan penyakit jantung bawaan yang berat akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat lambat, dan prognosinya juga lebih jelek, biasanya anak tersebut mempunyai berat badan dan tinggi badan kurang yang mana harus ditangani segera.

Menurut Zuafni (2018) dalam penelitiannya resiko defisit nutrisi yang terjadi pada anak tersebut karena curah jantung ke seluruh 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 nafas yang mengakibatkan anak malas makan, sehingga anak kekurangan zat gizi, hal ini terjadi karena daya imunnya menurun.

Menurut analisa peneliti berdasarkan diagnosa yang diangkat yaitu resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan sudah sesuai dengan teori yang ada karena berat badan pasien berada dibawah batas normal. Tanda dan gejala anak dengan PJB adalah sesak napas. Karena darah memenuhi pembuluh darah di paru yang menyebabkan hipertensi pulmonal, mengakibatkan pertukaran oksigen tidak adekuat yang dapat menyebabkan sesak napas pada anak. Bayi dengan PJB akan bertambah sesak jika minum ASI dengan menetek atau lewat dot, akibatnya anak akan kekurangan nutrisi maka dipasang NGT agar nutrisinya terpenuhi.

### 3. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan pada An. P untuk diagnosa pertama yaitu **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas**, intervensi yang dilakukan yaitu monitor tanda-tanda

vital yaitu monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan, dan memonitor balance cairan pasien.

Rilantono (2013) melakukan tindakan memonitor tanda-tanda vital untuk mengetahui kondisi pasien dari tekanan darah, pernafasan, nadi dan suhu yang dialami pasien. Mengkaji capillary refill 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 kardiovaskuler anak setiap saat dan untuk meningkatkan curah jantung dan mengurangi resiko gagal jantung. Tindakan selanjutnya yaitu monitor pernapasan dengan cara memonitor irama dan kedalaman respirasi, memonitor pergerakan dada, monitor bunyi pernapasan, dan auskultasi bunyi paru. Tindakan ini bertujuan untuk mengetahui adanya suara napas tambahan jika terjadi hipertrofi ventrikel atau atrium.

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.

Aktivitas menyusui pada anak yang menderita PJB berpengaruh terhadap anak tersebut, karena ketika melakukan pemberian ASI atau makanan pada bayi dengan PJB yaitu bayi harus beristirahat dengan baik sebelum menyusui dan disusui segera setelah bangun agar bayi

tidak mengeluarkan energi untuk menangis. Jadwal pemberian ASI sebaiknya diberikan setiap 3 jam, karena jadwal tiap 2 jam tidak memberikan waktu yang cukup untuk menyusui, dan jadwal 4 jam memerlukan peningkatan volume pemberian makanan/ASI yang tidak dapat dilakukan oleh banyak bayi. Jadwal harus disesuaikan dengan kebutuhan bayi. Bayi juga perlu didukung dengan posisi setengah tengah saat menyusui. Bayi perlu diistirahatkan saat menyusui dan rahang serta pipinya perlu dibelai untuk membantu menghisap.

Rencana tindakan keperawatan pada An. P untuk diagnosa kedua yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, 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.

Kurniawan (2015) melakukan tindakan keperawatan seperti monitor tanda-tanda vital dapat mengetahui kondisi pasien dari tekanan darah, pernapasan, nadi, suhu yang dialami pasien, memberikan oksigen nasal kanul pada pasien dengan tujuan untuk mengurangi sesak napas.

Menurut analisa peneliti pemberian ventilator atau oksigen kepada pasien bertujuan untuk mempertahankan jalan nafas anak tersebut dan mengurangi rasa sesak saat anak tersebut beraktifitas. Tindakan selanjutnya yaitu monitor respirasi dengan cara monitor kedalaman, frekuensi napas, irama dan kekuatan respirasi, monitor pola napas, monitor gerakan dan kesimetrisan dinding dada dan adanya retraksi dinding dada dan auskultasi bunyi napas.

Rencana tindakan keperawatan pada An. P untuk diagnosa ketiga adalah resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan yaitu manajemen nutrisi dan aktivitas dengan cara mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan oleh pasien, memonitor berat badan pasien, mengidentifikasi perlunya selang nasogatrik untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.

Menurut Amelia (2019) dalam penelitiannya mengatakan bahwa intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu monitor berat badan, mengkaji adanya alergi, menganjurkan sedikit makan tapi sering, memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada anak.

Menurut analisa peneliti manajemen nutrisi dan aktivitas sangat perlu dilakukan karena untuk mengkaji adanya alergi makanan dan memonitor jumlah nutrisi yang dibutuhkan pasien.

Menurut Maramis (2016) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa kekurangan gizi pada anak PJB merupakan masalah umum morbiditas. Malnutrisi atau kekurangan nutrisi juga dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan peningkatan resiko kematian. Anak dengan PJB sering menunjukkan pencapaian berat badan yang tidak baik dan keterlambatan pertumbuhan. Status gizi anak PJB juga dipengaruhi oleh masukan nutrient, komponen diet dan kebutuhan energi.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan pada An.P dengan diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas adalah mengukur tekanan darah, menghitung nadi, menghitung pernapasan, mengukur suhu, mendengarkan suara napas,

melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi, mendengarkan suara jantung, melakukan penilaian capillary refill time, memberikan obat sesuai order, dan menghitung balance cairan anak.

Menurut Rilantono (2013) tindakan pemantauan tanda-tanda vital bertujuan untuk mengetahui adanya suara bising yang terjadi karena aliran pada septum, pengisian CRT yang lama dapat menandakan jaringan tubuh kekurangan oksigen. Terjadinya pirau dari kiri ke kanan menyebabkan peningkatan tekanan pada ventrikel kanan, dan mengakibatkan aliran darah ke paru meningkat yang menyebabkan beban kerja jantung meningkat yang akhirnya menyebabkan terjadinya gagal jantung.

Menurut analisa peneliti, pelaksanaan intervensi pada diagnosa ini sangat penting untuk mengetahui perubahan status kardiovaskuler anak. Seperti mengetahui kompensasi tubuh terhadap hipotensi atau hipertensi, mengetahui adanya suara tambahan jika terdapat hipertrofi atrium atau ventrikel, adanya suara mengi atau abnormal yang dapat mengindikasikan terjadinya gagal jantung, pucat, dingin, kulit lembab, dan masa pengisian kapiler lambat mencerminkan penurunan curah jantung. Perubahan seperti ini harus selalu diperhatikan untuk mengetahui pengaruh yang terjadi pada proses pengobatan selanjutnya.

Implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru adalah menghitung frekuensi pernapasan, menghitung nadi, melakukan penilaian CRT, memonitor ventilator, memonitor pemberian oksigen (jika terpasang oksigen), menambah air oksigen ( jika terpasang oksigen ), mendengarkan suara napas.

Menurut Riyadi (2009) tindakan mengkaji frekuensi dan irama pernafasan, suara paru bertujuan untuk mengetahui indikasi terdapat timbunan cairan paru ditandai dengan suara krekels dan ronchi basah, adanya sesak nafas saat aktifitas sebagai tanda awal ketidakmampuan paru mengambil oksigen secara maksimal.

Hidayat (2012) tindakan keperawatan mengobservasi tanda-tanda vital untuk mengetahui frekuensi pernapasan, baringkan dengan posisi semi fowler untuk mengurangi sesak napas anak, dan memberikan oksigen 2-4 liter permenit.

Menurut asumsi peneliti tindakan menghitung frekuensi nafas dan memonitor pemberian oksigen sangat penting dilakukan, hal tersebut bertujuan untuk mengetahui apakah anak bertambah sesak nafas dan membantu penyuplaian oksigen ke paru sehingga sesak nafas yang dialami pasien akibat perubahan kontraktilitas dapat berkurang.

Implementasi keperawatan pada diagnosa resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan adalah memonitor pemberian makanan cair melalui NGT, memonitor pemberian ASI melalui NGT, memonitor berat badan pasien, mengukur tekanan darah, menghitung nadi, memonitor asupan makanan.

Tindakan yang dilakukan ke An.P yaitu memberikan makanan cair berupa ASI melalui NGT karena daya hisap anak lemah. Menurut Hidayat (2012), karena bayi susah makan/minum susu maka masukan nutrisi tidak mencukupi kebutuhannya untuk pertumbuhan. Kecukupan makanan sangat diperlukan untuk mempertahankan kesehatan bayi. Makanan bayi yang terbaik adalah ASI. Karena bayi sukar makan, berikan 2 kali setiap porsinya. Anak yang sangat

dispnea susah menghisap dot atau menetek maka perlu dipasang infus.

Menurut analisa peneliti pemberian makanan seperti makanan cair melalui NGT sedikit namun sering dapat membantu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi anak secara perlahan.

### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi dilakukan dari tanggal 11 April sampai 15 April 2022 dengan metode penilaian Subjektive, Objektive, Assesment, Planning (SOAP) untuk mengetahui keefektifan dari tindakan yang telah dilakukan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari dengan diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas selama 5 hari belum teratasi. pada An.P didapatkan perawat diruangan mengatakan anak tidak mampu menangis dengan kuat, masih sesak dan lemah. SpO<sub>2</sub>: 97 % , tekanan darah: 91/28 mmHg, RR: 34 x/ menit, Nadi : 142 x/ menit, Suhu: 36,5 0 C.

Menurut Suriadi (2010), salah satu pelaksanaan PJB pada anak yaitu dengan mempertahankan curah jantung yang adekuat yaitu observasi kualitas dan kekuatan denyut jantung, nadi perifer, monitor adanya takikardi, tachypnea, sesak lelah saat minum susu, berkolaborasi dalam pemberian terapi sesuai order.

Menurut analisa peneliti diagnosa ini timbul karena terjadinya kelemahan otot jantung akibat bekerja terlalu keras untuk memompakan darah ke seluruh tubuh. Salah satu akibatnya konjungtiva anemis, anak lemah, CRT lebih dari 2 detik.

Dengan kriteria hasil tekanan darah dalam keadaan normal, denyut

jantung dan nadi dalam batas normal, capillary refill dalam batas normal.

Hasil dari evaluasi pada diagnosa kedua pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru pada An.P didapatkan perawat diruangan mengatakan anak masih sesak, RR: 34 x / menit, anak terpasang ventilator, Nadi: 142 x/ menit, masih adanya tarikan dinding dada, SpO<sub>2</sub>: 97 %.

Menurut Hidayat (2012), akibat pirau kiri ke kanan menyebabkan darah dalam paru-paru lebih banyak sehingga pertukaran O<sub>2</sub> tidak adekuat yang menyebabkan anak akan mengalami sesak napas. Salah satu penatalaksanaannya adalah berikan O<sub>2</sub> agar sesak anak berkurang. Berikan O<sub>2</sub> sesuai dengan keadaan sianosisnya (1-2 L/menit), jika sianosis sekali dapat sampai 4 L.

Menurut analisa peneliti masalah ini timbul karena aliran darah dari ventrikel kiri ke ventrikel kanan menyebabkan volume darah di ventrikel kanan meningkat dan darah dalam paru-paru lebih banyak sehingga pertukaran O<sub>2</sub> tidak adekuat yang menyebabkan anak akan mengalami sesak napas. Untuk mengurangi sesak napas anak maka diberikan O<sub>2</sub> agar sesak napas anak berkurang. Dengan kriteria hasil frekuensi napas dalam batas normal, irama pernapasan dalam batas normal, kedalaman inspirasi dalam batas normal, suara napas tambahan tidak ada, tidak ada menggunakan otot bantu napas.

Hasil evaluasi pada diagnosa resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan pada An. P didapatkan perawat diruangan mengatakan anak masih lemah dan berat badan anak tidak mengalami kenaikan sampai saat ini, anak masih terlihat lemah dan lelah, berat badan: 4,2 kg, anak masih terpasang NGT,

anak mendapatkan ASI sebanyak 8 x 45 cc (sebelumnya 4 x 30 cc).

Menurut Suriadi (2010), salah satu pelaksanaan PJB pada anak dengan mempertahankan pertumbuhan berat badan dan tinggi badan yang sesuai, sediakan diit yang seimbang, tinggi zat-zat nutrisi untuk mencapai pertumbuhan yang adekuat, monitor tinggi dan berat badan, catat intake dan output secara benar, berikan makanan dengan porsi kecil tapi sering untuk menghindari kelelahan pada saat makan.

Menurut analisa peneliti, masalah ini timbul 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 minum ASI dengan menetek atau lewat dot, akibatnya anak akan kekurangan nutrisi maka dipasangkan NGT agar nutrisinya terpenuhi dan perlu diberikan tinggi zat-zat nutrisi untuk mencapai pertumbuhan yang adekuat. Kriteria hasilnya adalah asupan gizi dalam batas normal, rasio berat badan dalam batas normal, status nutrisi dalam batas normal.

## **BAB V PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

#### 1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada An. P (3 bulan) lahir pada usia kehamilan 35-36 minggu, didapatkan An. P dengan bronkopneumonia + PJB ec VSD tampak sesak, anak tampak lemah dan pucat, didapatkan BB anak susah naik sejak lahir dan sulit menyusu karena daya hisapnya lemah, Berat badan 4,2 kg.

#### 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada An. P yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, dan resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

#### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang disusun tergantung pada masalah keperawatan yang ditemukan. Berikut beberapa intervensi keperawatan diagnosa kasus yaitu monitor tanda-tanda vital, monitor pernapasan, perawatan jantung, terapi oksigen, dan manajemen nutrisi.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu memonitor tanda-tanda vital, mendengarkan suara jantung, mendengarkan suara napas, melihat gerakan dada, melakukan penilaian CRT, memberikan terapi obat, memonitor dan membantu memberikan makanan cair lewat NGT, memonitor berat badan pasien.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan yang dilakukan selama 5 hari pada pasien untuk diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas pada hari ke-5 belum teratasi, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru pada

hari ke-5 belum teratasi, resiko defisit nutrisi belum teratasi, manajemen gangguan makan dan nutrisi, intervensi dilanjutkan oleh petugas ruangan.

## **B. Saran**

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

Studi kasus yang peneliti lakukan dapat menjadi sebagai bahan bacaan bagi perawat di ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk melakukan asuhan keperawatan dengan cara meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien dengan Penyakit Jantung Bawaan dan dapat melanjutkan intervensi pada diagnosa keperawatan yang belum teratasi dan memberikan discharge planning jika pasien diperbolehkan pulang.

### **2. Institusi Poltekkes Kemenkes Padang.**

Melalui Direktur Poltekkes Kemenkes Padang, diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan pembelajaran untuk mahasiswa prodi D-III Keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien PJB.

### **3. Peneliti Selanjutnya.**

a. Diharapkan penelitian ini bisa dijadikan data awal untuk penelitian selanjutnya dan dapat melakukan pengkajian secara tepat dan mengambil diagnosa secara tepat menurut pengkajian yang didapatkan dan dalam melaksanakan tindakan keperawatan, harus terlebih dahulu memahami masalah dengan baik, serta mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan benar.

b. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data pembanding dalam menerapkan asuhan keperawatan yang lainnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ain, N., Hariyanto, D., & Rusdan, S. (2015). Karakteristik Penderita Penyakit Jantung Bawaan pada Anak di RSUP Dr. M. Djamil Padang Periode Januari 2010 – Mei 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(3), 928–935. <https://doi.org/10.25077/jka.v4i3.388>
- Anggito Abi, S. J. (2018). *Metodologi Penelitian Kualitatif* (E. D. Lestari (ed.)). CV Jejak.
- Anggrahini, R., & Sensussiana, T. (2020). *Asuhan keperawatan anak dengan penyakit jantung bawaan dalam pemenuhan kebutuhan psikologis*.
- Aspiani, R. Y. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC* (W. Praptiani (ed.)). Buku Kedokteran EGC.
- Congenital anomalies. (2020). Retrieved 23 January 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies#:~:text=The%20most%20common%2C%20severe%20congenital,congenital%20anomalies%20can%20be%20prevented.>
- Ellyati, S., Kusharisupeni, K., & Sabri, L. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelainan Kongenital Pada Anak di RSPAD Gatot Soebroto. *Journal Educational of Nursing(Jen)*, 2(2), 37–45. <https://doi.org/10.37430/jen.v2i2.41>
- Federasi Jantung Dunia. 2013. Pengidap jantung usia produktif naik. Kompas. Diakses tanggal 04 Januari 2018. <http://travel.kompas.com/read/2013/03/16/06305643/pengidap.jantung.usia.produktif.naik>.
- Handayani, I. (2016). *Kenali penyakit jantung bawaan pada anak*.
- Hermawan, B. J., Hariyanto, D., & Aprilia, D. (2018). Profil Penyakit Penyakit Jantung Bawaan Di Instalasi Rawat Inap Anak Rsup Dr. M. Djamil Padang Periode Januari 2013 – Desember 2015. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(1), 142. <https://doi.org/10.25077/jka.v7i1.793>
- Hidayat, A. A. A. (2012). *Pengantar ilmu keperawatan anak*. Salemba Medika
- Hidayat, A. A. (2021). *Metodologi Keperawatan untuk Pendidikan Vokasi*. Health Books Publishing

- Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2017). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (10th ed.). Missouri: Elsevier.
- Jakarta Heart Center. (2021). Retrieved 23 January 2022, from <https://www.jakartaheartcenter.com/newsevent/penyakit-jantung-bawaan>
- Johariyah, dkk. 2017. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Trans Info Media. Jakarta
- Kasron. (2012). *Kelainan dan Penyakit Jantung Pencegahan Serta Pengobatannya*. Nuha Medika.
- Kasron. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. Trans Info Media.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Nasional RISKESDAS 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 1–582. <https://dinkes.kalbarprov.go.id/wp-content/uploads/2019/03/Laporan-Riskesdas-2018-Nasional.pdf>
- Kurniawan, W.;Agustini, A. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan Dan Keperawatan*. 1–131.
- Kurniawan, R. R. (2015). Asuhan Keperawatan Pada An. N Dengan Gangguan Kardiovaskuler : Penyakit Jantung Bawaan Di Ruang Cempaka III RSUD Pandan Arang Boyolali. *Universitas Muhammadiyah Surakarta*.
- Kyle, Terry & Carman, S. (2016). *Buku ajar keperawatan pediatri vol. 3*. EGC.
- Learn about Specific Birth Defects | CDC. (2019). Retrieved 23 January 2022, from <https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/types.html>
- Lynn Betz, Cecily & Sowden, L. A. (2009). *Buku saku keperawatan pediatrik*. EGC.
- Maramis, P. P., Kaunang, E. D., & Rompis, J. (2014). Hubungan Penyakit Jantung Bawaan Dengan Status Gizi Pada Anak Di Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Tahun 2009-2013. *E-CliniC*, 2(2). <https://doi.org/10.35790/ec1.2.2.2014.5050>
- Muri Yusuf, A. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif & Penelitian*

- Gabungan*. PT Fajar Interpratama Mandiri.
- Ngastiyah. (2012). *Perawatan Anak Sakit*. EGC.
- Ngastiyah. (2014). *Perawatan anak sakit*. EGC.
- Padang, R. D. M. D. (2020). *Laporan Catatan Rekam Medik (RM):Anak dengan PJB*.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnostik Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Primasari, D., Soetadji, A., & Pramono, D. (2012). Perbedaan Perkembangan Pada Anak Dengan Penyakit Jantung Bawaan Sianotik Dan Non-Sianotik. In *Jurnal Kedokteran Diponegoro* (Vol. 1, Issue 1).
- Rukajat, A. (2018). *Pendekatan Penelitian Kuantitatif*. Penerbit Deepublish.
- Ruslie, R. H. (2013). Diagnosis dan tata laksana tetralogy of fallot. *Congenital Heart Disease*, 40(3), 176–181.
- Sudarti. 2012. Buku Ajar Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita. Nuha Medika. Yogyakarta
- Susilaningrum, R, Nursalam, Utami, S. (2013). *Asuhan keperawatan bayi dan anak*. Salemba Medika.
- Tersiana, A. (2018). *METODE PENELITIAN*. Anak Hebat Indonesia.
- WHO, (2016). *Global Health Observatory (GHO)*.  
[http://www.who.int/gho/child\\_health/mortality/neonatal\\_infant\\_text/en/](http://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_infant_text/en/).
- Wong, D. L. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. EGC.
- Yuhana, I., & Nurhaeni, N. (2021). CLOSED SUCTION SYSTEM TERHADAP SATURASI PASCA OPERASI JANTUNG BAWAAN (PJB) PADA ANAK. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 3(1).  
<https://doi.org/10.31539/joting.v3i1.2190>

# **LAMPIRAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN PENYAKIT JANTUNG BAWAAN  
DI IRNA KEBIDANAN & ANAK RSUP DR. M.DJAMIL PADANG  
TAHUN 2022**

No	KEGIATAN	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
1	Konsultasi dan Acc Jadwal Proposal									
2	Pembuatan Proposal dan Konsultasi									
3	Pendaftar Sidang Proposal									
4	Sidang Proposal									
5	Perbaikan Proposal									
6	Penelitian dan Penyusunan									
7	Pendaftar Ljian KTI									
8	Sidang KTI									
9	Perbaikan KTI									
10	Pengumpulan Perbaikan KTI									
11	Publikasi									

Padang, Januari 2022

Pembimbing I



Ns. Zalfa Ameh Iliha, S.Kn., M.Kep., Sp. Jwa

NIP. 19791019 200212 2 001

Pembimbing II



Ns. Hj. Tismawati, S.St., M.Kes

NIP. 19650716 198803 2 002

Mahasiswa



Sinta Deputri Rizal

NIM. 193110156

**LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KTI  
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

Nama : Synta Deputri Rizal  
 NIM : 193110156  
 Pembimbing I : Ns. Zofia Amely Iida, S.Kep, M.Kep  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Penyakit  
 Jantung Bawaan

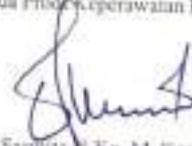
No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1.	1-11-2021	Konsul awal dan penetapan judul	
2.	6-12-2021	1. Konsultasi BAB I 2. Perbaharui data	
3.	20-12-2021	Perbaiki BAB I dan tambahkan evidende based	
4.	20-12-2021	cek lagi saran sebelumnya belum terlihat perubahan	
5.	21-12-2021	Perbaiki BAB I sesuai saran	
6.	21-12-2021	Perbaiki BAB II	
7.	10-1-2021	cek lagi saran sebelumnya belum terlihat perubahan	
8.	13-1-2021	Perbaiki teknik penulisan	
9.	14-1-2021	ACC seminar proposal	
	10/5	perbaiki hasil pengkajian	
10	20/5	lanjutkan ke deskripsi hasil & pembahasa	

	24/5	perbaiki pembahasan Simpulan abstrak	A
11	25/5	perbaiki abstrak	A
12	25/5	ace yan hani hani	A
13			
14			

Catatan :

- Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
- Lembar konsul diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengenalui  
Ketua Prodi Keperawatan Padang



Heppi Sasmita, S.Kp, M. Keper, Sp. Jitua  
NIP. 19701020 199303 2 002

**LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KTI  
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

Nama : Synta Deputri Rizal  
 NIM : 193110156  
 Pembimbing : Ns. Hj. Tisnawati, S.St, M.Kes  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Penyakit  
 Jantung Hati

No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1.	25-11-2021	Konsultasi untuk menentukan masalah penelitian	
2.	30-11-2021	Konsultasi BAB I proposal	
3.	1-12-2021	Konsultasi BAB I proposal dan sudah boleh lanjut BAB II	
4.	3-12-2021	Cek lagi fenomena yang ada	
5.	8-12-21	Konsultasi BAB II	
6.	16-12-21	1. Lakukan survey awal dan masukkan ke BAB III 2. Lanjut buat BAB III	
7.	10-1-2022	Konsultasi revisi BAB II	
8.	13-1-2021	Lengkapi lampiran, cek daftar pustaka, dan cek semua penulisan	
9.	14-1-2021	ACC untuk ujian seminar proposal	
10.	17/5-22	Konrad Laporan KTI - Bayar Penghantar - Perbaiki dan tulis data	

11	20/5-22	konsep, pengertian & lingkaran life Revisi: paku, mamalia & burung	f.
12	24/5-22	Konsul Bab 4 → Perbed. Kambungan	f.
13	25/5-21	Konsul pertemuan bab 4 & 5	f.
14	26/5-21	Konsul abstrak & lampiran km	f.
15	27/5-21	ace w/ ujian KT 1	f.
16			
17			
18			
19			

Catatan :

- Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
- Lembar konsul diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui  
Ketua Prof Keperawatan Padang



Heppi Sasmitha, S.Kp, M. Kep. Sp. Jiwa

NIP. 19701020 199303 2 002



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
JL. SIBIPANG PONDOK KOPI NANGGALO TELP. (0751) 7051300 FAX. (0751) 7051328 PADANG 25146  
Email : [prodkespadang@gmail.com](mailto:prodkespadang@gmail.com) Telp. Jurusan Keperawatan (0751) 7052848



Nomor : PP.03.01/000614/2021  
Lamp : -  
Perihal : Izin Survey Data

13 Desember 2021

Kepada Yth. :  
Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang  
Di  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2021/2022, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Survey Data di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin ( Nama Mahasiswa Terlampir ):

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Direktur Poltekkes Kemenkes Padang  
  
**Mr. Burhan Mustika, SKM, M.Si**  
Nip. 196104131986031002



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

Jl. SIMPANG PONDOK KEDI HANGGALO TELP.(0751) 7551300 FAX: (0751) 7588128 PADANG 25146



Lampiran :  
Nomor : PP.03.01/ /2021  
Tanggal : 13 Desember 2021

**NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA**

NO	NAMA	NIM	JUDUL, PROPOSAL KTI
1	Adni Tamara	193110161	Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien dengan Infark Miokard Akut di RSUP Dr. M. Djamil Padang
2	Miftahul Khairiyah	193110179	Askep Anak dengan LLA di IRNA Kebidanan dan Anak di RSUP M. Djamil
3	Tessa Amelia Safitri	193110157	Asuhan Keperawatan Pada Bayi dengan BBLR di RSUP Dr. M. Djamil Padang
4	Dia Pinke Suri	193110171	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di RSUP Dr. M. Djamil Padang
5	Synta Deputri Rizal	193110156	Asuhan Keperawatan dengan Kasus Penyakit Jantung Bawaan pada Anak di Irna Kebidanan dan Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang
6	Humaira Yestiana	193110175	Asuhan Keperawatan pada Pasien CKD di Ruang Intense Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang
7	Arifah Adha	193110166	Asuhan Keperawatan Gangguan Istirahat dan Tidur pada Pasien Post Operasi Fraktur melalui Terapi Musik di Ruang Trauma Center (TC) Bedah RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022
8	Aulia Azhari	193110167	Asuhan Keperawatan Gangguan Eliminasi Urine pada Pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang Irna-C Non Bedah Penyakit Dalam RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022.
9	Tiara Oktafiana	193110197	Asuhan Keperawatan Anak dengan Meningitis di ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M.Djamil Padang



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

Jl. Perintis Kemerdekaan Padang - 25127  
Telp. (0751) 893304, 810253, 810254, ext 245  
Email : dkket.mdjamil@yahoo.com

**NOTA DINAS**

Nomor : LB.01.02/XVI.13.2/1003/XIII/2021

Yth : 1. Ka. Instalasi Rekam Medis  
2. Ka. IRNA Kebidanan dan Anak  
Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan  
Hal : Izin Survei Awal  
Tanggal : 23 Desember 2021

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

Nama : Synta Deputy Rizal  
NIM/ BP : 183110156  
Institusi : D3 Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

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

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

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

NB: Setuju dipasitifikas untuk  
mendapatkan data awal/  
keterangan guna menyusun  
proposal penelitian sesuai  
dengan topik yang diangkat  
dan sesuai dengan aturan RUMAH SAKIT  
Padang, 28 Desember 2021

  
dr. Adriani Zanir

  
[ dr. Yuli RAHMI, (kap) ]

INSTALASI RAWAT INAP KEBIDANAN & ANAK  
RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG  
LEMBARAN DISPOSISI

Indek : 320 Tgl Terima : 29/12/21	Rahasia : Segera : Biasa :
Kode Asli/Tembusan	Tanggal Penyelesaian :
Tanggal : 23/12/21 Nomor : 16.01.02/VI.1.3.2/3053/2021 Asal : BIKIN Isi Ringkas : Lem. Survei Awal RU - Pjinta Deputi Rizal	
Instruksi / Informasi	Diteruskan kepada 



Nomor : PP.03.01/00.177/2022  
Perihal : Izin Penelitian

27 Januari 2022

Kepada Yth :  
Direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang  
Di  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin a.n :

NO	N A M A /NIM	JUDUL KTI
1	Synta Deputy Rizal / 193110156	Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung Bawaan di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Wakil I,  
  
Evi Susparta SK.M.M.Kes  
Npt. 106.00918.19860.31.004



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG**



Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127  
Phone : (0751) 32371, 810253, 810264 Fax: (0751) 323731  
Website : www.rsjamil.co.id, E-mail : rsupjamil@yahoo.com

Nomor : LB.01.02/XVI.1.3.21/4474/2022

04 April 2022

Perihal : Izin Melakukan Penelitian  
a.n. Synta Deputy Rizal

Yang terhormat,  
Wadir 1  
Di  
Tempat

Sehubungan dengan surat Wadir 1 Nomor PP.03.01/00557/2022 tanggal 27 Januari 2022 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:

Nama : Synta Deputy Rizal  
NIM/SP : 1911110156  
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

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

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

Dengan catatan sebagai berikut:

1. Penelitian yang bersifat intervensi, harus mendapat persetujuan dari panitia etik penelitian kesehatan dengan dikeluarkannya "Ethical Clearance".
2. Semua informasi yang diperoleh di RSUP Dr. M. Djamil Padang semata-mata digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarkan kepada pihak lain yang tidak berkepentingan.
3. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Bagian Dikti RSUP, Dr. M. Djamil Padang (dalam bentuk CD/soft copy/upload link: [ditk@rsupjamil.com](mailto:ditk@rsupjamil.com)).
4. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

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

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian  
Supervisor Penelitian & Pengembangan



Tembusan:  
1. Instansi Terkait  
2. Yang bersangkutan



TERAKREDITASI KARS  
INTERNASIONAL  
★★★★★

## ASUHAN KEPERAWATAN ANAK

Waktu pengkajian	Hari	Tanggal	Jam
	Senin	11 April 2022	

Rumah sakit/ klinik/ puskesmas	: RSUP. Dr. M.Djamil Padang
Ruangan	: PICU 1
Tanggal masuk RS	: 08 April 2022
No. Rekam Medik	: 01.13.46.94
Sumber informasi	: Keluarga

### I. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA

#### 1. IDENTITAS ANAK

Nama/ panggilan	An.P
Tanggal lahir/ umur	11 Januari 2022/ 3 bulan
Jenis kelamin	Perempuan
Agama	Islam
Pendidikan	-
Anak ke/ jumlah saudara	3/3
Diagnose Medis	Bronkopneumonia + PJB Asianotik (VSD)

#### 2. IDENTITAS ORANGTUA

##### IBU

##### AYAH

Nama	Ny.N	Tn.A
Umur	39th	42th
Agama	Islam	Islam
Suku bangsa	Batam (Jambi)	Sunda
Pendidikan	S1	SMA
Pekerjaan	Guru	Swasta
Alamat	Jl. Muara Jernih Kec. Tabir ulu	

#### 3. IDENTITAS ANGGOTA KELUARGA YANG TINGGAL SERUMAH

No	Nama (inisial)	Usia (bl/th)	Jenis kelamin	Hub. Dg KK	pendidikan	Status kesehatan	ket
1.	An.S	3th	Perempuan	Kakak	-	Sehat	
2.	An.I	2th	Laki-Laki	Kakak	-	Sehat	

### II. RIWAYAT KESEHATAN

KELUHAN UTAMA	An.P masuk melalui IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 08 April 2022 jam 02.00 WIB dini hari dibawa oleh orangtua dengan keluhan sesak nafas sejak 2 hari yang lalu dan semakin meningkat.
---------------	---

<b>1. Riwayat Kesehatan Sekarang</b>	
<p>Pada saat dilakukan pengkajian ke orangtua An.P tanggal 11 april 2022 jam 13.00 WIB Ny.N mengatakan An.P tampak lemah, tampak bertambah sesak saat batuk dan menangis. Ny.N juga mengatakan nafas An.P bertambah sesak saat menyusui, ketika sehat sebelum masuk rumah sakit Ny.N mengatakan An.P sulit untuk menyusu karena lemah saat menghisap dan berat badan An.P menurun dari 4,6 kg menjadi 4,2 kg, pada saat lahir berat badan An.P 2800 gram. An.P tampak lemah dan lesu, tampak gelisah, tampak sesak nafas, pucat, bibir tampak kering, An.P terpasang NGT dan terpasang ventilator. TD= 91/28 mmHg, N= 142x/i, SPO2= 97%, RR= 34x/i ( dibantu dengan ventilator ), Suhu= 36,5°C</p>	
<b>2. Riwayat kesehatan dahulu</b>	
<b>a. Prenatal</b>	
Riwayat gestasi	
HPHT	28/04/2021
Pemeriksaan kehamilan	Ke dokter dan bidan
Frekuensi	Rutin 1x dalam sebulan
Imunisasi HB 0	Ada
Masalah waktu hamil	Plasenta Previa dan Hb rendah = 6
Sikap ibu sewaktu kehamilan	Lebih sensitif
Emosi ibu sewaktu hamil	Labil
Obat- obat yang digunakan	Tablet tambah darah setiap malam
Perokok	Tidak
Alkohol	Tidak
<b>b. Intranatal</b>	
Tanggal persalinan	11 Januari 2022
BBL/PBL	2,8 gram/ 49 cm
Usia gestasi saat lahir	35-36 minggu
Tempat pesalinan	Rumah Sakit
Penolong persalinan	Dokter
Jenis persalinan	SC
penyulit persalinan	Tidak ada
<b>c. Post natal (24 jam)</b>	
APGAR skor	<p>A = 1 ( warna kulit biru pada ekstremitas, warna kulit pink pada tubuh )  P = 1 ( &lt; 100x/menit)  G = 1 ( Bayi meringis atau menangis lemah saat distimulasi )  A = 2 ( Bergerak aktif )  R = 1 ( pernapasan lemah, tidak teratur )  Total : 6</p>
Inisiasi menyusui dini (IMD)	Ada

Kelainan kongenital	Ada
<b>d. Penyakit yang pernah diderita anak</b>	
Ny.N mengatakan An.P sebelumnya pernah dirawat di Rumah Sakit Merangin Jambi dengan diagnosa PJB dan ISPA saat 1 bulan yang lalu.	
<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.N 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:	<p> <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> = Laki-Laki  <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 50%; margin-right: 5px;"></span> = Perempuan  <span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 50%; border: 2px solid black; margin-right: 5px;"></span> = Meninggal  <span style="display: inline-block; width: 0; height: 0; border-left: 5px solid transparent; border-right: 5px solid transparent; border-bottom: 10px solid black; margin-right: 5px;"></span> = Pasien </p>

<b>III. RIWAYAT IMUNISASI</b>		
BCG	Ada	Simpulan: Imunisasi lengkap sesuai usia.
DPT	DPT 1 = Tidak ada DPT 2 = 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.P belum mampu mengamati tangan ( P )</li> <li>- An.P mampu tersenyum spontan ( P )</li> <li>- An.P belum mampu membalas senyum ( F )</li> <li>- An.P mampu menatap wajah ( P )</li> </ul> <p>b. Motorik halus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P belum mampu mengikuti objek ( F )</li> <li>- Kedua tangan An.P belum mampu bersentuhan ( P )</li> <li>- An.P belum mampu menggenggam ( F )</li> </ul> <p>c. Bahasa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P belum mampu berteriak ( F )</li> <li>- An.P belum mampu tertawa ( F )</li> <li>- An.P belum mampu mengatakan doo/aah ( F )</li> <li>- An.P mampu bersuara ( saat menangis ) ( P )</li> </ul> <p>d. Motorik kasar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P belum mampu mengangkat kepala 90° ( F )</li> <li>- An.P belum mampu mengangkat kepala nya ( F )</li> </ul> <p>Kesimpulan :</p> <p>Perkembangan An.P belum sesuai usia nya</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 = 91/28 mmHg, Suhu = 36,5°C, N = 142x/i, SPO2 = 97%, RR= 34x/i ( dibantu dengan ventilator )	

c. posture	<b>BB: 4,2 kg</b> <b>PB/TB: 56 cm</b> Berdasarkan z score : Umur : 3 bulan BB : 4,2 kg PB : 56 cm $BB/U = (-3 SD) - (-2 SD)$ BB kurang $PB/U = (-2 SD) - (-1 SD)$ Normal $BB/PB = (-2 SD) - (-1 SD)$ Normal Berdasarkan z score, An.P mengalami BB kurang
d. kepala	Bentuk : Bulat Kebersihan : Rambut tampak bersih Lingkar kepala: 33 cm Benjolan: Tidak ada Data lain: -
e. mata	Simetris kiri dan kanan Sklera : tidak ikterik Refleks cahaya : positif Konjungtiva : anemis Palpebra : tidak edema
f. hidung	Letak : simetris Pernafasan cuping hidung : ada Kebersihan : bersih Terpasang ventilator
g. mulut	Warna bibit pucat, mukosa bibir kering, tidak ada sianosis, terpasang NGT
h. telinga	Bentuk : simetris kiri dan kanan Kebersihan : tampak bersih Pemeriksaan pendengaran : normal
i. leher	Pembesaran kelenjer getah bening : tidak ada
j. dada	
- thoraks	<b>Inspeksi</b> : Dada kiri tampak meninggi dari dada kanan, terdapat retraksi dinding dada <b>Auskultasi</b> : Ronki <b>Palpasi</b> : Fremitus kiri dan kanan sama <b>Perkusi</b> : Redup
- jantung	<b>Inspeksi</b> : Ictus cordis tidak tampak

	Auskultasi : Murmur halus	
	Palpasi : Ictus cordis teraba 1cm di RIC V mid clavikula sinistra	
k. abdomen	Inspeksi : Tidak tampak benjolan	
	Auskultasi : Bising usus (+)	
	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan	
	Perkusi : Timpani	
	Lingkar perut:	
l. kulit	Turgor : kembali cepat Kelembapan : lembab Warna : pucat	
m. ekstremitas atas	CRT : >2 detik Tampak udem pada jari-jari tangan	
n. ekstremitas bawah	Tidak ditemukan gangguan fungsi gerak, akral teraba hangat	
o. genitalia dan anus	Daerah genitalia dan anus tampak bersih, terpasang kateter	
p. pemeriksaan tanda rangsangan meningeal	Kaku kuduk : negatif Babinsky : negatif Kernig : negatif Brudzinky : negatif	
2. tempramen dan daya adaptasi	-	
	-	
	-	
3. kebiasaan sehari-hari		
a. nutrisi dan cairan	Ny.N mengatakan saat sehat anak diberikan ASI bukan susu formula/susu bantu. Ketika sakit An.P masih tetap diberikan ASI yang dipompa ASI oleh Ny.N sebanyak 4x35cc/jam	
b. istirahat dan tidur	<b>Siang:</b> Sehat Ny.N mengatakan ketika sehat An.P tidur cukup dan normal	<b>Malam:</b> Sehat Ny.N mengatakan ketika sehat An.P tidur cukup
	Sakit Ketika sakit An.P	Sakit Selama dirawat di RS

	tampak gelisah dan susah tidur	An.P sulit tidur dan sering terjaga, paling lama tidur lebih kurang 3 jam
c. eliminasi	<p><b>BAK:</b> Sehat Ny.N mengatakan bahwa setiap harinya anak BAK 5-7x/hari dengan jumlah lebih kurang 500cc</p> <p>Sakit Selama dirawat di RS anak terpasang kateter dan setiap 6jam sekali jumlah urin anak anak lebih kurang 450cc</p>	<p><b>BAB:</b> Sehat Ny.N mengatakan ketika sehat An.P memang jarang BAB, terkadang hanya 1x3 hari</p> <p>Sakit Selama dirawat di RS anak susah BAB, yaitu cuma 2x dan jumlah nya sedikit dengan konsistensi sedikit cair</p>
d. personal hygiene	<p>Ny.N mengatakan selama sehat An.P dimandikan sebanyak 2x sehari</p> <p>Selama dirawat di RS An.P tetap mandi dan dibantu oleh perawat diruangan</p>	
e. aktifitas bermain	<p>Ny.N mengatakan anak tampak lemah dan lebih suka digendong oleh orangtua</p>	
f. rekreasi	-	
<b>VII. DATA PENUNJANG</b>		
Laboratorium	<p>Hasil pemeriksaan rontgen di RS diketahui pasien mengalami VSD <b>11/04/2022</b> Kalsium 7,3 mg/dl =&gt; 8,1-10,4 Natrium 131 mmol/L =&gt; 136-145 Kalium 4,7 mmol/L =&gt; 3,5-5,1 Klorida 97 mmol/L =&gt; 97-111 PCO2 32 mmHg =&gt; 35-45 PO2 50 mmHg =&gt; 83-108</p>	

	<p>HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 31,7 mmol/L =&gt; 21-28  Hemoglobin 7,3 g/dl =&gt; 10,6-16,4  Leukosit 13,44 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> =&gt; 6,0-18,0  Hematokrit 23% =&gt; 35,0-51,0  Trombosit 397 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> =&gt; 150-450  Neutrophil segmen 66% =&gt; 20,0-40,0</p> <p><b>13/04/2022</b></p> <p>Kalsium 8,4 mg/dl =&gt; 8,1-10,4  Natrium 133 mmol/L =&gt; 136-145  Kalium 4,4 mmol/L =&gt; 3,5-5,1  Klorida 100 mmol/L =&gt; 97-111  PCO<sub>2</sub> 71 mmHg =&gt; 35-48  PO<sub>2</sub> 105 mmHg =&gt; 83-108  HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 41,2 mmol/L =&gt; 18-23  Hemoglobin 11,0 g/dl =&gt; 10,4-16,0  Leukosit 13,66 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> =&gt; 6,0-18,0  Hematokrit 34% =&gt; 38,0-48,0  Trombosit 335 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> =&gt; 150-450  Neutrophil segmen 54% =&gt; 18,0-38,0</p>
Terapi medis	<p>Ampicilin 4x200 mg  Ceftriaxone 200mg  KA-EN 1B 163cc/24jam (7cc/jam)  Ambroxol 3x3 mg  Midazolam 12,6 mg dalam NaCl 0,9%  NaCl 3% 31cc  Kcl 8cc  D10% 419 cc  D40% 38 cc</p>

**Perawat Yang Melakukan Pengkajian**

**Synta Deputri Rizal**  
**(NIM: 193110156)**

## 2. Analisa Data

DATA	PENYEBEB	MASALAH
<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny.N mengatakan An.P tampak lelah dan lemah</li> <li>- Ny.N mengatakan nafas An.P bertambah sesak saat batuk dan menangis</li> <li>- Ny.N mengatakan An.P sulit menyusu</li> </ul> <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P tampak lemah dan lesu</li> <li>- An.P tampak pucat</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> <li>- An.P tampak gelisah</li> <li>- Ictus cordis teraba 1cm di RIC 5 midclavícula sinistra</li> <li>- Konjungtiva anemis</li> <li>- TD : 91/28 mmHg</li> <li>- Nadi : 142x/i</li> <li>- RR : 34x/menit ( dibantu dengan ventilator )</li> </ul>	<p>Perubahan Kontraktilitas</p>	<p>Penurunan curah jantung</p>
<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny.N mengatakan nafas An.P bertambah sesak saat menyusu</li> </ul> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P tampak sesak nafas</li> </ul>	<p>Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru</p>	<p>Pola nafas tidak efektif</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pernafasan cuping hidung</li> <li>- Terdengar suara tambahan redup saat di perkusi dan ronki saat di auskultasi</li> <li>- Tampak retraksi dinding dada</li> <li>- An.P terpasang ventilator</li> <li>- RR : 34x/i ( dibantu dengan ventilator )</li> <li>- Nadi : 142x/i</li> </ul>		
<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny.N mengatakan ketika sehat anak sulit untuk menyusui karena lemah saat menghisap</li> <li>- Ny.N mengatakan berat badan An.P menurun dari 4,6 kg menjadi 4,2 kg</li> </ul> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P tampak lemah dan lesu</li> <li>- Mukosa bibir tampak pucat dan kering</li> <li>- BB = 4,2 kg dari 4,6 kg</li> <li>- Berdasarkan z score ( status gizi anak ) :</li> </ul> <p>Umur : 3 bulan  BB : 4,2 kg  PB : 56 cm  BB/U = (-3 SD) – (-2 SD) Gizi kurang</p>	<p>Ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>Resiko defisit nutrisi</p>

<p>PB/U = (-2 SD) – (-1 SD)  Normal  BB/PB = (-2 SD) – (-1 SD) Normal  Berdasarkan z score,  An.P mengalami BB kurang</p>		
---	--	--

### 3. Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan
1	11 April 2022	Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas
2	11 April 2022	Pola nafas tidak efektif b.dPosisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
3	11 April 2022	Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makan

### 4. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... penurunan curah jantung klien teratasi dengan kriteria hasil <b>Curah Jantung :</b> a. Lelah menurun b. Edema menurun c. Dispnea menurun d. Pucat/sianosis menurun e. Batuk menurun f. Murmur jantung	<b>Perawatan jantung (Hal: 317)</b> <b>Observasi:</b> a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) b. Monitor tekanan darah c. Monitor intake

	<p>menurun</p> <p>g. Tekanan darah membaik</p> <p>h. CRT membaik</p>	<p>dan output cairan</p> <p>d. Monitor nilai labor jantung</p> <p>e. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas</p> <p>f. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>a. Posisikan pasien semi fowler/fowler dengan kaki dibawah atau posisi nyaman</p> <p>b. Berikan diet jantung yang sesuai</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>a. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian</p>
--	--	---

		<p>b. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>a. Berikan obat antiaritmia, jika perlu</p>
<p>Pola nafas tidak efektif b.d Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... pasien menunjukkan keefektifan pola nafas dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Pola Nafas :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Dispnea menurun</li> <li>Pernapasan cuping hidung menurun</li> <li>Frekuensi napas membaik</li> <li>Kedalaman napas membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen jalannapas (Hal: 186)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor pola napas(frekuensi, kedalaman,usaha napas)</li> <li>Monitor bunyi napas tambahan (mis. Wheezing, ronkhi kering)</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Posisikan semi fowler atau fowler</li> <li>Berikan oksigen, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari (jika tidak</li> </ol>

<p>Resiko Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... resiko defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Status nutrisi :</b></p> <p>a. Kekuatan otot pengunyah meningkat</p> <p>b. Kekuatan otot menelan meningkat</p> <p>c. Berat badan membaik</p> <p>d. Membran mukosa membaik</p>	<p>kontraindikasi)</p> <p><b>Manajemen nutrisi (Hal: 200)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>a. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</p> <p>b. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogatrik</p> <p>c. Monitor berat badan</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>a. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p><b>Edukasi :</b> Pemberian ASI melalui NGT</p> <p><b>Kolaborasi : -</b></p>
--	---	--

### 5. Implementasi dan Evaluasi

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Senin/ 11 April 2022	Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tekanan darah</li> <li>2. Menghitung frekuensi pernafasan dalam satu menit</li> <li>3. Menghitung frekuensi nadi dalam satu menit</li> <li>4. Mengukur suhu di aksila</li> <li>5. Mendengarkan suara nafas</li> <li>6. Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi</li> <li>7. Mendengarkan suara jantung</li> <li>8. Melakukan</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan An.P tidak mampu menangis dengan kuat</li> <li>- Perawat diruangan mengatakan An.P tampak lemah dan lelah</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P tampak pucat</li> <li>- An.P tampak lemah dan lelah</li> <li>- An.P tampak gelisah</li> <li>- Konjungtiva anemis</li> <li>- Terdengar bunyi murmur halus pada jantung</li> <li>- Ictus cordis teraba jelas 1cm di RIC 5 mid clavicula sinistra</li> <li>- TD = 91/28 mmHg</li> </ul>	

		<p>penilaian capillary refill time</p> <p>9. Membran menginjeksi Ampicilin 4 x 200 mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RR = 34x/i (dibantu dengan ventilator)</li> <li>- Nadi= 142x/i</li> <li>- Suhu= 36,5°C</li> <li>- CRT = &gt;2 detik</li> <li>- An.P mendapat obat ampicilin 4x200 mg</li> </ul> <p><b>A:</b> Penurunan curah jantung</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>Pola nafas tidak efektif b.d Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menghitung pernapasan</li> <li>2.Mendengarkan bunyi nafas</li> <li>3.Mengukur suhu</li> <li>4.Menghitung nadi</li> <li>5.Mengukur tekanan darah</li> <li>6.Menghitung nadi</li> <li>7.Mengukur tekanan darah</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan nafas An.P masih sesak</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P tampak sesak nafas</li> <li>- Tampak pernafasan</li> </ul>	

		8.Menilai CRT 9.Melihat gerakan dinding dada	cuping hidung - An.P terpasang ventilator - Terdengar bunyi nafas ronki - Tampak adanya tarikan dinding dada - TD = 91/28 mmHg - RR = 34x/i (dibantu dengan ventilator) - Nadi= 142x/i - Suhu= 36,5°C - CRT = >2 detik - SPO2= 97% <b>A:</b> Pola nafas tidak efektif  <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan - Monitor TTV - Monitor pola nafas	
--	--	---	--	--

	<p>Resiko Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>1.Mengukur berat badan An.P 2.Memberikan ASI yang telah dipompa oleh orangtua An.P melalui NGT sebanyak 4x30 cc</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan berat badan An.P belum mengalami perbaikan</li> <li>- Perawat diruangan mengatakan An.P masih lemah dan lesu</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P tampak lemah dan lesu</li> <li>- Mukosa bibir An.P tampak pucat dan kering</li> <li>- An.P terpasang NGT</li> <li>- BB = 4,2 kg</li> <li>- An.P mendapatkan ASI sebanyak 4x30 cc</li> </ul> <p><b>A:</b> Resiko defisit nutrisi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor BB</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			- Monitor asupan makanan	
--	--	--	--------------------------	--

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Selasa/ 12 April 2022	Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas	1.Mengukur tekanan darah 2.Menghitung frekuensi pernafasan dalam satu menit 3.Menghitung frekuensi nadi dalam satu menit 4.Mengukur suhu aksila 5.Mendengarkan suara nafas 6.Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi 7.Mendengarkan suara jantung 8.Melakukan penilaian capillary refill time 9.Membantu menginjeksikan Ampicillin 4	<b>S:</b> - Perawat diruangan mengatakan An.P masih tidak mampu menangis dengan kuat - Perawat diruangan mengatakan An.P masih tampak lemah dan lelah <b>O:</b> - An.P masih tampak pucat - An.P masih tampak lemah dan lelah - An.P masih tampak gelisah - Konjungtiva anemis - Terdengar bunyi murmur halus pada	

		x200 mg	<p>jantung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ictus cordis teraba jelas 1cm di RIC 5 mid clavicula sinistra</li> <li>- TD = 78/47 mmHg</li> <li>- RR = 37x/i (dibantu dengan ventilator)</li> <li>- Nadi= 147x/i</li> <li>- Suhu= 35,6°C</li> <li>- CRT = &gt;2 detik</li> <li>- An.P mendapat obat ampicilin 4x200 mg</li> </ul> <p><b>A:</b> Penurunan curah jantung</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>Pola nafas tidak efektif b.d Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menghitung pernapasan</li> <li>2.Mendengarkan bunyi nafas</li> <li>3.Mengukur suhu</li> <li>4.Menghitung nadi</li> <li>5.Mengukur tekanan darah</li> <li>6.Menghitung nadi</li> <li>7.Mengukur tekanan darah</li> <li>8.Menilai CRT</li> <li>9.Melihat gerakan dinding dada</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan nafas An.P masih sesak</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P masih tampak sesak nafas</li> <li>- Tampak pernafasan cuping hidung</li> <li>- An.P terpasang ventilator</li> <li>- Terdengar bunyi nafas ronki</li> <li>- Tampak adanya tarikan dinding dada</li> <li>- TD = 78/47 mmHg</li> <li>- RR = 37x/i (dibantu dengan ventilator)</li> <li>- Nadi= 147x/i</li> <li>- Suhu= 35,6°C</li> <li>- CRT = &gt;2 detik</li> <li>- SPO2 = 98%</li> </ul> <p><b>A:</b> Pola nafas tidak</p>	
--	--	---	--	--

			<p>efektif</p> <p><b>P:</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor pola nafas</li> </ul>	
	<p>Resiko Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>1.Mengukur berat badan An.P</p> <p>2.Memberikan ASI yang telah dipompa oleh orangtua An.P melalui NGT sebanyak 4x30 cc</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan berat badan An.P belum mengalami perbaikan</li> <li>- Perawat diruangan mengatakan An.P masih lemah dan lesu</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P masih tampak lemah dan lesu</li> <li>- Mukosa bibir An.P masih tampak pucat dan kering</li> <li>- An.P terpasang NGT</li> <li>- BB = 4,2 kg</li> <li>- An.P</li> </ul>	

			<p>mendapatkan ASI sebanyak 4x30 cc</p> <p><b>A:</b> Resiko defisit nutrisi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor BB</li> <li>- Monitor asupan makanan</li> </ul>	
--	--	--	--	--

<b>Hari/ Tanggal</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>	<b>Paraf</b>
Rabu/ 13 April 2022	Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas	1.Mengukur tekanan darah 2.Menghitung frekuensi pernafasan dalam satu menit 3.Menghitung frekuensi nadi dalam satu menit 4.Mengukur suhu di aksila 5.Mendengarkan suaranya nafas	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan An.P masih tidak mampu menangis dengan kuat</li> <li>- Perawat diruangan mengatakan An.P masih tampak lemah dan lelah</li> </ul>	

		<p>6.Melihat gerakan dadap pasien saat inspirasi dan ekspirasi</p> <p>7.Mendengarkan suara jantung</p> <p>8.Melakukan penilaian capillary refill time</p> <p>9.Membantu menginjeksikan Ampicillin 4 x 200 mg</p>	<p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P masih tampak pucat</li> <li>- An.P masih tampak lemah dan lelah</li> <li>- An.P masih tampak gelisah</li> <li>- Masih tampak retraksi dinding dada</li> <li>- Konjungtiva anemis</li> <li>- Terdengar bunyi murmur halus pada jantung</li> <li>- Ictus cordis teraba jelas 1cm di RIC 5 mid clavicula sinistra</li> <li>- TD = 72/30 mmHg</li> <li>- RR = 36x/i (dibantu dengan ventilator)</li> <li>- Nadi = 150x/i</li> <li>- Suhu = 36,7°C</li> <li>- CRT = &gt;2 detik</li> <li>- An.P mendapat obat</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			<p>ampicilin 4x200 mg</p> <p><b>A:</b> Penurunan curah jantung</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>Pola nafas tidak efektif b.d Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menghitung pernapasan</li> <li>2.Mendengarkan bunyi nafas</li> <li>3.Mengukur suhu</li> <li>4.Menghitung nadi</li> <li>5.Mengukur tekanan darah</li> <li>6.Menghitung nadi</li> <li>7.Mengukur tekanan darah</li> <li>8.Menilai CRT</li> <li>9.Melihat gerakan dinding dada</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan nafas An.P masih sesak</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P masih tampak sesak nafas</li> <li>- Masih tampak pernafasan cuping hidung</li> <li>- An.P masih terpasang ventilator</li> <li>- Masih terdengar bunyi nafas ronki</li> <li>- Masih</li> </ul>	

			<p>tampak adanya tarikan dinding dada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD = 72/30 mmHg</li> <li>- RR = 36x/i (dibantu dengan ventilator)</li> <li>- Nadi= 150x/i</li> <li>- Suhu= 36,7°C</li> <li>- CRT = &gt;2 detik</li> <li>- SPO2 = 98%</li> </ul> <p><b>A:</b> Pola nafas tidak efektif</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor pola nafas</li> </ul>	
	<p>Resiko Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>1.Mengukur berat badan An.P 2.Memberikan ASI yang telah dipompa oleh orangtua An.P melalui NGT sebanyak 8x40 cc</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan berat badan An.P belum mengalami kenaikan</li> <li>- Perawat diruangan mengatakan An.P masih</li> </ul>	

			<p>lemah dan lesu</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P masih tampak lemah dan lesu</li> <li>- Mukosa bibir An.P masih tampak pucat dan kering</li> <li>- An.P terpasang NGT</li> <li>- BB = 4,2 kg</li> <li>- An.P mendapatkan ASI sebanyak 8x40 cc</li> </ul> <p><b>A:</b> Resikp defisit nutrisi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor BB</li> <li>- Monitor asupan makanan</li> </ul>	
--	--	--	---	--

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Kamis/ 14 April 2022	Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas	1.Mengukur tekanan darah 2.Menghitung frekuensi pernafasan dalam satu menit 3.Menghitung frekuensi nadi dalam satu menit 4.Mengukur suhu aksila 5.Mendengarkan suara nafas 6.Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi 7.Mendengarkan suara jantung 8.Melakukan penilaian capillary refill time 9.Membantu menginjeksikan Ampicillin 4 x200 mg	<b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan An.P masih tidak mampu menangis dengan kuat</li> <li>- Perawat diruangan mengatakan An.P masih tampak lemah dan lelah</li> </ul> <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P masih tampak pucat</li> <li>- An.P masih tampak lemah dan lelah</li> <li>- An.P masih tampak gelisah</li> <li>- Masih tampak retraksi dinding dada</li> <li>- Konjungtiva anemis</li> <li>- Terdengar bunyi murmur halus pada jantung</li> <li>- Ictus cordis teraba jelas</li> </ul>	

			<p>1cm di RIC 5 mid clavícula sinistra</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD = 72/44 mmHg</li> <li>- RR = 34x/i (dibantu dengan ventilator)</li> <li>- Nadi= 131x/i</li> <li>- Suhu= 34,8°C</li> <li>- CRT = &gt;2 detik</li> <li>- An.P mendapat obat ampicilin 4x200 mg</li> </ul> <p><b>A:</b> Penurunan curah jantung</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>	
	Pola nafas tidak efektif b.d Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Menghitung pernapasan</li> <li>2.Mendengarkan bunyi nafas</li> <li>3.Mengukur suhu</li> <li>4.Menghitung nadi</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan nafas An.P masih sesak</li> </ul>	

		<p>5.Mengukur tekanan darah</p> <p>6.Menghitung nadi</p> <p>7.Mengukur tekanan darah</p> <p>8.Menilai CRT</p> <p>9.Melihat gerakan dinding dada</p>	<p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P masih tampak sesak nafas</li> <li>- Masih tampak pernafasan cuping hidung</li> <li>- An.P masih terpasang ventilator</li> <li>- Masih terdengar bunyi nafas ronki</li> <li>- Masih tampak adanya tarikan dinding dada</li> <li>- TD = 72/44 mmHg</li> <li>- RR = 34x/i (dibantu dengan ventilator)</li> <li>- Nadi= 131x/i</li> <li>- Suhu= 36,7°C</li> <li>- CRT = &gt;2 detik</li> <li>- SPO2 = 98%</li> </ul> <p><b>A:</b> Pola nafas tidak efektif</p> <p><b>P:</b> Intervensi</p>	
--	--	---	---	--

			<p>dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor pola nafas</li> </ul>	
	<p>Resiko Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>1.Mengukur berat badan An.P 2.Memberikan ASI yang telah dipompa oleh orangtua An.P melalui NGT sebanyak 8x45 cc</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan berat badan An.P belum mengalami kenaikan</li> <li>- Perawat diruangan mengatakan An.P masih lemah dan lesu</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P masih tampak lemah dan lesu</li> <li>- Mukosa bibir An.P masih tampak pucat dan kering</li> <li>- An.P terpasang NGT</li> <li>- BB = 4,2 kg</li> <li>- An.P mendapatkan ASI sebanyak 8x45 cc</li> </ul> <p><b>A:</b> Resiko defisit nutrisi</p>	

			<b>P:</b> Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor BB</li> <li>- Monitor asupan makanan</li> </ul>	
--	--	--	--	--

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Jum'at/ 15 April 2022	Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas	1.Mengukur tekanan darah 2.Menghitung frekuensi pernafasan dalam satu menit 3.Menghitung frekuensi nadi dalam satu menit 4.Mengukur suhu aksila 5.Mendengarkan suara nafas 6.Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi 7.Mendengarkan suara jantung 8.Melakukan penilaian capillary refill time 9.Membantu	<b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan An.P masih tidak mampu menangis dengan kuat</li> <li>- Perawat diruangan mengatakan An.P masih tampak lemah dan lelah</li> </ul> <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P masih tampak pucat</li> <li>- An.P masih tampak lemah dan lelah</li> <li>- An.P masih tampak gelisah</li> <li>- Masih tampak retraksi</li> </ul>	

		<p>menginjeksikan Ampicillin 4x200 mg</p>	<p>dinding dada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konjungtiva anemis</li> <li>- Terdengar bunyi murmur halus pada jantung</li> <li>- Ictus cordis teraba jelas 1cm di RIC 5 mid clavicula sinistra</li> <li>- TD = 84/53 mmHg</li> <li>- RR = 34x/i (dibantu dengan ventilator)</li> <li>- Nadi= 142x/i</li> <li>- Suhu= 36,9°C</li> <li>- SPO2 = 97%</li> <li>- CRT = &gt;2 detik</li> <li>- An.P mendapat obat ampicilin 4x200 mg</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penurunan curah jantung</li> <li>- Masalah belum teratasi</li> </ul> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan oleh</p>
--	--	---	---

			perawat diruangan	
	Pola nafas tidak efektif b.d Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru	1.Menghitung pernapasan 2.Mendengarkan bunyi nafas 3.Mengukur suhu 4.Menghitung nadi 5.Mengukur tekanan darah 6.Menghitung nadi 7.Mengukur tekanan darah 8.Menilai CRT 9.Melihat gerakan dinding dada	<b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan nafas An.P masih sesak</li> </ul> <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P masih tampak sesak nafas</li> <li>- Masih tampak pernafasan cuping hidung</li> <li>- An.P masih terpasang ventilator</li> <li>- Masih terdengar bunyi nafas ronki</li> <li>- Masih tampak adanya tarikan dinding dada</li> <li>- TD = 84/53 mmHg</li> <li>- RR = 34x/i (dibantu dengan ventilator)</li> <li>- Nadi= 142x/i</li> <li>- Suhu= 36,9°C</li> <li>- SPO2 = 97%</li> <li>- CRT = &gt;2 detik</li> </ul>	

			<p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pola nafas tidak efektif</li> <li>- Masalah belum teratasi</li> </ul> <p><b>P:</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan oleh perawat diruangan</p>	
	<p>Resiko Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>1.Mengukur berat badan An.P 2.Memberikan ASI yang telah dipompa oleh orangtua An.P melalui NGT sebanyak 8x45 cc</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat diruangan mengatakan berat badan An.P belum mengalami kenaikan</li> <li>- Perawat diruangan mengatakan An.P masih lemah dan lesu</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An.P masih tampak lemah dan lesu</li> <li>- Mukosa bibir An.P masih tampak pucat dan kering</li> <li>- An.P terpasang NGT</li> <li>- BB = 4,2 kg</li> <li>- An.P</li> </ul>	

			<p>mendapatkan ASI sebanyak 8x45 cc</p> <p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Resiko defisit nutrisi</li><li>- Masalah belum teratasi</li></ul> <p><b>P:</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan oleh perawat diruangan</p>	
--	--	--	--	--

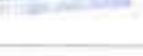
### DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Syma Deputri Rizal

NIM : 193110156

Asal Instansi : Poltekkes Kemenkes RI Padang

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Penyakit Jantung Bawaan Di Irua Kebidanan Dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang

No	Hari/Tanggal	Nama Perawat	Tanda Tangan
1.	Senin / 11 April 2012		Rizal.
2.	Selasa / 12 April 2012		Ja
3.	Rabu / 13 April 2012		Ja
4.	Kamis / 14 April 2012		
5.	Jumat / 15 April 2012		

Mengetahui

Kepala Ruangan



Dr. Rahmadarta, M. Kes. Sp. Keper. An



RSUD DR. M. DJAMIL  
J. Perseki Kecamatan Padang - 20127  
Telp: (0751) 32371, 864253, 830754 Fax: (0751) 32371

Nama : Putri Yasmia Alhuma  
MR :  
Tanggal lahir : 11/01/2022  
(Mohon diisi atau tempelkan stiker jika ada)

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi	Tanda Tangan  NELI ANINDA, S.Pd
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kerannya, dan telah memahaminya	Tanda Tangan  PUTRI YASMIA ALHUMA

\*Bila subjek penelitian tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat.

**PERSETUJUAN IKUT DALAM PENELITIAN**  
Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, nama Neli Aninda S. Pd  
umur 39 tahun, laki-  
laki, perempuan alamat Jl. Muara Jernih kec. Tabir Hulu Kab. Merangin (Jambi)  
dengan ini menyatakan persetujuan untuk menjadi subjek  
penelitian terhadap saya/ Anak saya\*  
bernama Putri Yasmia Alhuma umur 3 tahun wanita laki-  
laki, perempuan alamat Jl. Muara Jernih kec. Tabir Hulu Kab. Merangin

Saya memahami perlunya dan manfaat penelitian tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Jika terjadi komplikasi, maka peneliti akan memberikan pengobatan/tindakan yang akan ditanggung oleh peneliti. Partisipasi saya untuk ikut serta dalam penelitian ini sepenuhnya bersifat sukarela. Jika sayamenolak berpartisipasi, hal ini tidak akan mengganggu hubungan sayadengan dokter yang meneliti, tetap dilayani dan mendapat pengobatan sebagaimana mestinya. Semua data pribadi dan hasil pemeriksaan sayaakan dijaga kerahasiaannya. Informasi penelitian ini akan disimpan oleh peneliti dan diperlakukan sebagai data rekam medis yang dijaga kerahasiaannya. Dan saya/keluarga telah diberi infoemasi cara mendapatkan akses ke penelitian yang relevan dengan kebutuhan pengobatan saya.  
Rabu tanggal 13/01/2022 pukul 16.26

Yang menyatakan*	Peneliti	Salah 1	Saksi II
(NELI ANINDA S.Pd)	(Synta Deputri Rizal)	(PUTRI YASMIA ALHUMA)	(NELI ANINDA S.Pd)



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG**



Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127  
Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax: (0751) 323731  
Website : www.rsdjamil.co.id, E-mail : ruspjamil@yahoo.com

**SURAT KETERANGAN  
LB.01.02/XVI.1.3.2/5/IV/2022**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Adnan Zani  
NIP : 197309112008012008  
Jabatan : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Syntia Depuiri Rizal  
NIMBP : 1931110156  
Instansi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di Ruang PICU 1 RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 11 April 2022 s/d 15 April 2022, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :

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

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sepenuhnya.

Padang, 27 Mei 2022

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian  
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan



TERAKREDITASI KARS  
★★★★★