



**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**NAJMATUL ASRIAH**  
**NIM : 203110141**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2023**



**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN PENYAKIT  
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**

**NAJMATUL ASRIAH  
NIM : 203110141**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2023**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung Bawaan di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang”**. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Diploma III pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes RI Padang. Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan hingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikannya. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Ns. Hj. Tisnawati, S.Kep, S.St, M.Kes selaku pembimbing I dan Ibu Ns. Hj. Delima, S.Pd, S.Kep, M.Kes selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang.
3. Bapak DR. dr. H. Yusirwan Yusuf, Sp.B, Sp.BA (K) MARS selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang dan staf Rumah Sakit yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan peneliti.
4. Bapak Tasman, S.Kp,M.Kep. Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang.
5. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang.
6. Ibu Nova Yanti, M.Kep, Sp. Kep. MB selaku Pembimbing Akademik yang banyak membantu dalam masa perkuliahan.
7. Bapak Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan di Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang.

8. Teristimewa kepada orang tua dan saudara-saudara peneliti yang telah memberikan semangat dan dukungan baik secara material maupun moral kepada peneliti dalam meraih cita-cita yang tak dapat ternilai dengan apapun.
9. Teman-teman jurusan D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang yang seperjuangan, serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah sama-sama berjuang dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Peneliti menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum sempurna, oleh karena itu peneliti mengharapkan kritikan dan saran yang bersifat membangun dari berbagai pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata, peneliti berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, 11 Mei 2023

Peneliti

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini disetujui oleh:

|               |  |
|---------------|--|
| Nama          | : Najwanil Anisah  |
| NIM           | : 203110141  |
| Program Studi | : D-III Keperawatan Padang   |
| Judul KTI     | : Analisis Keperawatan pada Anak dengan Penyakit<br>Jantung Bawaan di IBNA Kebidanan dan Anak<br>RSUP Dr. M. Djamil Padang |

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.

### DEWAN PENGUJI

|               |  |   |
|---------------|--|---|
| Ketua Penguji | : Ns. Zolli Amuly Hida, S. Kep, M. Kep | (  ) |
| Penguji 1     | : Dr. Hj. Mouni Lidya, S.Kp, M. Biomed | (  ) |
| Penguji 2     | : Ns. Hj. Timawati, S.Kep, S.St, M.Kes | (  ) |
| Penguji 3     | : Ns. Hj. Dirlina, S.Pi, S.Kep, M. Kep | (  ) |
| Ditutupkan di | : Poltekkes Kemenkes Padang            |   |
| Tanggal       | : 22 Mei 2023                          |   |

Mengetahui,  
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang



Ns. Yessi Faditvanti, M. Kep  
NIP. 19750121 199903 2 005

LEMBAR PERSetujuan  
Karya Tulis Ilmiah

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung Bawaan di IRNA Kabupaten dan Anak RSUD Dr. M. Djamil Padang" ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan Dosen Penguji Sebagai Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.

Padang, 22 Mei 2023

Menyempatkan,

Pembimbing I



Ns. Hj. Thinnahati, S.St, S.Kep, M.Kes  
NIP. 19650716 198003 2 002

Pembimbing II



Ns. Hj. Dirlina, S.Pd, S.Kep, M.Kes  
NIP. 19680418 198803 2 001

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang  
Politeknik Kesehatan RI Padang



Ns. Yenni Fadriyanti, M.Kep  
NIP. 19750121 199003 2 005

## LEMBAR ORISINALITAS

Karya Tulis ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Najmatul Azzah

NIM : 203110141

Tanda Tangan :



Tanggal : 11 Mei 2021

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Najmatul Asriah  
NIM : 203110141  
Tempat/Tanggal Lahir : Mungo, 29 Juni 2000  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Kawin  
Alamat : Bukik Gombak Situak  
Nama Orang Tua  
Ayah : Edi Maizar  
Ibu : Yusmet

### Riwayat Pendidikan

| NO | Jenis Pendidikan | Tempat Pendidikan                          | Tahun Ajaran |
|----|------------------|--|--------------|
| 1  | TK               | TK Almunawarah                             | 2006-2007    |
| 2  | SD               | SDN O6 Mungo                               | 2007-2013    |
| 3  | SMP              | SMPN 1 Kec. Luak                           | 2013-2016    |
| 4  | SMA              | SMAN 1 Kec. Lareh Sago Halaban             | 2016-2019    |
| 5  | Perguruan Tinggi | Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang | 2020-2023    |



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

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2023  
Najmatul Asriah**

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

**Isi : xiii + 119 Halaman + 1 Tabel + 1 Bagan + 14 Lampiran**

**ABSTRAK**

Penyakit Jantung Bawaan (PJB) merupakan salah satu penyebab kematian terbanyak pada bayi dan anak. PJB berdampak terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak, serta aktifitas sehari-hari yang tidak bisa ditoleransi dengan kondisi tubuh anak. PJB apabila tidak ditangani dengan baik dapat menimbulkan beberapa komplikasi seperti gagal jantung kongestif, renjatan kardiogenik, aritmia, infeksi paru, endokarditis bakterialis, hipertensi pulmonal, tromboemboli, abses otak, serta henti jantung. Di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2021 terdapat 42 orang anak yang dirawat dengan PJB. Tujuan penelitian untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada anak dengan PJB.

Desain penelitian deskriptif dengan metode studi kasus, dilakukan di ruang PICU IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang dari bulan November 2022 sampai Mei 2023 dan pelaksanaan penelitian tanggal 28 Maret sampai 02 April 2023. Populasi penelitian seluruh pasien anak dengan Penyakit Jantung Bawaan. Sampel diambil satu orang anak dengan cara *purposive sampling*. Instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian keperawatan anak dimulai dari anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi, dan studi dokumentasi. Analisis penelitian adalah membandingkan hasil penelitian dengan teori.

Hasil penelitian pada An. A (7 tahun) ditemukan anak tampak sesak napas, pucat, lemas, lelah, lesu, sianosis pada bibir, lidah, dan jari-jari, *clubbing finger* pada kuku jari, batuk berdahak dan pilek, anak tampak kurus dan berat badan kurang. Diagnosa yang diangkat pada partisipan ada 5. Sedangkan diagnosa utama yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari, beberapa masalah keperawatan belum teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan, sehingga intervensi masih dilanjutkan oleh perawat diruangan dengan memonitor status kardiovaskuler anak.

Diharapkan perawat diruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk melakukan asuhan keperawatan dengan cara meningkatkan pelayanan keperawatan agar mempermudah proses penyembuhan.

**Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Anak, Penyakit Jantung Bawaan  
Daftar Pustaka: 56 (2012-2023)**

## DAFTAR ISI

|   |             |
|---|-------------|
| <b>HALAMAN JUDUL .....</b>                                      | <b>i</b>    |
| <b>KATA PENGANTAR.....</b>                                      | <b>ii</b>   |
| <b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>                                  | <b>iv</b>   |
| <b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>                                 | <b>v</b>    |
| <b>LEMBAR ORISINALITAS .....</b>                                | <b>vi</b>   |
| <b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....</b>                               | <b>vii</b>  |
| <b>ABSTRAK .....</b>  | <b>viii</b> |
| <b>DAFTAR ISI .....</b>   | <b>ix</b>   |
| <b>DAFTAR BAGAN.....</b>  | <b>xi</b>   |
| <b>DAFTAR TABEL .....</b>                                       | <b>xii</b>  |
| <b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>                                    | <b>xiii</b> |
| <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.....  | 11          |
| 3. Klasifikasi .....  | 12          |
| 4. Patofisiologi .....  | 16          |
| 5. WOC .....  | 22          |
| 6. Manifestasi Klinis .....                                     | 24          |
| 7. Respon Tubuh .....   | 26          |
| 8. Komplikasi .....   | 28          |
| 9. Penatalaksanaan .....  | 30          |
| B. Konsep Asuhan Keperawatan Kasus Penyakit Jantung Bawaan .... | 35          |
| 1. Pengkajian Keperawatan.....                                  | 35          |
| 2. Diagnosa Keperawatan.....                                    | 41          |

|   |     |
|---|-----|
| 3. Perencanaan Keperawatan .....              | 42  |
| 4. Implementasi Keperawatan .....             | 61  |
| 5. Evaluasi Keperawatan .....                 | 62  |
| <b>BAB III METODE PENELITIAN</b>              |     |
| A. Jenis dan Desain Penelitian .....          | 63  |
| B. Tempat dan Waktu Penelitian .....          | 63  |
| C. Populasi dan Sampel .....                  | 63  |
| D. Alat atau Instrumen Pengumpulan Data ..... | 65  |
| E. Teknik dan Prosedur Pengumpulan Data ..... | 66  |
| F. Jenis-Jenis Data .....                     | 68  |
| G. Analisis Data .....                        | 69  |
| <b>BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS</b>  |     |
| A. Deskripsi Kasus .....                      | 70  |
| 1. Pengkajian Keperawatan .....               | 70  |
| 2. Diagnosa Keperawatan .....                 | 74  |
| 3. Intervensi Keperawatan .....               | 76  |
| 4. Implementasi Keperawatan .....             | 79  |
| 5. Evaluasi Keperawatan .....                 | 81  |
| B. Pembahasan Kasus .....                     | 83  |
| 1. Pengkajian Keperawatan .....               | 83  |
| 2. Diagnosa Keperawatan .....                 | 90  |
| 3. Intervensi Keperawatan .....               | 99  |
| 4. Implementasi Keperawatan .....             | 104 |
| 5. Evaluasi Keperawatan .....                 | 111 |
| <b>BAB V PENUTUP</b>                          |     |
| A. Kesimpulan .....                           | 117 |
| B. Saran .....                                | 118 |
| <b>DAFTAR PUSTAKA</b>                         |     |
| <b>LAMPIRAN</b>                               |     |

## DAFTAR BAGAN

|  |    |
|--|----|
| Gambar 2.1 WOC Penyakit Jantung Bawaan ..... | 22 |
|--|----|

## DAFTAR TABEL

|   |    |
|---|----|
| Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan ..... | 42 |
|---|----|

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Gantt Chart Kegiatan Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 2. Lembar Perbaikan Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 3. Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I
- Lampiran 4. Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II
- Lampiran 5. Surat Izin Pengambilan Data dari Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 6. Surat Izin Pengambilan Data dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 7. Surat Izin Penelitian dari Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 8. Surat Keterangan Lolos Kaji Etik dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 9. Surat Izin Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 10. Surat Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 11. Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 12. Dokumentasi Kegiatan Penelitian
- Lampiran 13. Surat Selesai Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 14. Laporan Asuhan Keperawatan Anak dengan PJB

# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Penyakit jantung bawaan (PJB) merupakan penyakit jantung yang dibawa sejak lahir, karena sudah terjadi ketika bayi masih dalam kandungan (Widiastuti, dkk, 2022). PJB atau dikenal dengan nama penyakit jantung kongenital adalah penyakit dengan kelainan pada struktur jantung atau fungsi sirkulasi jantung yang dibawa dari lahir yang terjadi akibat adanya gangguan atau kegagalan perkembangan struktur jantung pada fase awal perkembangan janin (Khotimah, dkk, 2022). PJB membutuhkan penanganan yang kompleks dan tepat pada saat bayi mulai terdiagnosa. Apabila tidak ditangani dengan baik, maka bayi tersebut akan memiliki angka harapan hidup yang rendah (Fitria, Neneng, dkk, 2022). PJB merupakan penyebab kematian tersering dari seluruh kelainan bawaan, terjadi sekitar 8 dari 1000 kelahiran hidup. Angka kematian terjadi dalam 6 bulan pertama kehidupan, dan 80% kematian terjadi pada usia 1 tahun (Kemenkes, 2022).

Penyakit jantung bawaan secara garis besar diklasifikasikan menjadi dua kelompok yaitu PJB asianotik dan sianotik. PJB asianotik merupakan penyakit jantung bawaan yang tidak disertai dengan warna kebiruan pada mukosa tubuh. Kelainan yang termasuk kepada PJB asianotik yaitu *Ventricular Septal Defect* (VSD), *Atrial Septal Defect* (ASD), *Patent Ductus Arteriosus* (PDA), *Aortic Stenosis* (AS), dan *Stenosis Pulmonal* (SP). Sedangkan PJB sianotik merupakan penyakit jantung bawaan yang disertai warna kebiruan pada mukosa tubuh. Kelainan yang termasuk kepada PJB sianotik yaitu *Tetraloggi of Fallot* (TF), dan *Transposisi Arteri Besar* (TAB), (Susilaningrum, dkk, 2013).

Kelainan jantung bawaan dapat disebabkan oleh gangguan perkembangan sistem kardiovaskuler pada embrio yang diduga karena adanya faktor endogen dan eksogen. Hipoksia janin juga merupakan penyebab terjadinya penyakit jantung bawaan pada anak yang akan mengakibatkan anak mengalami duktus

arteriousus persisten (Ngastiyah, 2014). Faktor yang berpotensi sebagai penyebab penyakit jantung bawaan yaitu infeksi virus pada ibu hamil (misalnya campak jerman atau rubela), obat-obatan atau jamuan, dan alkohol (Widiastuti, dkk, 2022).

Penelitian yang dilakukan oleh Dr. Dash, Manju, dkk (2014) yang berjudul *“Effect of Delayed Cord Clamping on Hemoglobin Level among Newborn in Rajiv Gandhi Government Women & Children Hospital, Puducherry”* mendapatkan hasil bahwa ada perbedaan signifikan antara kadar hemoglobin 24 jam setelah bayi lahir. Antara bayi yang diberikan intervensi penundaan pemotongan tali pusat memiliki kadar hemoglobin yang lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang segera dilakukan pemotongan tali pusat. Menurut Sodikin (2012), penundaan pemotongan tali pusat sekitar 1-2 menit dapat meningkatkan jumlah darah yang dialirkan ke bayi baru lahir sehingga dapat mencegah rendahnya Hb dalam periode neonatal, terutama pada bayi baru lahir prematur yang disertai berat lahir rendah. Para ahli WHO menyimpulkan bahwa pada persalinan normal tidak ada indikasi untuk melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat dini, disarankan untuk menunda penjepitan dan pemotongan tali pusat lebih kurang 1-2 menit untuk memungkinkan proses fisiologis yang alami, dimana penundaan dan pemotongan tali pusat tidak meningkatkan terjadinya perdarahan post partum.

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 seringkali 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 neonatus (Sudarti, 2012).



Tanda dan gejala dari PJB sangat bervariasi tergantung dari jenis, tipe dan keparahan dari kerusakan jantung (Soemantri, 2012). Gejala pada pasien PJB menunjukkan tanda-tanda yang nonspesifik maupun spesifik, seperti tanda serius yang terjadi selama masa bayi yaitu berupa sianosis, tidak mau makan, sesak nafas, nadi kecil, sering terjadi infeksi *traktus respiratorius* (keringat berlebihan), keluhan berdebar-debar, dan pertumbuhan terganggu (Widiastuti, dkk, 2022).

Dampak PJB terhadap angka kematian bayi dan anak cukup tinggi sehingga diperlukan tatalaksana penyakit jantung bawaan yang cepat, tepat, dan spesifik (Kasron, 2016). PJB pada anak jika dibiarkan akan menimbulkan beberapa komplikasi seperti gagal jantung kongestif, renjatan kardiogenik, aritmia, infeksi paru, endokarditis bakterialis, hipertensi, hipertensi pulmonal, tromboemboli dan abses otak serta henti jantung (Ngastiyah, 2014). PJB pada anak, terutama yang sianotik dapat mengakibatkan kegawatan apabila tidak ditangani dengan benar, seperti terjadinya gagal jantung dan serangan sianosis (*sianotic spell*), (Susilaningrum, dkk, 2013). Sebagian anak yang menderita PJB dapat tumbuh dan berkembang secara normal. Namun pada beberapa kasus yang spesifik seperti VSD, ASD, dan TF pertumbuhan fisik anak terganggu terutama berat badannya karena keletihan selama makan dan peningkatan kebutuhan kalori sebagai akibat dari kondisi penyakit. Anak terlihat kurus dan mudah sakit, terutama karena infeksi saluran napas. Sedangkan untuk perkembangannya yang sering mengalami gangguan yaitu aspek motoriknya karena ketidakadekuatan nutrient pada tingkat jaringan, sehingga anak perlu mendapatkan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan yang cukup (Susilaningrum, dkk, 2013).

*World Health Organization* (WHO) tahun 2022, menjelaskan bahwa sebanyak 240.000 bayi baru lahir meninggal di seluruh dunia dalam waktu 28 hari setiap tahun karena cacat lahir. Cacat lahir menyebabkan lebih dari 170.000 kematian anak-anak antara usia 1 bulan sampai 5 tahun. Sembilan dari sepuluh anak yang lahir dengan cacat serius berada di negara berpenghasilan rendah dan

menengah. Cacat lahir parah yang lebih umum yaitu cacat jantung, cacat tabung saraf, dan *sindrom down*. Penyebab utama kematian pada anak balita diantaranya yaitu komplikasi kelahiran premature, pneumonia, komplikasi terkait intrapartum, diare, dan kelainan bawaan.

Insiden PJB bervariasi diberbagai negara dengan insiden berkisar antara 4 hingga 50 per 1000 kelahiran hidup (Khasawneh, 2020). Menurut (CDC, 2022) kejadian PJB di Amerika Serikat adalah sekitar 1% atau 10 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan pada sebuah tinjauan sistematis dan laporan meta-analisis menunjukkan kejadian di Asia sekitar 9,3/ 1000 kelahiran hidup. *American Heart Association* (AHA) tahun 2016 menyatakan PJB terjadi pada 1% kelahiran hidup dengan prevalensi yang sama diseluruh dunia, diperkirakan seperempat dari 40.000 anak yang lahir dengan PJB.

Federasi Jantung Dunia (2014) menyebutkan bahwa angka kematian akibat penyakit jantung di Indonesia yaitu 17,1 juta orang (19%) dari total kematian tiap tahunnya. Yayasan Jantung Indonesia (2013) mengatakan prevalensi penyakit jantung di Indonesia 7-12% pertahun, artinya ada 16,8 juta penduduk mengidap penyakit jantung dari 240 juta penduduk Indonesia. Angka kejadian PJB baik dinegara maju maupun di negara berkembang hampir sama, yakni sekitar 6 sampai 10 per 1000 kelahiran hidup (Ngastiyah, 2014). Penyakit jantung kongenital ditemukan pada 8 sampai 10 bayi setiap 1000 kelahiran hidup. Perkiraan angka PJB di Indonesia yaitu 50.000 bayi dari angka kelahiran 2,3% penduduk Indonesia (Fitria, Neneng, dkk, 2022).

PJB menjadi masalah yang tinggi di Indonesia. Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskler Indonesia (PERKI) mengatakan bahwa 80.000 bayi lahir dengan PJB di Indonesia pada tahun 2018, dan seperempat dari bayi-bayi tersebut lahir dengan PJB kritis. PJB terjadi pada 8 – 10 bayi diantara 1000 bayi yang lahir hidup setiap tahunnya, dengan angka kematian di RS. Dr. Sutomo pada tahun 2005-2006 berturut-turut 11,6%, 11,35%, dan 13,44% (Hariyanto, 2016).

Data dari laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Nasional pada tahun 2018 didapatkan prevalensi penyakit jantung pada anak di Indonesia yaitu sebesar (1,2%) dengan karakteristik jenis kelamin prevalensi laki-laki (1,3%) dan prevalensi perempuan (1,6%). Didapatkan provinsi tertinggi yang banyak menderita penyakit jantung yaitu provinsi Kalimantan Utara dengan prevalensi (2,2%), tertinggi kedua yaitu provinsi DI Yogyakarta dan Gorontalo dengan prevalensi (2,0%), dan disusul provinsi Sulawesi Tengah dengan prevalensi (1,9%). Dari hasil tersebut didapatkan prevalensi penyakit jantung diseluruh Indonesia yaitu sebesar (1,5%).

Data dari laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Provinsi Sumatera Barat pada tahun 2018 didapatkan prevalensi penyakit jantung pada anak di Sumatera Barat yaitu sebesar (1,56%) dengan karakteristik jenis kelamin laki-laki (1,48%) dan perempuan (1,69%). Prevalensi penyakit jantung pada anak yang tidak atau belum sekolah yaitu (1,66%). Dari laporan tersebut tercatat sebanyak 1.121.423 kasus anak dibawah umur 14 tahun dengan penyakit jantung. Prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter di Provinsi Sumatera Barat yaitu sebesar 1,6% dari total penduduk.

RSUP Dr. M. Djamil Padang merupakan rumah sakit pusat rujukan dari rumah sakit tersier yang ada di daerah Sumatera Barat. Berdasarkan hasil data dari Rekam Medik RSUP Dr. M. Djamil Padang, didapatkan jumlah pasien anak yang dirawat dengan penyakit jantung bawaan pada tahun 2017 sebanyak 64 orang, tahun 2018 sebanyak 28 orang, tahun 2019 sebanyak 39 orang, tahun 2020 sebanyak 27 orang, dan pada tahun 2021 mengalami kenaikan yaitu sebanyak 42 orang rawat inap dan 98 orang rawat jalan. Berdasarkan data dari Rekam Medik didapatkan rata-rata umur anak yang mengalami PJB yaitu kurang dari satu tahun (RM, 2021). Hal tersebut membuktikan bahwa kejadian PJB cukup tinggi khususnya di Provinsi Sumatera Barat sehingga penting untuk dilakukan tatalaksana komprehensif bagi penderitanya.

Kumala, dkk (2018) dalam penelitiannya di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah menemukan 43 pasien anak yang menderita penyakit jantung bawaan asianotik dalam rentang waktu November 2016 sampai April 2017. Ditemukan anak yang menderita VSD sebanyak 22 anak (51,2%), PDA sebanyak 15 anak (34,9%), dan ASD sebanyak 6 anak (14%). Manifestasi klinik yang ditemukan pada anak yang menderita penyakit jantung bawaan asianotik yaitu sesak, sulit minum, batuk, kebiruan, dan berkeringat.

Manopo, dkk (2018) dalam penelitiannya di RSUP Prof. Dr. R.D Kanduo Manado dalam rentang waktu 2013 sampai 2017 mendapatkan dari 27 pasien anak yang menderita penyakit jantung bawaan, ditemukan 24 bayi (88,89%) mengalami PJB non sianotik, sedangkan PJB sianotik berjumlah 3 bayi (11,11%) dengan angka kejadian terbanyak pada *atrial septal devek* (ASD) yang berjumlah 17 bayi (62,96%). Penyakit jantung bawaan paling banyak terjadi pada bayi yang berjenis kelamin laki-laki yang berjumlah 18 bayi (66,67%). Gejala klinis yang sering muncul yaitu sesak napas (48,15%), dan diagnosis penyerta terbanyak yaitu pneumonia (48,15%).

Nurain (2015) dalam penelitiannya menemukan 55 pasien anak yang menderita penyakit jantung bawaan di RSUP Dr.M Djamil Padang dari Januari 2010 sampai Mei 2012. Mayoritas penderita PJB adalah perempuan (61,8%), dan kelompok umur yang terbanyak yaitu kurang dari 1 tahun (56,4%). Jenis PJB terbanyak adalah TF (21,8%), dengan gejala yang sering dijumpai adalah sesak napas (50,9%). Sebanyak (34,5%) penderita PJB memiliki penyakit kongenital lain, dengan penyakit nonsindroma terbanyak adalah atresia ani dan omfalokel dengan masing-masing (22,2%), dan penyakit sindroma terbanyak adalah *sindrom down* (40%). Anak penderita PJB juga mengalami gagal tumbuh dengan persentase (49,1%).

Hermawan (2018), dalam penelitiannya di RSUP Dr. M. Djamil Padang menemukan sebanyak 85 pasien yang menderita penyakit jantung bawaan yang di rawat inap dari Januari 2013 sampai Desember 2015. Ditemukan jenis

penyakit jantung bawaan terbanyak yaitu VSD dengan hasil (40,00%). Sedangkan usia terbanyak terjadi pada kelompok umur besar dari 1 tahun dengan persentase (50,59%). Pasien terbanyak dengan jenis kelamin laki-laki dengan persentase (54,15%). Status gizi pasien penyakit jantung bawaan didominasi oleh gizi kurang dengan persentase (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 dari pada PJB asianotik.

Fitria, Neneng, dkk (2022) mengatakan peran perawat anak yaitu sebagai pemberi asuhan keperawatan yaitu memenuhi kebutuhan dasar pasien. Dan juga sebagai edukator, perawat dapat berperan secara langsung maupun tidak langsung seperti memberikan penyuluhan dan edukasi kesehatan kepada orang tua anak sehingga orang tua dapat memahami tentang pengobatan anaknya. Selain itu perawat juga berperan sebagai kolaborator, yaitu perawat melakukan koordinasi dan kolaborasi antar disiplin, dan juga kolaborasi dengan tim kesehatan yang lainnya dalam pengobatan dan pemulihan pasien penyakit jantung bawaan yang tujuannya agar terlaksananya asuhan keperawatan yang holistic dan komprehensif dalam pengobatan dan pemulihan pasien penyakit jantung bawaan.

Peran perawat terhadap anak yang mengalami penyakit jantung bawaan yaitu dapat memberikan edukasi penyuluhan dan pendampingan mengenai pentingnya kecukupan gizi kepada orang tua yang mempunyai anak dengan penyakit jantung bawaan, dan dapat memberikan pendidikan kesehatan tentang cara mengurangi gejala yang ditimbulkan seperti hipoksia spell yang ditandai dengan sianosis dengan memberikan posisi lutut ke dada (*knee chest position*) yang gunanya untuk menaikkan saturasi oksigen pada darah sehingga sesak yang dirasakan berkurang, perawat perlu memberitahukan tanda yang harus diwaspadai saat kondisi anak makin memburuk, dan perawat juga perlu memberikan dukungan moral kepada pasien untuk tetap semangat dalam

menjalani program pengobatan hingga akhir. Serta perawat dapat 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, mencegah terjadinya infeksi dengan selalu menjaga dan melakukan kebersihan *hand hygiene*, dan memberikan obat sesuai dengan terapi (Ngastiyah, 2014).

Survey awal yang dilakukan pada tanggal 05 Desember 2022 diruang HCU IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang didapatkan satu orang bayi berusia 10 bulan dengan diagnosa penyakit jantung bawaan asianotik (PDA) + Bronkopneumonia dengan waktu rawatan hari ke-5. Berdasarkan hasil observasi ditemukan anak tampak lemah, nafas cuping hidung, bibir tampak membiru saat menangis, dan tampak sesak. Diagnosa yang ditegakkan pada bayi tersebut yaitu penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, dan defisit nutrisi. Sedangkan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat ruangan yaitu memberikan oksigen binasal, mengatur posisi pasien, dan memberikan obat sesuai terapi.

Saat dilakukan wawancara, orang tua pasien mengatakan anaknya dilahirkan di Rumah Sakit ditolong oleh dokter melalui operasi sesar. Usia kehamilan saat lahir yaitu 38 minggu dengan berat badan (BB) lahir anak 2700 gr, dan panjang badan (PB) 47 cm. Anak diketahui mengalami PJB sejak satu bulan sebelum masuk rumah sakit, yaitu pada bulan November 2022, dan sampai saat ini anak belum mampu duduk sendiri, nafsu makan anak kurang, serta anak baru sekali mendapatkan imunisasi yaitu imunisasi hepatitis B (HB-0) saat lahir. Berdasarkan data dari buku status pasien didapatkan data bahwa pasien telah dilakukan pemeriksaan *echocardiography* pada tanggal (21 November 2022) dengan hasil PDA 3 MM, MR mild moderate. Berdasarkan standar antropometri penilaian status gizi anak didapatkan data bahwa pasien mengalami gizi kurang, berat badan sangat kurang, dan pasien tergolong pendek berdasarkan usianya.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti menerapkan asuhan keperawatan pada anak dengan kasus penyakit jantung bawaan di ruang IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023.

## **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 ruang IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada anak dengan kasus penyakit jantung bawaan di ruang IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pada anak dengan kasus penyakit jantung bawaan di ruang IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023.
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada anak dengan kasus penyakit jantung bawaan di ruang IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023.
- c. Mampu mendeskripsikan intervensi keperawatan pada anak dengan kasus penyakit jantung bawaan di ruang IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023.
- d. Mampu mendeskripsikan implementasi keperawatan pada anak dengan kasus penyakit jantung bawaan di ruang IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023.
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada anak dengan kasus penyakit jantung bawaan di ruang IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Peneliti**

Dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit jantung bawaan di ruang IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023.

##### **2. Bagi Rumah Sakit**

Hasil penelitian ini nantinya dapat memberikan sumbangan pikiran bagi pemberi pelayanan kesehatan, baik pimpinan maupun perawat pelaksana di RSUP Dr. M. Djamil Padang, sehingga dapat membantu meningkatkan pelayanan kesehatan terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit jantung bawaan di ruang IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.

##### **3. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes RI Padang**

Diharapkan dapat memberikan tambahan informasi kepada institusi pendidikan dan dijadikan sebagai data dasar dan bahan perbandingan oleh mahasiswa prodi D-III Keperawatan untuk peneliti selanjutnya, khususnya tentang penerapan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit jantung bawaan di ruang IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang.



## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

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

#### **1. Pengertian Penyakit Jantung Bawaan**

Penyakit jantung bawaan (PJB) merupakan penyakit jantung yang dibawa sejak lahir, karena sudah terjadi ketika bayi masih dalam kandungan (Widiastuti, dkk, 2022). Kelainan jantung bawaan yaitu kelainan yang disebabkan oleh gangguan perkembangan sistem kardiovaskuler pada embrio yang diduga karena adanya faktor endogen dan eksogen (Ngastiyah, 2014).

Penyakit jantung bawaan (PJB) atau dikenal dengan nama penyakit jantung kongenital adalah penyakit dengan kelainan pada struktur jantung atau fungsi sirkulasi jantung yang dibawa dari lahir yang terjadi akibat adanya gangguan atau kegagalan perkembangan struktur jantung pada fase awal perkembangan janin (Khotimah, dkk, 2022). Penyakit jantung bawaan (PJB) merupakan sekumpulan malformasi struktur jantung atau pembuluh darah besar yang telah ada sejak lahir (Majid, 2018).

#### **2. Etiologi Penyakit Jantung Bawaan**

Kelainan jantung bawaan merupakan gangguan perkembangan jantung yang diduga terjadi pada masa embrio yang dapat disebabkan oleh TORCH (Toxoplasmosis, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes) yang diderita oleh ibu, pemakaian obat-obatan, dan terkena sinar radiasi (Susilaningrum, dkk, 2013). Penyebab penyakit jantung kongenital yaitunya berkaitan dengan kelainan perkembangan embrionik, pada usia lima sampai delapan minggu, jantung dan pembuluh darah besar dibentuk. Sedangkan gangguan perkembangan diduga disebabkan oleh faktor-faktor prenatal seperti infeksi ibu pada trimester pertama (Majid, 2018).

Menurut (Aspiani, 2017), penyebab terjadinya penyakit jantung bawaan belum diketahui secara pasti, tetapi terdapat beberapa faktor yang diduga

memiliki pengaruh pada peningkatan angka kejadian penyakit jantung bawaan, yaitu faktor prenatal dan faktor genetik.

- a. Faktor Prenatal, meliputi:
  - a) Ibu yang menderita penyakit infeksi rubella.
  - b) Ibu yang mengkonsumsi alkohol selama masa kehamilan.
  - c) Usia ibu yang lebih dari 40 tahun.
  - d) Ibu yang menderita penyakit Diabetes Melitus (DM) yang bergantung pada insulin.
  - e) Ibu yang meminum obat-obatan penenang atau jamu.
  - f) Bayi yang lahir prematur (yaitu kurang dari 37 minggu).
- b. Faktor Genetik, meliputi:
  - a) Anak yang lahir sebelumnya menderita penyakit jantung bawaan.
  - b) Ayah atau ibu yang menderita penyakit jantung bawaan.
  - c) Kelainan kromosom misalnya *sindrom down*.
  - d) Anak yang lahir dengan kelainan bawaan yang lain.

Kelainan jantung bawaan disebabkan oleh gangguan perkembangan sistem kardiovaskuler pada embrio yang diduga karena adanya faktor eksogen dan endogen. Apabila pada masa kehamilan dua bulan pertama ibu menderita penyakit rubella atau penyakit virus lainnya, atau ibu mengonsumsi obat-obatan tertentu seperti talidomid, dan terkena sinar radiasi, akan memungkinkan dapat terjadi penyakit jantung bawaan pada bayi. Hipoksia janin juga dapat menjadi penyebab terjadinya penyakit jantung bawaan yaitu duktus arteriosus persisten (Ngastiyah, 2014).

### 3. Klasifikasi

Menurut (Susilaningrum, dkk, 2013) penyakit jantung bawaan (PJB) digolongkan menjadi dua, yaitu:

- a. Penyakit Jantung Bawaan Asianotik  
PJB asianotik merupakan penyakit jantung bawaan yang tidak disertai dengan warna kebiruan pada mukosa tubuh. Yang termasuk ke dalam penyakit jantung bawaan asianotik yaitu :

- a) *Ventricular Septal Defect (VSD)*, yaitu adanya *defect* atau celah antara ventrikel kiri dan ventrikel kanan. Menurut (Aspiani, 2017) VSD merupakan penyakit jantung bawaan yang paling sering ditemukan, yaitu berkisar 30% dari semua jenis PJB. Pirau kiri ke kanan disebabkan oleh pengaliran darah dari ventrikel kiri yang bertekanan tinggi ke ventrikel yang bertekanan rendah. Pada saat kontraksi, tekanan ventrikel kiri meningkat sekitar 5 kali lebih tinggi daripada tekanan ventrikel kanan, maka darah akan mengalir dari kiri ke kanan melalui robekan tersebut dan akibatnya jumlah aliran darah dari ventrikel kiri melalui katup aorta ke dalam aorta akan berkurang dan jumlah darah ke ventrikel kanan akan bertambah.

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskler Indonesia (PERKI, 2015), *Ventricular Septal Defect (VSD)* adalah kelainan jantung bawaan berupa satu lubang pada septum interventrikuler atau lebih (*Swiss Cheese VSD*) yang terjadi akibat kegagalan fungsi septum interventrikuler semasa janin dalam kandungan. Sehingga darah bisa mengalir dari ventrikel kiri ke kanan ataupun sebaliknya. Berdasarkan lokasi lubang (letak devek), VSD dibagi menjadi 3 bagian yaitu devek septum ventrikel perimembran, devek septum ventrikel muskuler, dan defek subarterial.

- b) *Atrial Septal Defect (ASD)*, yaitu adanya *defect* atau celah antara atrium kiri dan kanan. ASD adalah suatu lubang pada dinding (septum) yang memisahkan jantung bagian atrium kiri dan atrium kanan. Menurut (Khotimah, 2022), kelainan ASD meliputi 7 sampai 10% dari seluruh insiden penyakit jantung bawaan dengan rasio perbandingan penderita perempuan dengan laki-laki yaitu 2:1. Berdasarkan letak lubang, ASD dibagi menjadi defek septum primum (bila lubang terletak di daerah ostium primum), defek septum atrium sekundum (bila lubang terletak di daerah fossa

ofalis), dan devек sinus venosus (bila lubang terletak di daerah sinus nenosus), serta devек sinus koronarius. Menurut PERKI (2015), *atrial septal devect* adalah penyakit jantung bawaan yang berupa lubang (devек) pada septuminter atrial, akibat kegagalan fungsi septuminter atrial semasa janin.

- c) *Patent Ductus Arteriosus* (PDA), yaitu adanya *devect* atau celah pada duktus arteriosus yang seharusnya telah menutup pada usia tiga hari setelah lahir. Kegagalan menutupnya duktus arteriosus (arteri yang menghubungkan aorta dan arteri pulmonal) pada minggu pertama kehidupan, dapat menyebabkan darah mengalir secara langsung dari aorta (tekanan lebih tinggi) ke dalam arteri pulmonal (tekanan lebih rendah), (Aspiani, 2017).

Menurut (Khotimah, 2022), kelainan bawaan *patent ductus arteriosus* banyak terjadi pada bayi-bayi yang lahir prematur. Insidens ductus arteriosus persisten sekitar 10 sampai 15% dari seluruh PJB dengan penderita perempuan melebihi laki-laki yakni 2:1. Menurut PERKI (2015), *patent ductus arteriosus* (PDA) adalah penyakit jantung bawaan dimana duktus arteriosus tidak menutup sehingga terdapat hubungan antara aorta dan arteri pulmonalis.

- d) *Aortic Stenosis* (AS), yaitu adanya penyempitan pada katup aorta yang dapat diakibatkan penebalan katup. Penyempitan pada katup aorta ini mencegah katup aorta membuka secara maksimal sehingga menghalangi aliran darah mengalir dari jantung menuju aorta (Aspiani, 2017).
- e) *Stenosis Pulmonal* (SP), yaitu adanya penyempitan pada katup pulmonal yang menyebabkan penurunan aliran darah ke paru.

Tahanan yang merintang aliran darah menyebabkan hipertrofi ventrikel kanan dan penurunan aliran darah paru (Aspiani, 2017).

Terdapatnya celah menyebabkan adanya pirau (kebocoran) darah dari jantung sebelah kiri ke kanan, karena jantung sebelah kiri mempunyai tekanan yang lebih besar. Besarnya pirau tergantung pada besarnya celah (Susilaningrum, dkk, 2013).

b. Penyakit Jantung Bawaan Sianotik

PJB sianotik merupakan penyakit jantung bawaan yang disertai warna kebiruan pada mukosa tubuh. Sianosis adalah warna kebiruan yang timbul pada kulit diakibatkan karena Hb tak jenuh dalam darah rendah dan sering sukar ditentukan kuantitasnya secara klinis. Warna sianotik pada mukosa tubuh hendaknya dibedakan dengan warna keputihan pada tubuh anak yang mungkin disebabkan oleh pigmentasi dan sumber cahaya. Yang termasuk ke dalam penyakit jantung bawaan sianotik yaitu:

a) *Tetralogi of Fallot* (TF), yaitu kelainan jantung yang timbul sejak bayi dengan gejala sianosis karena terdapat kelainan yaitu VSD, *stenosis pulmonal*, hipertrofi ventrikel kanan, dan *overriding* aorta. Menurut (Aspiani, 2017), *Tetralogi Fallot* adalah kelainan jantung dengan gangguan sianosis yang ditandai dengan kombinasi empat hal yang abnormal seperti defek septum ventrikel, stenosis pulmonal, *overriding* aorta, dan hipertrofi ventrikel kanan. Komponen yang terpenting dalam menentukan derajat beratnya penyakit adalah stenosis pulmonal dari sangat ringan hingga berat. Stenosis pulmonal ini bersifat progresif dan semakin lama semakin berat.

Pada *Tetralogi Fallot* terjadi penyempitan dan juga kebocoran yang mengakibatkan aliran darah yang seharusnya mengalir dari atrium kanan ke ventrikel kanan masuk ke pulmonal, tetapi di

pulmonal tersumbat sehingga tidak semua darah masuk ke pulmonal, dimana darah biru (darah kotor) bercampur dengan darah merah (darah bersih) mengalir ke aorta. Hal inilah yang dapat menyebabkan anak menjadi sianosis (Oktiawati, dkk, 2019).

- b) Transposisi Arteri 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 pulmonalis dari ventrikel kiri. Menurut (Oktiawati, dkk, 2019), TGA merupakan pembuluh darah tertukar, karena darah kotor disebarkan ke seluruh tubuh, dan darah bersih dibersihkan lagi di paru-paru. TGA dapat menyebabkan bayi meninggal karena murni darah kotor mengalir ke seluruh tubuh.

Penyakit jantung bawaan (PJB) pada anak terutama yang sianotik, apabila tidak ditangani dengan benar dapat mengakibatkan kegawatan pada anak, seperti terjadinya gagal jantung, dan serangan sianosis (*sianotic spell*), (Susilaningrum, dkk, 2013).

#### **4. Patofisiologi**

a. VSD (*Ventricel Septal Devect*)

Defek septum ventrikel (VSD) akan menyebabkan tekanan pada ventrikel kiri meningkat dan resistensi sirkulasi arteri sistemik lebih tinggi dibandingkan resistensi pulmonal sehingga darah mengalir ke arteri pulmonal melalui defek septum. Akibatnya volume darah di paru akan meningkat dan terjadi resistensi pembuluh darah paru. Selanjutnya, tekanan di ventrikel kanan meningkat akibat adanya pirau dari kiri ke kanan. Hal ini akan mengakibatkan resiko terjadinya endokarditis dan terjadinya hipertrofi otot ventrikel kanan sehingga akan berdampak pada peningkatan beban kerja sehingga atrium kanan tidak dapat mengimbangi beban kerja, terjadi pembesaran atrium kanan

untuk mengatasi resistensi yang disebabkan oleh pengosongan atrium yang tidak sempurna.

Pada VSD yang berukuran kecil terjadi pirau dari kiri ke kanan yang minimal sehingga tidak terjadi gangguan hemodinamik yang berarti. Sedangkan pada VSD yang berukuran besar dan sedang terjadi pirau yang bermakna dari ventrikel kiri ke ventrikel kanan. Pada beberapa hari pertama pasca lahir belum terdapat pirau kiri ke kanan yang bermakna karena resistensi vaskuler paru masih tinggi, hal ini menyebabkan bising baru terdengar beberapa hari hingga beberapa minggu setelah bayi lahir. Pirau kiri ke kanan yang besar dapat menyebabkan meningkatnya tekanan ventrikel kanan, yang apabila tidak terdapat obstruksi jalan keluar ventrikel kanan akan diteruskan ke arteri pulmonalis. Pada defek besar terjadi perubahan hemodinamik akibat peningkatan terus-menerus pada ventrikel kanan yang diteruskan ke arteri pulmonalis. Pada suatu saat terjadi perubahan dari pirau kanan ke kiri sehingga pasien menjadi sianosis, ini disebut sebagai sindrom eisenmenger (Aspiani, 2017).

b. ASD (*Atrial Septal Defect*)

Adanya kelainan pada katup trikuspidalis dan terbentuknya ventrikel kanan teratrialisasi menyebabkan terjadinya pembesaran atrium kanan. Katup trikuspidalis tidak mampu bekerja untuk menutup sempurna sehingga terjadi regurgitasi darah dari ventrikel kanan, yang dapat menyebabkan pembesaran atrium. Dengan adanya penambahan volume maka terjadi peningkatan tekanan pada atrium kanan sehingga terjadilah *patensi foramen ovale* dan akhirnya pirau kanan ke kiri.

Ruangan pada ventrikel kanan teratrialisasi lebih banyak menghambat arus darah yang menuju ruangan fungsional ventrikel kanan dan arus keluar ventrikel kanan. Perbedaan anatomi dan waktu kontraksi, ruangan ini relatif menghambat arus darah dari ventrikel kanan menuju

arteri pulmonalis. Hambatan yang terjadi pada arus keluar ventrikel kanan diperberat dengan tidak efektifnya proses kontraksi ventrikel kanan, sehingga menyebabkan curah jantung kanan menurun dan juga menurunkan ambilan oksigen. Hal ini memacu otak untuk lebih memacu kerja pernapasan dan jantung. Maka terjadi takikardia dan napas cepat serta dangkal, terjadi juga pacuan untuk lebih memproduksi darah (Aspiani, 2017).

c. PDA (*Patent Ductus Arteriosus*)

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 kiri ke kanan ini menyebabkan resirkulasi darah beroksigen tinggi yang jumlahnya semakin banyak dan mengalir ke dalam paru, dan menambah beban jantung sebelah kiri. Adanya usaha tambahan dari ventrikel kiri ini menyebabkan pelebaran dan hipertensi atrium kiri yang progresif. Efek dari jantung kumulatif mengakibatkan peningkatan tekanan vena dan kapiler pulmoner, sehingga menyebabkan terjadinya edema paru. Edema paru ini menimbulkan penurunan difusi oksigen dan hipoksia, dan terjadi kontruksi arterioli paru yang progresif. Hipertensi pulmonal dan gagal jantung kanan akan terjadi jika keadaan ini tidak dikoreksi melalui terapi medis atau bedah.

Penutupan PDA terutama bergantung pada respons konstriktor dari duktus terhadap tekanan oksigen dalam darah. Faktor lain yang mempengaruhi penutupan duktus adalah pengaruh kerja prostaglandin, tahanan pulmoner dan sistemik, besarnya duktus, dan keadaan si bayi (prematurnya atau cukup bulan). PDA lebih sering terdapat pada bayi prematur dan kurang dapat ditoleransi karena mekanisme kompensasi jantungnya tidak berkembang baik dan pirau kiri ke kanan itu cenderung lebih besar (Aspiani, 2017).



d. TF (*Tetralogi Fallot*)

Proses pembentukan jantung pada janin mulai terjadi pada hari ke-18 usia kehamilan. Pada minggu ke-3 jantung baru 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. Minggu ke-5 sampai ke-8 pembagian dan penyekatan hampir sempurna. Namun, proses pembentukan dan perkembangan jantung dapat terganggu jika selama masa kehamilan terdapat faktor-faktor resiko.

Kesalahan dalam pembagian trunkus dapat mengakibatkan letak aorta yang abnormal (*overriding*), timbulnya penyempitan pada arteri pulmonalis, dan terdapatnya VSD. Dengan demikian, bayi akan lahir dengan kelainan jantung dengan empat kelainan, yaitu VSD yang besar, stenosis pulmonal infundibuler atau valvular, deskro 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% - 25% kasus kombinasi infundibuler dan valvular, dan 10% kasus hanya stenosis valvular. Selebihnya adalah stenosis pulmonal perifer.

Hubungan letak aorta dan arteri pulmonalis masih ditempat yang normal, *overriding* aorta terjadi karena pangkal aorta berpindah kearah anterior mengarah ke septum. Derajat *overriding* ini bersama dengan VSD dan derajat stenosis menentukan besarnya pirau kanan ke kiri. Karena pada TOF terdapat empat macam kelainan jantung 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, akibatnya 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, namun 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 (hipertrofi ventrikel kanan).

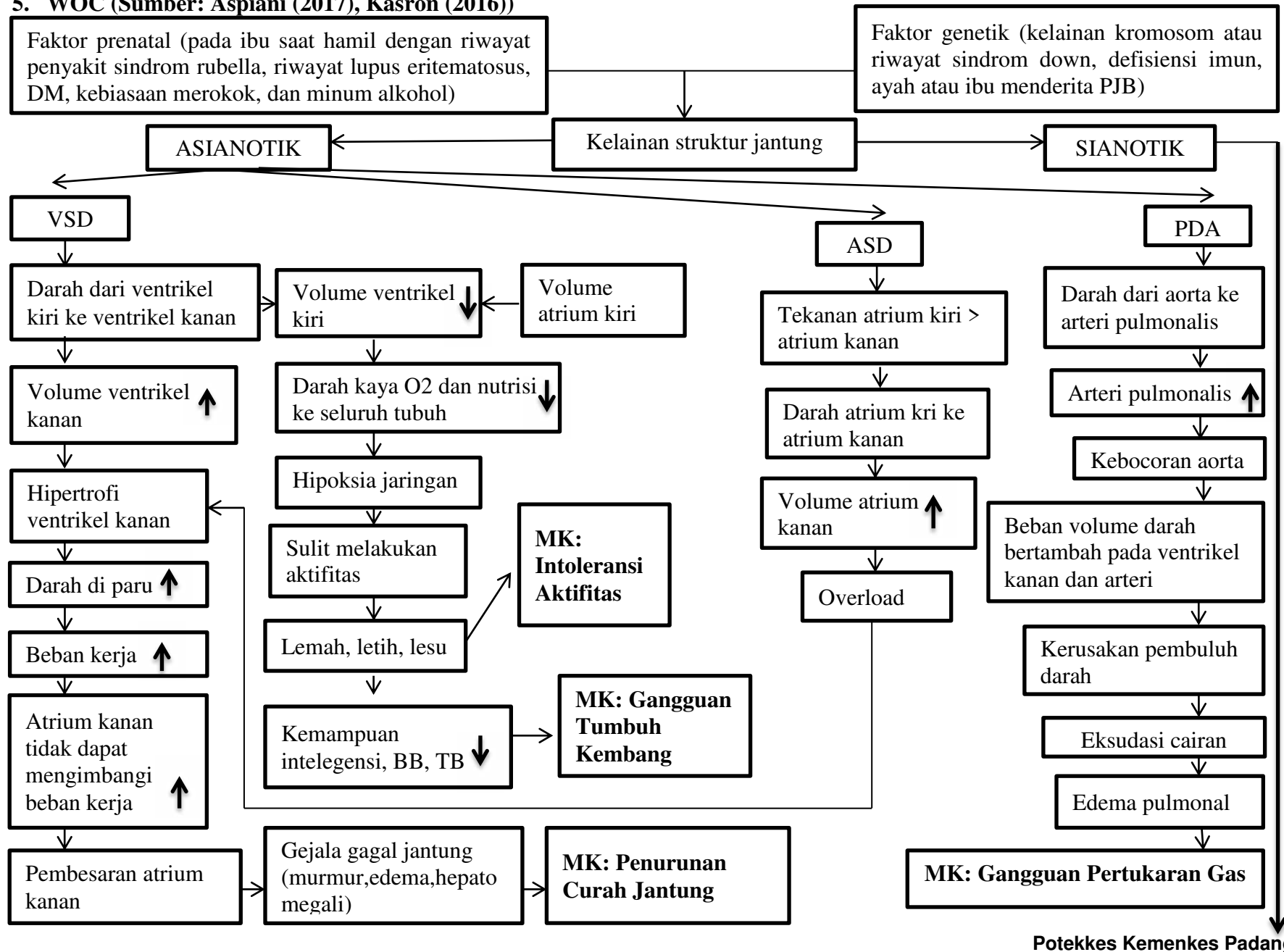
Pengembalian darah dari vena sistemik ke atrium kanan dan ventrikel kanan berlangsung normal. Ketika ventrikel kanan menguncup, dan menghadapi stenosis pulmonalis, maka darah akan dipintaskan melewati VSD ke dalam aorta. Akibatnya darah yang mengalir keseluruh tubuh tidak teroksigenasi, hal inilah yang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

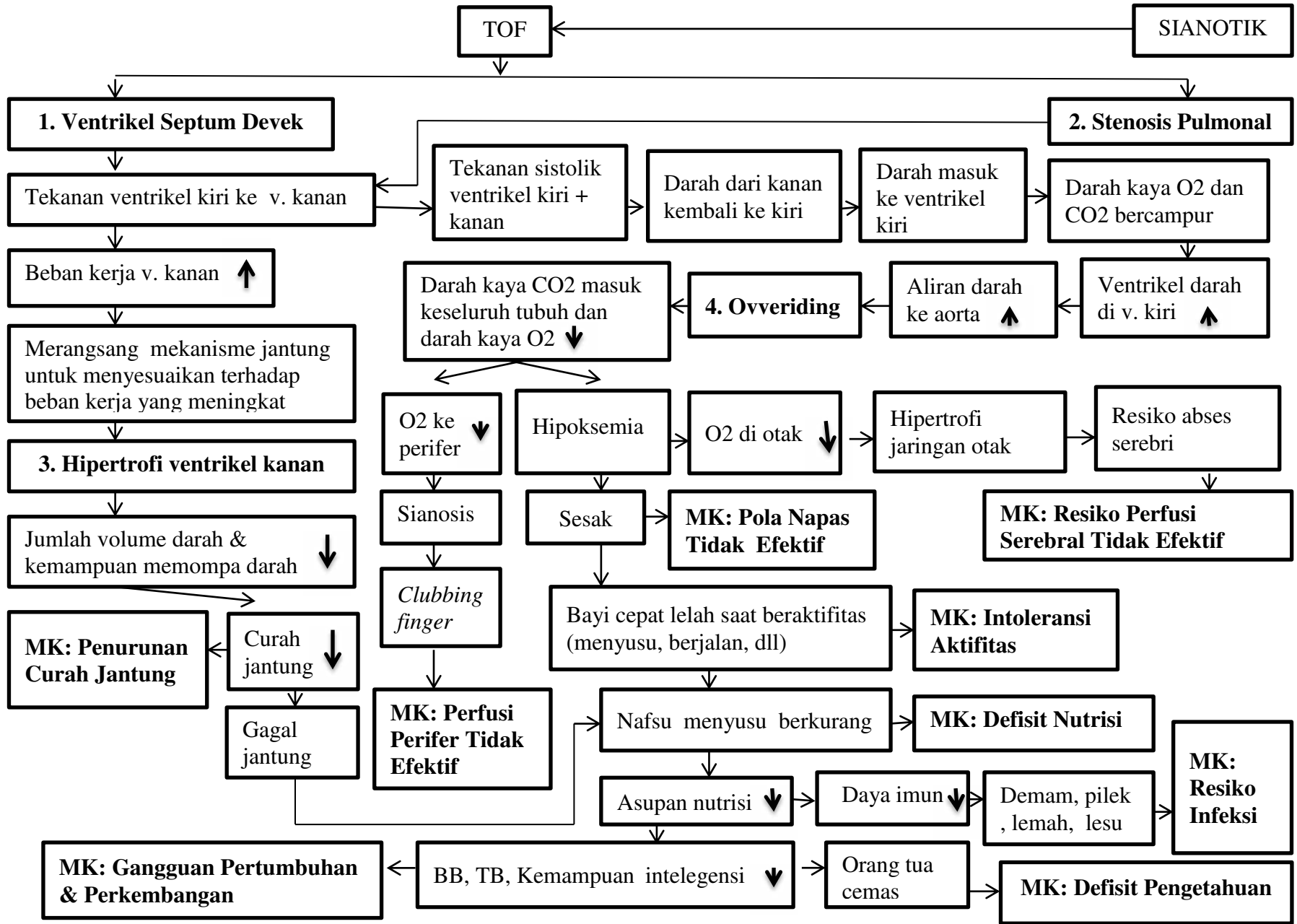
Pada keadaan tertentu seperti (dehidrasi, spasme infundibulum berat, menangis lama, peningkatan suhu tubuh atau mengedan), pasien dengan TOF mengalami hipoksia spell yang ditandai dengan sianosis (pasien menjadi biru), mengalami kesulitan bernapas, pasien menjadi sangat lelah dan pucat, kadang pasien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

e. TAB (Tranposisi Arteri Besar)

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

5. WOC (Sumber: Aspiani (2017), Kasron (2016))





## 6. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala dari penyakit jantung bawaan (PJB) sangat bervariasi tergantung dari jenis, tipe dan keparahan dari kerusakan jantung (Soemantri, 2012). Penyakit jantung bawaan yang berat dapat dikenali saat kehamilan atau segera setelah kelahiran. Sedangkan PJB yang ringan sering tidak menampakkan gejala, dan diagnosanya didasarkan pada pemeriksaan fisik dan tes khusus untuk alasan yang lain. Gejala dan tanda PJB yang mungkin terlihat pada bayi dan anak yaitu sesak napas, sianosis, nyeri dada, syncope, dan kurang gizi atau kurang pertumbuhan (Hariyono, 2020).

Gejala pada pasien penyakit jantung bawaan menunjukkan tanda-tanda yang nonspesifik maupun spesifik, seperti tanda serius yang terjadi selama masa bayi yaitu berupa sianosis, tidak mau makan, sesak nafas, nadi kecil, sering terjadi infeksi *traktus respiratorius* (keringat berlebihan), keluhan berdebar-debar, dan pertumbuhan terganggu. Sedangkan pada bayi dengan sianosis karena hipoksemia dapat terjadi kejang-kejang, misalnya pada anak dengan *Tetralogi of fallot*, *truncus arteriosus*, dan ventrikel tunggal (Widiastuti, dkk, 2022).

### a) VSD (*Ventricel Septum Defect*)

Tanda dan gejala pada anak dengan VSD tergantung pada besar kecilnya dekek (lubang). Pada umumnya anak akan memiliki tanda gejala sebagai berikut (Kasron, 2012) :

1. Sesak nafas (dispnea), takipnue (nafas cepat)
2. Bayi akan kesulitan ketika menyusu
3. Keringat yang berlebihan
4. Berat badan tidak bertambah, akan terjadinya gagal tumbuh pada anak
5. Gagal jantung kongestif
6. Infeksi saluran pernapasan berulang

b) ASD (*Atrium Septum Defect*)

Sebagian besar penderita ASD tidak menampilkan gejala (asimptomatik) pada masa kecil, kecuali pada ASD besar yang dapat menyebabkan kondisi gagal jantung. Gejala yang muncul pada masa bayi dan anak yaitu adanya infeksi saluran napas bagian bawah berulang yang ditandai dengan batuk dan panas yang hilang timbul (tanpa pilek), sesak napas, kesulitan menyusui, gagal tumbuh kembang pada bayi, cepat kelelahan saat aktivitas fisik pada anak yang lebih besar. Sedangkan pada kelainan yang sifatnya ringan hingga sedang, mungkin tidak ditemukan gejala atau gejala baru akan muncul pada usia pertengahan (Aspiani, 2017).

c) PDA (*Patent Ductus Arteriosus*)

Manifestasi klinis PDA pada bayi yang prematur sering disamakan oleh masalah-masalah lain yang berhubungan dengan prematur (misalnya sindrom gawat napas). Tanda-tanda kelebihan beban ventrikel tidak terlihat selama 4 sampai 6 jam sesudah lahir. Bayi dengan PDA kecil mungkin asimptomatik, bayi dengan PDA lebih besar dapat menunjukkan tanda-tanda gagal jantung kongesif (CHF) (Aspiani, 2017).

1. Terkadang terdapat gejala gagal jantung
2. Murmur persisten (sistolik, kemudian menetap, paling nyata terdengar di tepi sternum kiri atas)
3. Tekanan nadi besar, lebar (lebih dari 25 mmHg)
4. Takikardia, ujung jari hiperemik
5. Resiko endokarditis dan obstruksi pembuluh darah pulmonal
6. Infeksi saluran napas berulang, mudah lelah, apnea, takipnea, nasal flaring, retraksi dada, hipoksemia
7. Peningkatan kebutuhan ventilator
8. Jika PDA memiliki lubang yang besar maka gejala yang muncul yaitu berupa tidak mau menyusui, berat badan tidak bertambah, berkeringat, kesulitan napas, denyut jantung cepat.

d) TOF (*Tetraloggi of Fallot*)

Tanda dan gejala yang muncul pada penderita *tetraloggi of fallot* yaitu sebagai berikut (Kasron, 2012) :

1. Sianosis terutama pada bibir dan kuku
2. Bayi akan kesulitan menyusu
3. Setelah melakukan aktifitas, anak selalu jongkok (*squating*) untuk mengurangi hipoksia dengan posisi *kneet chest*
4. Jari tangan *clubbing* (seperti tabuh genderang karena kulit atau tulang di sekitar kuku jari tangan membesar)
5. Pertumbuhan dan perkembangan anak berlangsung lambat
6. Sesak napas jika melakukan aktifitas dan kadang disertai kejang atau pingsan
7. Berat badan bayi tidak bertambah
8. Pada auskultasi terdengar bunyi murmur pada batas kiri tulang dada tengah sampai bawah

e) TGA (Transposisi Arteri Besar)

Gejala yang muncul pada penderita TGA yaitu sebagai berikut (Kasron, 2012) :

1. Sianosis
2. Sesak nafas
3. Tidak mau makan atau menyusu
4. Jari tangan atau kaki *clubbing* (seperti tabuh genderang)

## 7. Respon Tubuh

a) Sistem Kardiovaskuler

Terdengarnya bunyi jantung tambahan (murmur) pada garis sternal kiri atas sejak lahir. Apabila didapatkan adanya gejala atau keluhan, umumnya didapatkan adanya sesak saat beraktifitas, dispnea (kesulitan dalam bernapas), mudah lelah, dan infeksi saluran pernapasan yang berulang (Kasron, 2012).



b) Sistem Pernapasan

Anak yang menderita penyakit jantung bawaan (PJB) sianotik terdapat defek septum ventrikel dan *overriding* aorta maka darah yang beredar ke seluruh tubuh dalam keadaan campuran. Akibatnya pasien selalu terlihat sianosis dan akan bertambah berat jika anak menangis, minum, dan stress. Keadaan ini 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 menyebabkan anak sering menderita infeksi saluran pernapasan karena darah yang tercampur didalam paru-paru lebih banyak sehingga pertukaran oksigen tidak adekuat. Gejala infeksi yang biasanya timbul yaitu demam, batuk, dan napas pendek-pendek, bayi sukar jika diberi minum atau makan (Ngastiyah, 2014).

c) Sistem Persyarafan

Perubahan kesadaran dan iritabilitas sistem saraf pusat yang dapat berkembang sampai letargi dan sinkop, pada bayi dengan sianosis berat dapat 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 (Widiastuti, dkk, 2022).

d) Sistem Hematologi

Sianosis yang berat dapat menimbulkan polisitemia (peningkatan sel darah merah dalam darah) yang tampak pada angka hematokrit yang tinggi. Terjadinya polisitemia sehingga mempermudah timbulnya emboli atau trombus. Apabila terjadi polisitemia berat dan hipoksia maka anak akan mengalami anemia (Widiastuti, dkk, 2022).

e) Sistem Integument

Bibir, lidah, dan selaput lendir mulut serta ujung-ujung jari terlihat sianosis akibat adanya sianosis sentral (sianosis yang terjadi sejak darah

keluar dari ventrikel kiri). Jika sianosis terjadi terus-menerus selama 6 bulan maka akan terjadi jari-jari tabuh (*clubbing fingers*), (Ngastiyah, 2014).

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

#### f) Sistem Muskuloskeletal

Anak yang menderita penyakit jantung bawaan sianotik pada umumnya mengalami gangguan tumbuh kembang, karena kelemahan tubuh atau penurunan toleransi latihan yang ditandai dengan pasien mengalami kesukaran dalam makan atau minum. Selain itu anak juga mengalami kelainan ortopedi berupa skoliosis. Anak yang sudah dapat berjalan sering tiba-tiba jongkok (*squatting*) ketika sedang bermain atau sedang berjalan, hal tersebut merupakan usaha tubuh untuk mengatasi kekurangan darah yang mengalir ke otak, sehingga dengan berjongkok akan berkurangnya alir balik vena-vena ekstremitas bawah yang saturasinya sangat rendah (darah kurang mengandung oksigen) dan meningkatnya resistensi sistemik yang mengurangi pirau kanan ke kiri serta bertambahnya aliran darah ke otak sehingga hipoksia relatif berkurang (Ngastiyah, 2014).

### 8. Komplikasi

Menurut (Hariyono, 2020), ada beberapa komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit jantung bawaan, yaitu sebagai berikut:

- a) *Sindrom eisenmenger* merupakan komplikasi yang terjadi pada PJB non sianotik yang menyebabkan aliran darah ke paru meningkat. Akibatnya

pembuluh kapiler akan meningkat dan terjadi resistensi sehingga terjadi peningkatan pada arteri pulmonal

- b) Serangan sianotik, merupakan komplikasi yang terjadi pada PJB sianotik. Anak menjadi lebih kebiruan pada membran mukosa dari sebelumnya dan sesak nafas.
- c) Abses otak, biasanya terjadi pada PJB sianotik. Biasanya terjadi pada anak usia 2 tahun yang diakibatkan adanya hipoksia.

Komplikasi dari penyakit jantung bawaan (PJB) menurut (Aspiani, 2017), yaitu sebagai berikut:

#### 1. PDA (*Paten Ductus Arteriosus*)

- a. Hipertensi Pulmonal, peningkatan tekanan darah pulmonal yang terjadi bila terlalu banyak darah yang terus beredar dari aorta melalui duktus arteriosus paten ke arteri pulmonal yang dapat menyebabkan kerusakan paru yang permanen atau sering disebut dengan *sindrom eisenmenger*.
- b. Gagal Jantung, adanya duktus arteriosus paten dapat menyebabkan otot jantung melemah dan menyebabkan gagal jantung. Gagal jantung adalah suatu kondisi kronis ketika jantung tidak dapat memompa secara efektif.
- c. Aritmia, pembesaran hati karena PDA akan meningkatkan resiko terjadinya aritmia. Biasanya terjadi peningkatan resiko hanya dengan duktus arteriosus paten yang besar.
- d. Endokarditis, gagal ginjal
- e. Hepatomegali (jarang terjadi pada bayi prematur)
- f. Perdarahan gastrointestinal (GI), penurunan jumlah trombosit
- g. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan

#### 2. ASD (*Atrial Septal Defect*)

Komplikasi yang dapat timbul akibat defek septum atrium yaitu gagal jantung, penyakit pembuluh darah paru, endokarditis, dan aritmia.

### 3. VSD (*Ventrikel Septal Defect*)

Komplikasi yang dapat timbul yaitu infeksi paru, gagal jantung kongestif yang menyebabkan gagal tumbuh, hipertensi pulmonal, dan stenosis pulmonal (Kasron, 2012).

### 4. TF (*Tetraloggi Fallot*)

- a. Terjadinya stroke yang disebabkan oleh darah yang pekat sehingga risiko terjadinya trombus.
- b. Abses otak, karena adanya infeksi pada jantung.
- c. Polisitemia, sianosis kronik menjadi pemicu adanya kejadian polisitemia. Hal ini merupakan mekanisme kompensasi yang dapat menyebabkan peningkatan kadar hemoglobin dan hematokrit.
- d. Terjadinya sianotik spell yang merupakan dampak dari anemia relatif karena hipoksia jaringan yang berkepanjangan.
- e. Retardasi pertumbuhan.
- f. Subakut bakterial endokarditis, disebabkan karena menempelnya bakteri di katup atau jaringan jantung yang rusak (Fitria, Neneng, dkk, 2022).

Dampak penyakit jantung bawaan terhadap angka kematian bayi dan anak cukup tinggi sehingga diperlukan tatalaksana penyakit jantung bawaan yang cepat, tepat, dan spesifik (Kasron, 2016). Penyakit jantung bawaan (PJB) pada anak jika dibiarkan akan menimbulkan beberapa komplikasi seperti gagal jantung kongestif, renjatan kardiogenik, aritmia, endokarditis bakterialis, hipertensi, hipertensi pulmonal, tromboemboli dan abses otak serta henti jantung (Ngastiyah, 2014).

## 9. Penatalaksanaan

Perawatan untuk penyakit jantung bawaan (PJB) yakni tergantung kepada tipe dan derajat keparahan dari penyakit jantung bawaan yang dialami anak,

dan juga faktor-faktor lainnya seperti (umur, ukurannya, kesehatan umumnya, dll) (Soemantri, 2012).

a. VSD (*Ventrikel Septal Devect*)

Pasien dengan VSD besar perlu ditolong dengan obat-obatan untuk mengatasi gagal jantung. Biasanya diberikan digoksin dan diuretik seperti Lasix. Apabila obat dapat memperbaiki keadaan, yang dilihat dengan membaiknya pernapasan dan penambahan berat badan, maka operasi dapat ditunda sampai usia 2-3 tahun. Tindakan bedah sangat menolong karena tanpa tindakan tersebut harapan hidup berkurang. Operasi bila perlu dilakukan pada umur muda apabila pengobatan medis untuk mengatasi gagal jantung tidak berhasil (Ngastiyah, 2014).

Perawatan untuk mempertahankan kenyamanan pada pasien dengan VSD yaitu antara lain:

- a) Baringkan posisi semi fowler untuk menghindari isi rongga perut mendesak paru.
- b) Berikan oksigen sesuai dengan keadaan sianosisnya (rumat 1-2 L/menit). Jika sianosis sekali dapat sampai 4 L. Bila oksigen diperlukan lebih dari 24 jam, maka kateter harus dipindahkan ke lubang hidung lain dengan dibersihkan terlebih dahulu.
- c) Ubah posisi tidur setiap 2-3 jam.
- d) Selimuti pasien agar tidak kedinginan, tetapi tidak mengganggu pernapasan pasien (terlalu berat didada), dan pakaikan kaos kaki (Ngastiyah, 2014).

Menurut (Fitria, Neneng, dkk, 2022), penatalaksanaan yang dapat diberikan kepada pasien dengan VSD yaitu sebagai berikut:

a) Penatalaksanaan Medis

Penggunaan diuretik dan digoksin untuk gagal jantung. Tindakan operasi dapat dilakukan sampai umur 2-3 tahun jika terdapat membaiknya pernapasan dan penambahan berat badan, dan dapat dilanjutkan dengan pemberian nutrisi yang adekuat.

b) Tindakan Non Pembedahan

Penutupan VSD dengan teknik transkateter.

c) Tindakan Pembedahan

VSD ditutup dengan jaringan perikardium pasien sendiri atau material sintesis.

b. ASD (*Atrial Septal Defect*)

Pengobatan khusus untuk ASD akan ditentukan berdasarkan usia anak, kesehatan secara keseluruhan, riwayat medis, luasnya penyakit, toleransi anak terhadap obat tertentu, prosedur atau terapi, harapan terhadap perjalanan penyakit, dan pendapat atau preferensi (Aspiani, 2017).

Terapi medis yang dapat diberikan kepada pasien dengan ASD menurut (Aspiani, 2017) yaitu:

- 1) Pembedahan penutupan defek, yakni dianjurkan pada saat anak berusia 5 sampai 10 tahun. Prognosis sangat ditentukan oleh resistensi kapiler paru, dan bila terjadi sindrom *Eisenmenger*, umumnya akan menunjukkan prognosis buruk. Tindakan pembedahan dilakukan dengan memasukkan alat payung ganda dengan kateter jantung.
- 2) *Amplazer septal occluder*
- 3) Sadap jantung (bila diperlukan)

Menurut (Ngastiyah, 2014), pada ASD kecil tidak perlu operasi karena tidak menyebabkan gangguan hemodinamik atau bahaya endokarditis infeksi. Sedangkan pada ASD besar perlu dilakukan tindakan bedah yang dianjurkan dilakukan dibawah umur 6 tahun ( pra-sekolah). Komplikasi yang dapat terjadi yaitu hipertensi pulmonal (walaupun lambat).

c. PDA (*Paten Ductus Arteriosus*)

Menurut (Fitria, Neneng, dkk, 2022), penatalaksanaan pada anak PDA dapat dilakukan dengan pembedahan. Pembedahan dilakukan dengan

ligasi duktus, dapat dilakukan dengan segera atau saat anak berusia >1 tahun, tergantung pada berat ringannya gejala PDA. Indometasin dapat diberikan pada bayi prematur untuk membantu menutupnya duktus karena efek spasme yang ditimbulkan. Penggunaan antibiotik yang diberikan bersamaan dengan profilaksis dapat memberikan perlindungan terhadap penyakit endokarditis infeksiosa. Penanganan dengan komplikasi gagal jantung dapat dilakukan dengan membatasi intake cairan, serta memberikan digoksin dan diuretik. Penanganan lain yaitu dengan pemasangan kateterisasi jantung untuk menghentikan pemintasan yang terjadi pada *shunt*.

d. TOF (*Tetralogi of Fallot*)

Menurut (Fitria, Neneng, dkk, 2022), penatalaksanaan yang dapat diberikan pada anak dengan TOF yaitu sebagai berikut:

1. Pasien dapat melakukan rawat jalan apabila mengalami derajat I, II, III, yang ditandai tanpa adanya sesak nafas yang berat dan sianosis.
2. Anitibiotik.
3. Penggunaan diuretik untuk gagal jantung kongestif yang disertai edema.
4. Penggunaan beta bloker (propranolol) yang berfungsi dalam penurunan kekuatan kontraksi dan denyut jantung sehingga mencegah hipersianosis.
5. Penatalaksanaan asidosis menggunakan NaHCO<sub>3</sub>
6. Metode bedah atau terapi definitif.
7. Posisikan pasien dengan postur lutut ditekuk ke dada (*knee-chest position*) supaya aliran darah ke paru bertambah.

Tindakan operasi yang dianjurkan untuk semua pasien TOF yaitu sebagai berikut:

1. Blalock-Taussig Shunt (BT-Shunt), adalah prosedur shunt yang dianastomosis sisi sama sisi dari arteri subklavia ke arteri pulmonal.

2. Waterson Shunt, adalah membuat anastomosis intraperikardial dari aorta asending ke arteri pulmonal kanan, dan biasanya dilakukan pada bayi.
3. Potts Shunt, adalah anastomosis antara aorta desenden dengan arteri pulmonal yang kiri. Teknik ini jarang digunakan.
4. Total Korektif, yang terdiri atas penutupan VSD, valvotomi pulmonal dan reseksi infundibulum yang mengalami hipertrofi (Kasron, 2012).

e. TAB (Transposisi Arteri Besar)

Transposisi arteri besar (TGA) merupakan kasus gawat darurat. Karena sebelum diagnosis dipastikan dengan ekokardiografi dan dianjurkan memberikan prostaglandin untuk menjamin duktus arteriosus terbuka. Setelah diagnosis dipastikan secara rutin maka dilakukan septostomi atrium dengan balon atau prosedur *Rashkind*.

Untuk memperbaiki TGA biasanya akan dilakukan pembedahan. Sebelum pembedahan dilakukan, akan diberikan prostaglandin agar duktus arteriosus tetap terbuka. Pada beberapa bayi perlu dilakukan pelebaran foramen ovale dengan selang yang pada ujungnya terpasang balon, agar darah yang kaya oksigen lebih banyak yang masuk ke aorta. Ada 2 jenis pembedahan utama yang bisa dilakukan untuk memperbaiki TAB yaitu:

1. Membuat sebuah terowongan diantara atrium. Cara ini dapat membuat darah yang kaya oksigen akan mengalir ke ventrikel kanan lalu masuk ke aorta, sedangkan darah yang kekurangan oksigen akan mengalir ke ventrikel kiri dan masuk ke dalam arteri pulmonalis. Pembedahan ini disebut dengan *atrial switch* atau *venous switch* atau prosedur *mustard* maupun prosedur *senning*.
2. Pembedahan *arterial switch*, yaitu aorta dan arteri pulmoner dikembalikan ke posisinya yang normal. Aorta akan dihubungkan dengan ventrikel kiri dan arteri pulmonalis akan dihubungkan dengan



ventrikel kanan. Sedangkan arteri koroner yang membawa darah kaya oksigen sebagai sumber energi bagi otot jantung, akan disambungkan dengan aorta yang baru (Kasron, 2012).

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

### **1. Pengkajian**

Pengkajian pada pasien dengan kasus penyakit jantung bawaan (PJB) meliputi:

#### a) Identitas Pasien

Meliputi nama, tempat tanggal lahir, berat badan lahir, serta apakah bayi lahir cukup bulan atau tidak, jenis kelamin, anak keberapa, jumlah saudara, dan identitas orang tua.

#### b) Riwayat Kesehatan

##### a. Keluhan Utama

Menurut (Aspiani, 2017), biasanya pada klien dengan penyakit jantung bawaan (PJB) keluhan utama yang dirasakan yaitu merasa lelah, sesak napas, sering mengalami infeksi saluran pernapasan, dan pada klien dengan tetralogi fallot sering mengalami sianosis.

##### b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya pada anak dengan PJB diawali dengan distres napas, dispnea, takipnea, hipertrofi ventrikel kiri, retraksi dada, hipoksemia, dan juga biasanya diawali dengan tanda-tanda infeksi saluran pernapasan, sesak napas ketika melakukan aktifitas, jantung berdebar-debar, dan pada anak yang mengalami *tetralogi fallot* (TF) biasanya diawali dengan tanda-tanda sianosis (Aspiani, 2017). Orang tua biasanya mengeluhkan nafas anaknya sesak, lemas, ujung jari tangan dan kaki teraba dingin, anak cepat berhenti saat menetek atau menyusui, anak tiba-tiba jongkok saat berjalan dan tidak aktif saat bermain.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Perlu ditanyakan kepada orang tua anak tentang riwayat persalinan dan infeksi pada ibu, dan juga perlu ditanyakan apakah pasien lahir prematur atau ibu menderita infeksi dari rubella (Aspiani, 2017). Riwayat kesehatan dahulu pada neonatus juga mencakup riwayat kesehatan keluarga atau riwayat kesehatan serangan sianotik, faktor genetik, riwayat keluarga yang mempunyai penyakit jantung bawaan, dan riwayat tumbuh kembang anak yang terganggu, serta adanya riwayat gerakan jongkok bila anak telah berjalan beberapa menit.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Perlu dikaji apakah ada anggota keluarga yang menderita atau memiliki riwayat penyakit jantung bawaan atau kelainan kromosom (Aspiani, 2017). Dan juga perlu dikaji adanya riwayat kematian mendadak pada saudara-saudara serta riwayat keluarga dengan *sindrom down*.

e. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

Riwayat kehamilan ibu saat hamil trimester 1 dengan penyakit rubella (sindrom rubella), ibu atau keluarga memiliki riwayat penyakit lupus eritematosus sistemis 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. Sedangkan ibu yang menderita infeksi rubella yang terjadi pada trimester pertama kehidupan dapat menyebabkan terjadinya cacat jantung pada bayinya yang dikenal dengan sindrom rubella seperti PDA, dan stenosis pulmonalis. Adanya riwayat obat-obatan maupun jamu tradisional yang diminum serta kebiasaan merokok dan minum alkohol selama hamil dan riwayat keluarga dengan *sindrom down* perlu ditanyakan kepada ibu pasien (Widiastuti, dkk, 2022).

f. Riwayat Pertumbuhan

Sebagian anak yang menderita penyakit jantung bawaan (PJB) dapat tumbuh dan berkembang secara normal. Namun pada beberapa kasus

yang spesifik seperti VSD, ASD, dan TF pertumbuhan fisik anak terganggu terutama berat badannya karena keletihan selama makan dan peningkatan kebutuhan kalori sebagai akibat dari kondisi penyakit. Anak juga kelihatan kurus dan mudah sakit terutama karena infeksi saluran napas. Sedangkan untuk perkembangannya yang sering mengalami gangguan yaitu pada aspek motoriknya karena ketidakadekuatan oksigen dan nutrient pada tingkat jaringan, sehingga anak perlu mendapatkan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan yang cukup (Susilaningrum, dkk, 2013).

g. Riwayat Aktifitas

Anak-anak yang menderita penyakit jantung bawaan terutama yang *tetraloggi fallot* (TF) sering tidak dapat melaksanakan aktifitas sehari-harinya secara normal. Apabila melakukan aktifitas yang membutuhkan banyak energi, misalnya berlari, bergerak, berjalan-jalan cukup jauh, makan atau minum tergesa-gesa, menangis, atau tiba-tiba duduk jongkok (*squatting*), maka anak dapat mengalami sianosis (Susilaningrum, dkk,2013).

c) Pemeriksaan Fisik

a. Tanda-Tanda Vital (Suhu, Nadi, Respirasi, dan Kesadaran)

Biasanya suhu anak yang menderita penyakit jantung bawaan (PJB) yaitu relatif normal selama tidak didapatkan tanda-tanda infeksi. Nadi pada masa bayi secara normal lebih cepat dibandingkan dengan masa anak-anak. Nadi umumnya normal 120-130 x/menit namun dapat juga teraba cepat. Pada anak yang mengalami sesak napas sering didapatkan tanda-tanda adanya retraksi otot bantu napas, pernapasan cuping hidung, dan napas cepat. Sedangkan pada bayi sering ditandai dengan minum atau menetek yang sering berhenti. Sesak napas ini sering timbul bila melakukan latihan yang lama dan intensif. Menurut penilaian *Glasgow Coma Scale* (GCS) kesadaran termasuk ke dalam kategori compos mentis. Saat keadaan memburuk seperti anak

mengalami gagal jantung, maka kesadaran bisa mengalami penurunan bahkan sampai mengalami koma (Susilaningrum, dkk, 2013).

b. Kepala

Biasanya ditemukan rambut mudah rontok.

c. Wajah

Biasanya wajah tampak pucat, kelelahan dan ikterik.

d. Mata

Biasanya anak mengalami konjungtiva anemis, sklera ikterik karena adanya udem di hepar, kornea arkus sinilis dan *jaundice*.

e. Hidung

Pemeriksaan hidung secara umum tidak tampak kelainan, namun anak akan mengalami sesak napas pendek, bunyi napas ronkhi kasar dan cuping hidung.

f. Mulut

Biasanya pada wajah anak terlihat sianosis terutama pada bibir, lidah, dan mukosa mulut, dan biasanya ditemukan gigi geligi pada anak khususnya yang mengalami TF karena perkembangan emailnya buruk (Ngastiyah, 2014).

g. Leher

Biasanya ditemukan pelebaran tiroid (hipertiroid), dan distensi vena jugularis.

h. Thorax

Biasanya pada anak dengan TF, hasil inspeksi tampak adanya retraksi dinding dada akibat pernapasan yang pendek dan dalam dan tampak menonjol akibat pelebaran ventrikel kanan. Palpasi mungkin teraba desakan dinding paru yang meningkat terhadap dinding dada. Perkusi mungkin terdengar suara redup karena peningkatan volume darah paru dan auskultasi akan terdengar ronkhi basah atau krekels sebagai tanda adanya edema paru pada komplikasi kegagalan jantung. Bayi yang baru lahir saat di auskultasi akan terdengar suara napas mendengkur yang lemah bahkan takipneu.

i. Jantung

Pada ASD dapat dijumpai takikardia, jantung berdebar, denyut arteri pulmonalis dapat diraba di dada dengan bunyi jantung abnormal. Bunyi jantung abnormal dapat terdengar murmur akibat peningkatan aliran darah yang melalui katup pulmonalis, dan juga dapat terdengar akibat peningkatan aliran darah yang mengalir melalui trikuspidalis pada pirau yang besar. Pembesaran jantung terkadang mengubah konfigurasi dada. Batas jantung terdapat pada RIC 2 dan 3 yang disebut dengan diastole, dan RIC 5 dan 4 disebut dengan sistole.

j. Kulit

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

k. Ekstremitas

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

d) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan untuk diagnosa kelainan jantung menurut (Otiawati, dkk, 2019) yaitu meliputi:

1. Pemeriksaan fisik termasuk mendengarkan suara jantung dengan stetoskop. Terdengarnya bising jantung merupakan tanda penting dalam menentukan penyakit jantung bawaan (PJB). Tanda ini merupakan alasan anak dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.
2. Foto rontgen dada.
3. Elektrokardiografi (EKG).
4. Ekokardiografi yaitu pemeriksaan jantung menggunakan gelombang ultrasound.
5. Kateterisasi jantung untuk melihat fungsi jantung lebih detail dengan memasukkan selang kecil melalui pembuluh darah vena menuju jantung. Prosedur ini dapat digunakan untuk kelainan jantung yang sederhana seperti ASD, VSD, dan PDA.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan terhadap anak yang mengalami penyakit jantung bawaan menurut (Susilaningrum, dkk, 2013) yaitu:

- 1) Ultra Sono Grafi (USG) dada berguna untuk menentukan besar jantung, bentuk vaskularisasi paru, dan untuk mengetahui keadaan thymus, trachea, dan oesophagus.
- 2) Elektro Cardiografi (ECG) berguna untuk mengetahui adanya aritmia atau hipertrofi
- 3) Echo Cardiografi berguna untuk mengetahui hemodinamik dan anatomi jantung
- 4) Kateterisasi dan Angiografi berguna untuk mengetahui gangguan anatomi jantung yang dilakukan dengan tindakan pembedahan
- 5) Pemeriksaan laboratorium, biasanya pemeriksaan darah dilakukan untuk serum elektrolit, Hb, *Packet Cell Volume* (PCV), dan kadar gula.

Menurut (Aspiani, 2017) pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk penderita TF yaitu sebagai berikut:

a. Pemeriksaan laboratorium

Adanya peningkatan hemoglobin dan hematokrit (Ht) akibat dari saturasi oksigen yang rendah. Umumnya hemoglobin dipertahankan 16-18 gr/dl dan hematokrit 50-65%. Nilai gas darah arteri menunjukkan peningkatan tekanan parsial carbondioksida (PCO<sub>2</sub>), penurunan tekanan parsial oksigen (PO<sub>2</sub>) dan penurunan kien yang memiliki Hb dan Ht normal atau rendah mungkin menderita defisiensi besi.

b. Radiologi

Pemeriksaan sinar X pada toraks menunjukkan penurunan aliran darah pulmonal, tidak ada pembesaran jantung, gambaran khas jantung tampak apeks jantung terangkat sehingga berbentuk sepatu. Dan biasanya didapatkan hasil arkus aorta disebelah kanan, aorta ascendens

melebar, konus pulmonalis, apeks terangkat, dan vaskularitas paru berkurang.

c. Elektrokardiogram

Pemeriksaan EKG pada TF didapatkan hasil sumbu QRS hampir selalu berdeviasi ke kanan. Tampak pula hipertrofi ventrikel kanan.

d. Ekokardiografi

Memperlihatkan dilatasi aorta, *ovveriding* aorta dengan dilatasi ventrikel kanan, penurunan ukuran arteri pulmonalis dan penurunan aliran darah ke paru.

e. Kateterisasi

Kateterisasi diperlukan sebelum tindakan pembedahan untuk mengetahui VSD multipel, mendeteksi kelainan arteri koronari, dan stenosis pulmonal perifer. Mendeteksi adanya penurunan saturasi oksigen, peningkatan tekanan ventrikel kanan, dengan tekanan pulmonalis normal atau rendah.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan standar diagnosis keperawatan indonesia (SDKI, 2017), diagnosis yang mungkin muncul pada anak dengan penyakit jantung bawaan (PJB) yaitu sebagai berikut:

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan *preload*, dan perubahan *afterload*.
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, dan perubahan membran alveolus-kapiler.
- c. Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik, dan defisiensi stimulus.
- d. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru.
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, ketidakmampuan menelan dan mencerna makanan, faktor psikologis.

- f. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, penurunan konsentrasi hemoglobin, penurunan aliran arteri atau vena.
- g. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan.
- h. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder.
- i. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan fibrasi atrium, stenosis atrium.
- j. Defisit pengetahuan pada orang tua tentang penyakit anak berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

### 3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.1  
Perencanaan Keperawatan

| N<br>O | Diagnosa<br>Keperawatan   | SLKI  | SIKI   |
|--------|---|---|--|
| 1      | <p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload dan afterload (<b>Hal : 34, SDKI</b>)</p> <p><b>Definisi:</b><br/>Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor:</p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Perubahan irama jantung (Palpitasi)</li> <li>b. Perubahan preload (Lelah)</li> </ul> | <p>Curah jantung (<b>Hal: 20, SLKI</b>)<br/>Setelah dilakukan asuhan keperawtaan selama .... diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>b) Palpitasi menurun</li> <li>c) Bradikardia menurun</li> <li>d) Takikardia menurun</li> <li>e) Gambaran EKG aritmia menurun</li> <li>f) Lelah menurun</li> <li>g) Edema menurun</li> <li>h) Distensi vena jugularis menurun</li> <li>i) Dispnea menurun</li> <li>j) Oliguria menurun</li> <li>k) Pucat atau sianosis menurun</li> <li>l) Ortopnea menurun</li> </ul> | <p>Perawatan jantung (<b>Hal: 317</b>)<br/><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)</li> <li>b) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan BB, hepatomegali, distensi vena jugularis,</li> </ul> |



|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  | <p>c. Perubahan afterload (Dispnea)</p> <p>d. Perubahan kontraktilitas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)</li> <li>2. Ortopnea</li> <li>3. Batuk</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <p>a. Perubahan irama jantung</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bradikardia atau takikardia</li> <li>2. Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi</li> </ol> <p>b. Perubahan preload</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edema</li> <li>2. Distensi vena jugularis</li> <li>3. CVP meningkat/ menurun</li> </ol> <p>c. Perubahan afterload</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD meningkat/ menurun</li> <li>2. Nadi perifer teraba lemah</li> <li>3. CRT &gt;3 detik</li> <li>4. Oliguria</li> <li>5. Warna kulit pucat/ sianosis</li> </ol> <p>d. Perubahan kontraktilitas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdengar suara jantung S3 / S4</li> <li>2. Ejection fraktion (EF) menurun</li> </ol> <p>Gejala dan Tanda Minor:</p> | <p>m)Murmur jantung menurun</p> <p>n) BB meningkat</p> <p>o) CRT membaik</p> | <p>palpitasi, rhonki basah, oliguria, batuk, kulit pucat)</p> <p>c) Monitor tekanan darah</p> <p>d) Monitor intake dan otput cairan</p> <p>e) Monitor BB setiap hari pada waktu yang sama</p> <p>f) Monitor saturasi oksigen</p> <p>g) Monitor keluhan nyeri dada</p> <p>h) Monitor EKG 12 sadapan</p> <p>i) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</p> <p>j) Monitor nilai laboratorium jantung</p> <p>k) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>a. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman</p> <p>b. Berikan diet jantung yang sesuai</p> <p>c. Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermiten, sesuai indikasi</p> <p>d. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat</p> <p>e. Berikan terapi</p> |
|--|--|--|---|

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | <p><b>Subjektif:</b></p> <p>a. Perilaku atau emosional</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cemas</li> <li>2. Gelisah</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <p>a. Murmur jantung</p> <p>b. BB bertambah</p> <p>c. Pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun</p> <p>d. Pulmonary vaskular resistance (PVR) meningkat/menurun</p> <p>e. Hepatomegali</p> <p>f. Cardiacindex (CI) menurun</p> |  | <p>relaksasi untuk mengurangi stress</p> <p>f. Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p>g. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a) Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi</p> <p>b) Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap</p> <p>c) Anjurkan pasien dan keluarga mengukur BB harian, dan mengukur intake output cairan harian</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>a) Kolaborasi pemberian aritmia, jika perlu</p> <p>Edukasi Proses Penyakit (<b>Hal;106</b>)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai</p> |
|--|---|--|---|

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
|   |   |  | <p>kesepakatan</p> <p>c. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a. Jelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit</p> <p>b. Jelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit</p> <p>c. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit</p> <p>d. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi</p> <p>e. Ajarkan cara meredakan dan mengatasi gejala yang dirasakan</p> <p>f. Ajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau pengobatan</p> <p>g. Informasikan keadaan pasien saat ini</p> <p>h. Anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak biasa</p> |
| 2 | <p>Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, dan perubahan membran alveolus-kapiler<br/>(Hal: 22, SDKI)</p> | <p>Pertukaran gas (Hal: 94, SLKI)<br/>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama .... diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil :</p> | <p>Pemantau respirasi (Hal; 247)<br/><b>Observasi:</b></p> <p>a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</p> <p>b. Monitor pola</p>   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p><b>Definisi:</b><br/>Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler.</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor</p> <p><b>Subjektif:</b><br/>a. Dispnea</p> <p><b>Objektif:</b><br/>a. PCO<sub>2</sub> meningkat/ menurun<br/>b. PO<sub>2</sub> menurun<br/>c. Takikardia<br/>d. Ph arteri meningkat/ menurun<br/>e. Bunyi nafas tambahan</p> <p>Gejala Dan Tanda Minor</p> <p><b>Subjektif:</b><br/>a. Pusing<br/>b. Penglihatan kabur</p> <p><b>Objektif:</b><br/>a. Sianosis<br/>b. Diaforesis<br/>c. Gelisah<br/>d. Napas cuping hidung<br/>e. Pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/iregular, dalam/dangkal)<br/>f. Warna kulit abnormal (mis pucat,kebiruan)<br/>g. Kesadaran menurun</p> | <p>a. Tingkat kesadaran meningkat<br/>b. Dispnea menurun<br/>c. Bunyi nafas tambahan menurun<br/>d. Napas cuping hidung menurun<br/>e. PCO<sub>2</sub> membaik<br/>f. PO<sub>2</sub> membaik<br/>g. Takikardia membaik<br/>h. Sianosis membaik<br/>i. Pola napas membaik<br/>j. Warna kulit membaik</p> | <p>napas</p> <p>c. Monitor adanya produksi sputum<br/>d. Monitor adanya sumbatan jalan napas<br/>e. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru<br/>f. Auskultasi bunyi napas<br/>g. Monitor saturasi oksigen<br/>h. Monitor nilai AGD<br/>i. Monitor hasil x-ray toraks</p> <p><b>Terapeutik:</b><br/>a. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien<br/>b. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><b>Edukasi:</b><br/>a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan<br/>b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p>Terapi Oksigen<br/><b>(Hal: 430)</b></p> <p><b>Observasi:</b><br/>a. Monitor kecepatan aliran oksigen<br/>b. Monitor posisi alat terapi oksigen<br/>c. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup<br/>d. Monitor</p> |
|--|---|--|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>kemampuan melepaskan oksigen saat makan</p> <p>e. Monitor tanda-tanda hipoventilasi</p> <p>f. Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan ateletaksis</p> <p>g. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen</p> <p>h. Monitor tingkat mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>a. Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu</p> <p>b. Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>c. Siapkan alat dan atur peralatan pemberioan oksigen</p> <p>d. Berikan oksigen tambahan, jika perlu</p> <p>e. Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen dirumah</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>a. Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p> <p>b. Kolaborasi</p> |
|--|--|--|---|

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
|   |   |  | penggunaan oksigen saat aktivitas atau tidur   |
| 3 | <p>Gangguan tumbuh kembang b.d efek ketidakmampuan fisik, dan defisiensi stimulus (<b>Hal: 232, SDKI</b>)</p> <p><b>Definisi:</b><br/>Kondisi individu mengalami gangguan kemampuan bertumbuh dan berkembang sesuai dengan kelompok usia</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor</p> <p><b>Subjektif:</b><br/>(Tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tidak mampu melakukan keterampilan atau perilaku khas sesuai usia (fisik,bahasa,motorik,psikososial)</li> <li>Pertumbuhan fisik terganggu</li> </ol> <p>Gejala Dan Tanda Minor</p> <p><b>Subjektif:</b><br/>(Tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tidak mampu melakukan perawatan diri sesuai usia</li> <li>Afek datar</li> <li>Respon sosial lambat</li> </ol> | <p>Status perkembangan (<b>Hal: 124, SLKI</b>)<br/>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama .... diharapkan status perkembangan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keterampilan/perilaku sesuai usia meningkat</li> <li>Kemampuan melakukan perawatan diri meningkat</li> <li>Respon sosial meningkat</li> <li>Pola tidur membaik</li> </ol> <p>Status pertumbuhan (<b>Hal: 125, SLKI</b>)<br/>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama .... diharapkan status pertumbuhan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>BB sesuai usia meningkat</li> <li>Panjang/TB sesuai usia meningkat</li> <li>IMT meningkat</li> <li>Asupan nutrisi meningkat</li> </ol> | <p>Perawatan perkembangan (<b>Hal: 338, SIKI</b>)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak</li> <li>Identifikasi isyarat perilaku dan fisiologis yang ditunjukkan bayi (mis lapar,tidak nyaman)</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pertahankan sentuhan seminimal mungkin pada bayi prematur</li> <li>Berikan sentuhan yang bersifat gentle dan tidak ragu-ragu</li> <li>Minimalkan nyeri</li> <li>Minimalkan kebisingan ruangan</li> <li>Pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal</li> <li>Motivasi anak berinteraksi dengan anak lain</li> <li>Sediakan aktifitas yang memotivasi anak berinteraksi dengan anak yang lainnya</li> <li>Fasilitasi anak</li> </ol> |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
|   | <p>d. Kontak mata terbatas</p> <p>e. Nafsu makan menurun</p> <p>f. Lesu</p> <p>g. Mudah marah</p> <p>h. Regresi</p> <p>i. Pola tidur terganggu (pada bayi)</p>  |  | <p>melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a. Jelaskan kepada orang tua atau pengasuh tentang <i>milestone</i> perkembangan anak dan perilaku anak</p> <p>b. Anjurkan orang tua menyentuh dan menggendong bayinya</p> <p>c. Anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya</p> <p>d. Ajarkan anak teknik asertif</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>a. Rujuk untuk konseling, jika perlu</p> |
| 4 | <p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru<br/>(Hal: 26, SDKI)</p> <p><b>Definisi:</b><br/>Inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor</p> <p><b>Subjektif:</b></p> <p>a. Dispnea</p> | <p>Pola napas (Hal: 95, SLKI)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama .... diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a) Ventilasi semenit meningkat</p> <p>b) Dispnea menurun</p> <p>c) Penggunaan otot bantu nafas menurun</p> <p>d) Pemanjangan fase ekspirasi menurun</p> <p>e) Frekuensi napas membaik</p> <p>f) Kedalaman napas membaik</p> | <p>Manajemen jalan napas (Hal: 186, SIKI)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b. Monitor bunyi napas tambahan (mis gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>a. Posisikan semi fowler atau fowler</p> <p>b. Berikan minum hangat</p>   |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Penggunaan otot bantu pernapasan</li> <li>Fase ekspirasi memanjang</li> <li>Pola napas abnormal (mis takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussamaul, cheyne-stokes)</li> </ol> <p>Gejala Dan Tanda Minor</p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ortopnea</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pernapasan pursed-lip</li> <li>Pernapasan cuping hidung</li> <li>Diameter thoraks anterior-posterior meningkat</li> <li>Ventilasi semenit menurun</li> <li>Kapasitas vital menurun</li> <li>Tekanan ekspirasi menurun</li> <li>Tekanan inspirasi menurun</li> <li>Ekskursi dada berubah</li> </ol> |  | <ol style="list-style-type: none"> <li>Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</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 kontraindikasi</li> <li>Ajarkan teknik batuk efektif</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</li> </ol> <p>Pemantauan respirasi (<b>Hal: 247, SIKI</b>)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>Monitor pola napas</li> <li>Monitor adanya sumbatan jalan napas</li> <li>Askultasi bunyi napas</li> <li>Monitor saturasi oksigen</li> <li>Monitor nilai AGD</li> <li>Monitor hasil X-ray toraks</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> |
|--|---|--|---|



|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   |   |   | <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ol>   |
| 5 | <p>Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, ketidakmampuan menelan dan mencerna makanan, faktor psikologis<br/><b>(Hal: 56, SDKI)</b></p> <p><b>Definisi:</b><br/>Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p><b>Subjektif:</b><br/>(tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang normal</li> </ol> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Cepat kenyang setelah makan</li> <li>Kram/nyeri abdomen</li> <li>Nafsu makan menurun</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bising usus hiperaktif</li> <li>Otot pengunyah lemah</li> </ol> | <p>Status nutrisi <b>(Hal: 121, SLKI)</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ..... diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> <li>Serum albumin meningkat</li> <li>Berat badan membaik</li> <li>IMT membaik</li> <li>Bising usus membaik</li> </ol> | <p>Manajemen nutrisi <b>(Hal: 200, SIKI)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi status nutrisi</li> <li>Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</li> <li>Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>Monitor asupan makanan</li> <li>Monitor BB</li> <li>Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Fasilitasi menentukan pedoman diet</li> <li>Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> </ol> |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Otot menelan lemah</li> <li>d. Membran mukosa pucat</li> <li>e. Sariawan</li> <li>f. Serum albumin turun</li> <li>g. Rambut rontok berlebihan</li> <li>h. Diare</li> </ul>   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>e) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</li> </ul> <p><b>Edukasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>b) Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ul> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</li> <li>b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</li> </ul> |
| 6 | <p>Perfusi perifer tidak efektif b.d hiperglikemia, penurunan konsentrasi hemoglobin, penurunan arteri atau vena (<b>Hal: 37, SDKI</b>)</p> <p><b>Definisi:</b><br/>Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor</p> <p><b>Subjektif:</b><br/>(Tidak tersedia)</p> | <p>Perfusi perifer (<b>Hal: 84, SLKI</b>)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ..... diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>b. Warna kulit pucat menurun</li> <li>c. Pengisian kapiler membaik</li> <li>d. Akral membaik</li> <li>e. Turgor kulit membaik</li> </ul> | <p>Perawatan sirkulasi (<b>Hal: 345, SIKI</b>)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Periksa sirkulasi perifer (mis nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankele-brachial index)</li> <li>b. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis diabetes, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)</li> <li>c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ul>   |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|   | <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pengisian kapiler &gt;3 detik</li> <li>Nadi perifer menurun atau tidak teraba</li> <li>Akral teraba dingin</li> <li>Warna kulit pucat</li> <li>Turgor kulit menurun</li> </ol> <p>Gejala Dan Tanda Minor</p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Parastesia</li> <li>Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Edema</li> <li>Penyembuhan luka lambat</li> <li>Indeks ankie-brachiak &lt;0,90</li> <li>Bruit femoral</li> </ol> |   | <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</li> <li>Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>Lakukan perawatan kaki dan kuku</li> <li>Lakukan hidrasi</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</li> </ol> |
| 7 | <p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan<br/>(Hal: 128, SDKI)</p> <p><b>Definisi:</b><br/>Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktifitas sehari-hari</p>  | <p>Toleransi aktifitas (Hal: 149, SLKI)<br/>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ..... diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Frekuensi nadi meningkat</li> <li>Saturasi oksigen meningkat</li> <li>Keluhan lelah</li> </ol> | <p>Manajemen energi (Hal: 176, SIKI)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>Monitor pola dan jam tidur</li> </ol>   |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <p>Gejala Dan Tanda Mayor</p> <p><b>Subjektif:</b></p> <p>a. Mengeluh lelah</p> <p><b>Objektif :</b></p> <p>a. Frekuensi jantung meningkat &gt;20% dari kondisi istirahat</p> <p>Gejala Dan Tanda Minor</p> <p><b>Subjektif:</b></p> <p>a. Dispnea saat/setelah aktifitas</p> <p>b. Merasa tidak nyaman setelah beraktifitas</p> <p>c. Merasa lemah</p> <p><b>Objektif :</b></p> <p>a. Tekanan darah berubah &gt;20% dari kondisi istirahat</p> <p>b. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktifitas</p> <p>c. Gambaran EKG menunjukkan iskemia</p> <p>d. Sianosis</p> | <p>menurun</p> <p>d. Dispnea saat dan setelah aktifitas menurun</p> <p>e. Perasaan lemah menurun</p> | <p>d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>b) Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif</p> <p>c) Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan</p> <p>d) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a) Anjurkan tirah baring</p> <p>b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>d) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> |
|--|---|--|--|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>Terapi aktifitas<br/> <b>(Hal: 415, SIKI)</b><br/> <b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi defisit tingkat aktifitas</li> <li>b. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktifitas tertentu</li> <li>c. Identifikasi sumber daya untuk aktifitas yang diinginkan</li> <li>d. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktifitas</li> <li>e. Identifikasi makna aktifitas rutin</li> <li>f. Monitor respon emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami</li> <li>b. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktifitas</li> <li>c. Fasilitasi aktifitas fisik rutin</li> <li>d. Fasilitasi aktifitas motorik untuk merelaksasi otot</li> <li>e. Tingkatkan keterlibatan dalam aktifitas rekreasi dan</li> </ol> |
|--|--|--|---|

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
|   |  |   | <p>diversifikasi untuk menurunkan kecemasan</p> <p>f. Libatkan keluarga dalam aktifitas, jika perlu</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a. Jelaskan metode aktifitas fisik sehari-hari, jika perlu</p> <p>b. Ajarkan cara melakukan aktifitas yang dipilih</p> <p>c. Anjurkan terlibat dalam aktifitas kelompok atau terapi, jika perlu</p> <p>d. Ajarkan keluarga untuk memberikan penguatan positif atau partisipasi dalam aktifitas</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>a. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktifitas jika sesuai</p> |
| 8 | <p>Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (<b>Hal: 304, SDKI</b>)</p> <p><b>Definisi:</b><br/>Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p> | <p>Tingkat infeksi (<b>Hal: 139, SLKI</b>)<br/>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ..... diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Kebersihan tangan meningkat</p> <p>b. Kebersihan badan meningkat</p> <p>c. Nafsu makan</p> | <p>Pencegahan infeksi (<b>Hal: 278, SIKI</b>)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>a. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>b. Berikan perawatan kulit</p>   |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
|   |  | <p>meningkat</p> <p>d. Demam menurun</p> <p>e. Kemerahan menurun</p> <p>f. Nyeri menurun</p> <p>g. Bengkak menurun</p> <p>h. Kadar sel darah putih membaik</p>   | <p>pada area edema</p> <p>c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>c. Ajarkan etika batuk</p> <p>d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p> |
| 9 | <p>Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan fibrasi atrium, stenosis atrium<br/>(Hal: 51, SDKI)</p> <p><b>Definisi:</b><br/>Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak</p> | <p>Perfusi serebral (<b>Hal: 86, SLKI</b>)<br/>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ..... diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Tingkat kesadaran meningkat</p> <p>b. Tekanan intrakranial menurun</p> | <p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (<b>Hal: 205, SIKI</b>)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</p> <p>b. Monitor</p>  |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Sakit kepala menurun</li> <li>d. Gelisah menurun</li> <li>e. Nilai rata-rata tekanan darah membaik</li> <li>f. Kesadaran membaik</li> </ul> | <p>tanda/gejala peningkatan TIK (mis TD meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Monitor MAP, CVP, PAWP, PAP, CPP</li> <li>d. Monitor gelombang ICP</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> </ul> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ul 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 PaCO<sub>2</sub> optimal</li> <li>g. Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ul> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika</li> </ul> |
|--|--|---|---|



|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>perlu</p> <p>b. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</p> <p>c. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p> <p>Pemantauan tekanan intrakranial (<b>Hal: 245,SIKI</b>)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK</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 iregularitas irama napas</p> <p>f. Monitor penurunan tingkat kesadaran</p> <p>g. Monitor kadar CO<sub>2</sub> dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan</p> <p>h. Monitor tekanan perfusi serebral</p> <p>i. Monitor jumlah, kecepatan dan karakteristik drainase cairan serebrospinal</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>a. Ambil sampel</p> |
|--|--|--|---|

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
|    |   |  | <p>drainase cairan serebrospinal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b. Kalibrasi transduser</li> <li>c. Pertahankan sterilisasi sistem pemantauan</li> <li>d. Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>e. Bilas sistem pemantauan, jika perlu</li> <li>f. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien</li> <li>g. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, jika perlu</li> <li>b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ol> |
| 10 | <p>Defisit pengetahuan pada orang tua tentang penyakit pada anak berhubungan dengan kurang terpapar informasi<br/>(Hal: 246, SDKI)</p> <p><b>Definisi:</b><br/>Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor</p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menanyakan masalah yang</li> </ol> | <p>Tingkat pengetahuan<br/>(Hal: 146, SLKI)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ..... diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Perilaku sesuai anjuran meningkat</li> <li>b. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</li> <li>c. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat</li> <li>d. Pertanyaan tentang masalah yang</li> </ol> | <p>Edukasi Kesehatan<br/>(Hal: 65, SIKI)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>c. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol>  |

|  |  |                         |   |
|--|--|-------------------------|---|
|  | <p>dihadapi</p> <p><b>Objektif :</b></p> <p>a. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran</p> <p>b. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</p> <p>Gejala Dan Tanda Minor</p> <p><b>Subjektif:</b><br/>(Tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif :</b></p> <p>a. Menjalani pemeriksaan sesuai anjuran</p> <p>b. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)</p> | <p>dihadapi menurun</p> | <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> |
|--|--|-------------------------|---|

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Untuk kesuksesan implementasi keperawatan supaya sesuai dengan rencana keperawatan, maka perawat harus mempunyai keahlian kognitif, hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Implementasi keperawatan adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Hadinata, dkk, 2022).

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi keperawatan harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Olfah, Yustiana, dkk, 2016). Pada tahap implementasi ini

perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan (SIKI, 2018).

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Dalam melaksanakan evaluasi keperawatan, perawat menilai reaksi klien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima. Dimana perawat menetapkan kembali informasi baru yang diberikan kepada klien untuk mengganti atau menghapus diagnosa keperawatan, tujuan atau intervensi keperawatan (Hadinata, dkk, 2022).

Pada tahap evaluasi, perawat mengevaluasi perkembangan kesehatan klien terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan sesuai rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar dan perencanaan (SLKI, 2018). Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional (Olfah, Yustiana, dkk, 2016).

## **BAB III METODE PENELITIAN**

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

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan desain penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Studi kasus merupakan suatu penelitian intensif menggunakan berbagai sumber bukti terhadap suatu entitas tunggal yang dibatasi oleh ruang dan waktu serta memungkinkan peneliti untuk mengumpulkan informasi yang rinci dan kaya yang mencakup dimensi-dimensi sebuah kasus tertentu atau beberapa kasus kecil. Penelitian deskriptif yaitu penelitian untuk melihat gambaran fenomena atau menggambarkan masalah-masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat atau yang terjadi di dalam suatu populasi tertentu (Masturoh, 2018). Penelitian ini mendeskripsikan bagaimana asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit jantung bawaan (PJB) di ruang IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023.

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

Penelitian dilakukan di ruang PICU IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023. Waktu penelitian dimulai dari bulan November 2022 hingga Mei 2023. Waktu untuk penelitian dilaksanakan 6 hari yaitu pada tanggal 28 Maret 2023 sampai dengan 02 April 2023.

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

#### **1. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan jumlah yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai karakteristik dan kualitas tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sujarweni, 2019). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien anak dengan diagnosa medis penyakit jantung bawaan (PJB) yang dirawat di ruang IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023. Pada saat dilakukan penelitian ditemukan 1 orang anak yang dirawat dengan PJB.

## 2. Sampel

Sampel adalah bagian dari sejumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang digunakan untuk penelitian. Apa yang dipelajari dari sampel, kesimpulannya akan dapat diberlakukan untuk populasi. Untuk itu sampel yang diambil dari populasi harus betul-betul mewakili dan valid, yaitu bisa mengukur sesuatu yang seharusnya diukur (Sujarweni, 2019).

Teknik pemilihan sampel dilakukan dengan cara *Non Probability Sampling* dengan teknik *purposive sampling* yaitu cara penarikan sampel yang dilakukan dengan memilih subjek berdasarkan pada karakteristik tertentu yang dianggap mempunyai hubungan dengan karakteristik populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Masturoh, 2018). Sampel dalam penelitian ini adalah 1 orang anak dengan diagnosa penyakit jantung bawaan (PJB) yang dirawat di ruang IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah:

### 1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria yang akan menyaring anggota populasi menjadi sampel yang memenuhi kriteria secara teori yang sesuai dan terkait dengan topik dan kondisi penelitian. Dengan kata lain, kriteria inklusi merupakan ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Masturoh, 2018). Jadi kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu:

- a. Pasien dan orang tua bersedia menjadi responden.
- b. Pasien yang mengalami penyakit jantung bawaan (PJB) asianotik maupun sianotik.
- c. Pasien di rawat di ruang IRNA kebidanan & anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.
- d. Pasien yang di rawat minimal 5 hari.

## 2) Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria yang dapat digunakan untuk mengeluarkan anggota sampel dari kriteria inklusi atau dengan kata lain ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Masturoh, 2018). Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian ini yaitu:

- a. Anak yang mengalami komplikasi berat (gagal jantung) atau mengalami perburukan.

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

Instrument merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam suatu penelitian yang berasal dari tahapan bentuk konsep, konstruk, dan variabel sesuai dengan kajian teori yang mendalam (Masturoh, 2018). Instrument penelitian yaitu alat yang digunakan peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (Tersiana, 2018). Alat atau instrument pengumpulan data berupa format tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai pada tahap evaluasi.

1. Format pengkajian keperawatan anak terdiri dari: identitas pasien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, data psikologis, data ekonomi sosial, data spiritual, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan penunjang, dan program pengobatan.
2. Format analisa data terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medis, data, etiologi, dan masalah.
3. Format diagnosa keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medis, diagnosa keperawatan, tanggal ditemukannya masalah dan paraf, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
4. Format rencana asuhan (intervensi) keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medis, diagnosa keperawatan, intervensi SIKI dan SLKI.
5. Format catatan perkembangan (implementasi) keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, jam dan implementasi keperawatan serta paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
6. Alat pemeriksaan fisik terdiri dari: termometer, stetoskop, timbangan, arloji dengan detik, penlight, dan tensi meter anak.

7. Dalam melakukan proses keperawatan peneliti menggunakan alat pelindung diri (APD).

## **E. Teknik dan Prosedur Pengumpulan Data**

### **1. Teknik Pengumpulan Data**

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

#### **a. Observasi**

Observasi merupakan salah satu teknik pengumpulan data yang sering digunakan. Observasi adalah kegiatan dengan menggunakan pancaindera, bisa penglihatan, penciuman, pendengaran untuk memperoleh informasi yang diperlukan untuk menjawab masalah peneliti. Hasil observasi dapat berupa aktifitas, kejadian, peristiwa, objek, kondisi atau suasana tertentu dan perasaan emosi seseorang (Masturoh, 2018).

Dalam observasi ini, peneliti mengobservasi atau melihat kondisi dari pasien seperti keadaan umum pasien dan keadaan pasien, perubahan tanda-tanda vital, selain itu juga mengobservasi respon tubuh terhadap tindakan apa yang telah dilakukan pada pasien.

#### **d. Wawancara**

Wawancara (*interview*) adalah salah satu instrument yang digunakan untuk menggali data secara lisan, dan harus dilakukan secara mendalam agar peneliti mendapatkan data yang valid dan detail (Sujarweni, 2019). Dalam penelitian ini wawancara yang dilakukan menggunakan wawancara terpimpin yaitu dengan menggunakan format pengkajian keperawatan anak kepada orang tua anak untuk mengetahui kondisi anak secara jelas dan mendapatkan informasi primer secara tepat. Hasil wawancara yang didapat dari orang tua seperti biodata klien, data penanggung jawab klien, riwayat kesehatan klien, riwayat kesehatan keluarga, riwayat kesehatan ibu saat hamil, dan *activity daily living*.



e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah cara pengumpulan data dengan melakukan pemeriksaan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang tidak sesuai dengan keadaan normal. Dalam metode pemeriksaan fisik ini, peneliti melakukan pemeriksaan meliputi: keadaan umum klien, tanda-tanda vital klien, pemeriksaan *head to toe*, dan pemeriksaan dilakukan dengan prinsip IPPA (*Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi*). Selain pemeriksaan fisik, pengukuran juga dilakukan yang bertujuan untuk melakukan pemantauan kondisi pasien dengan metoda mengukur menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti pengukuran suhu, menghitung frekuensi napas, frekuensi nadi, dan balance cairan klien.

f. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan cara pengumpulan data peneliti melalui dokumen (data sekunder) seperti data statistik, status pemeriksaan pasien, rekam medik, laporan, dan lain-lain (Hidayat, 2021). Dokumentasi keperawatan berbentuk catatan perkembangan, hasil pemeriksaan laboratorium, dan hasil pemeriksaan diagnostik seperti rontgen, dan hasil pemeriksaan EKG.

2. Prosedur Pengumpulan Data

Langkah-langkah prosedur pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti adalah:

a. Prosedur Administrasi

- 1) Peneliti mengurus surat izin penelitian dari instansi asal penelitian yaitu Poltekkes Kemenkes RI Padang dan memasukkan surat izin penelitian ke RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023.
- 2) Setelah dapat surat izin dari RSUP Dr. M. Djamil Padang, surat tersebut diserahkan ke pihak Instalasi Kebidanan dan Anak dan meminta izin untuk melakukan penelitian dan mengambil data yang dibutuhkan peneliti.

- 3) Melakukan pemilihan sampel sebanyak 1 orang anak yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Pemilihan sampel dilakukan dengan teknik *purposive sampling*.
  - 4) Mendatangi responden serta keluarga, kemudian menjelaskan tentang tujuan penelitian dan memberikan kesempatan keluarga untuk bertanya.
  - 5) Keluarga memberikan persetujuan untuk dijadikan anaknya sebagai responden dalam penelitian dengan menandatangani *informed consent*.
  - 6) Selanjutnya perawat atau mahasiswa dan keluarga melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya untuk melakukan asuhan keperawatan kepada responden.
- b. Prosedur Asuhan Keperawatan
- 1) Peneliti melakukan pengkajian kepada responden atau keluarga menggunakan metode wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.
  - 2) Peneliti merumuskan diagnosis keperawatan yang muncul pada responden.
  - 3) Peneliti membuat perencanaan asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada responden.
  - 4) Peneliti melakukan asuhan keperawatan pada responden.
  - 5) Peneliti mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada responden.
  - 6) Peneliti mendokumentasikan proses asuhan keperawatan yang telah diberikan pada responden mulai dari melakukan pengkajian sampai evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan.

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

### **1. Data Primer**

Data primer adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari sumber datanya. Data primer disebut juga sebagai data asli atau data baru yang *up to date*. Untuk mendapatkan data primer, peneliti dapat mengumpulkannya dengan menggunakan teknik wawancara,

observasi, diskusi kelompok terarah, dan penyebaran kuisioner (Masturoh, 2018). Data primer dalam penelitian ini didapatkan dari hasil observasi langsung, wawancara, dan pemeriksaan fisik langsung kepada klien.

## 2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh peneliti dari berbagai sumber yang telah ada, yang dapat diperoleh dari jurnal, lembaga, laporan, dan lain-lain (Masturoh, 2018). Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh langsung dari rekam medis dan ruangan IRNA Kebidanan & Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. Data sekunder berupa rekam medis dokter, data penunjang, catatan atau laporan historis yang telah disusun dalam arsip yang tidak dipublikasikan pada penelitian ini seperti hasil pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan diagnostik seperti rontgen torax, EKG, echocardiografi, analisis gula darah, hemoglobin, dan hematokrit.

## **G. Analisa Data**

Analisis yang dilakukan pada penelitian ini yaitu menganalisis temuan data yang didapatkan saat pengkajian yang dikelompokkan berdasarkan data objektif dan data subjektif, sehingga dapat merumuskan diagnosa keperawatan, kemudian menyusun rencana asuhan keperawatan dan melakukan implementasi serta evaluasi keperawatan. Analisis selanjutnya membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan kepada responden 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 bawaan (PJB). Selanjutnya data yang didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai mengevaluasi hasil tindakan akan dinarasikan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan anak dengan PJB. Tujuan dilakukan analisa adalah untuk menentukan apakah ada kesesuaian antara teori yang ada dengan kondisi pasien yang ditemukan.

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS**

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

Penelitian dilakukan selama enam hari yaitu dari tanggal 28 Maret 2023 hingga 02 April 2023 di ruang PICU IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang pada partisipan An. A umur 7 tahun 5 hari dengan diagnosa PJB Sianotik ec TOF + Bronkopneumonia.

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

Pasien anak perempuan berumur 7 tahun 5 hari dirawat diruang PICU anak, masuk melalui IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 26 Maret 2023. Pasien masuk dengan keluhan utama anak mengalami kebiruan yang timbul memberat sejak 10 hari sebelum masuk rumah sakit, disertai sesak napas, batuk berdahak dan pilek. Pasien rujukan dari RSUD M. Natsir Solok.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 28 Maret 2023 pukul 13.00 WIB, pasien dengan rawatan hari ke-3, An. A tampak sianosis terutama pada bibir, lidah, dan jari-jari. An. A tampak kurus, pucat, lesu, lemas, dan sesak napas. Jari-jari tangan dan kaki tampak *clubbing finger*. An. A pilek dan batuk berdahak, serta rewel dan sering menangis selama dirawat. Ayah pasien mengatakan An. A sering menangis, napas sesak, dan merasa lelah. Napas anak bertambah sesak saat batuk dan menangis. Ayah pasien juga mengatakan anak tidak bisa melakukan banyak aktifitas, dan dalam sepuluh hari terakhir An. A hanya bisa berjalan terjauh 50 meter, anak sering sesak terutama saat beraktifitas, tidak dipengaruhi posisi. Saat sesak An. A akan semakin membiru dan berkurang dengan beristirahat atau jongkok, berat badan An. A turun dari 14 kg menjadi 12 kg dalam waktu 2 minggu, status gizi anak tergolong gizi buruk, IMT didapatkan 10,91 (normal 13,9-17,3). An. A tampak terpasang oksigen binasal 5 liter per menit, saturasi oksigen anak naik turun, SpO<sub>2</sub> 76% (normal 95% - 100%), anak terpasang monitor, terpasang infus KaEN 1B di tangan kanan, terpasang NGT, terpasang kateter, dan anak telah dilakukan operasi pemasangan CVC (*central venous*

*catheters*) tanggal 27 Maret 2023.

An. A lahir langsung menangis, dan tampak biru, namun orangtua tidak membawa anak kontrol ke RS terkait biru pada anak karena takut atas tindakan medis. Anak telah diketahui sering lelah sejak usia 4 bulan. Semenjak lahir anak sering demam, batuk pilek, sesak napas, dan berat badan sukar mengalami kenaikan, serta gejala kebiruan sudah mulai tampak sejak lahir, dan kebiruan bertambah saat pasien menyusui dan menangis. Semenjak anak lahir sudah menampakkan gejala-gejala seperti penyakit jantung bawaan pada anak, namun karena kurangnya pengetahuan orangtua hanya menganggap hal tersebut biasa saja, dan tidak mau membawa anak kontrol ke RS.

Ayah pasien mengatakan bahwa PJB (TOF) ini terdiagnosis sejak An. A usia 4 bulan. Anak sering merasa lemas dan selera makan yang kurang. Orang tua pasien juga bercerita bahwa anaknya mudah lelah sampai anak sekarang sudah berusia 7 tahun. Anak tidak bisa melakukan banyak aktifitas karena cenderung akan sesak. Ketika ia bermain dengan temannya, anak tidak mau dan tidak pernah berlari. Anak hanya banyak main ditempat saja, tidak mau berpindah-pindah. Anak sering tiba-tiba jongkok ketika sedang bermain atau berjalan.

An. A lahir di RSIA Ananda Solok dengan usia kehamilan 37-38 minggu secara *sectio caesaria* (SC) dikarenakan posisi bayi sungsang dan juga karena keinginan dari ibu sendiri untuk melahirkan secara sesar karena takut untuk melahirkan secara normal. An. A lahir dengan berat badan lahir 2400 gram (normal 2500 gram – 4000 gram) dan panjang lahir 47 cm (normal 48 cm - 52 cm). An. A belum pernah diimunisasi. Ayah pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga lain yang menderita PJB, gagal jantung, dan *sindrome down*, dan tidak ada penyakit keturunan. Pada saat hamil ibu pasien mempunyai keluhan sering kelelahan, pusing, dan mual, serta mengonsumsi obat tablet tambah darah setiap malam dan juga sering

mengonsumsi jamu selama hamil. Ayah pasien seorang perokok aktif yang biasa merokok di dalam rumah saat ibu hamil.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien sedang, berat badan 12 kg (normal 21-25 kg), dan panjang badan 105 cm (normal 120-124 cm), LILA 12 cm, kesimpulannya BB berdasarkan umur tergolong gizi buruk, sedangkan TB berdasarkan umur tergolong perawakan sangat pendek, IMT 10,91 (normal 13,9-17,3). Hasil pengukuran tekanan darah (96/63 mmHg), pernapasan (35 kali per menit), nadi (129 kali per menit), suhu (37,6 °C), laju jantung 136 kali per menit. Hasil pemeriksaan fisik ditemukan konjungtiva anemis, wajah pucat, sklera tidak ikterik, mukosa bibir kering, bibir dan lidah tampak sianosis, terdapat pernapasan cuping hidung, pada leher ada pembesaran kelenjar getah bening dan teraba multiple di colli dekstra, terpasang CVC di vena jugularis interna leher sebelah kanan. Didapatkan lingkaran kepala 47,5 cm, lingkaran dada 56 cm, dan lingkaran perut 54 cm.

Pemeriksaan thoraks bentuk dada simetris kiri dan kanan, terdapat retraksi dinding dada, saat dilakukan auskultasi terdengar ronkhi basah halus di kedua lapangan paru, saat dilakukan pemeriksaan perkusi terdengar sonor, fremitus sama kiri dan kanan. Pemeriksaan jantung iktus cordis tidak tampak, iktus cordis teraba pada ICS VI 1 jari medial garis midclavicula kiri, suara jantung terdengar murmur halus, irama jantung sinus takikardia. Pemeriksaan abdomen tidak tampak adanya distensi abdomen, tidak ada lesi, bising usus (+) normal 5-7 kali per menit, saat dilakukan perkusi terdengar thympani. Pemeriksaan ekstremitas atas tampak pucat dan sianosis pada telapak tangan dan kuku tangan, *clubbing finger* (+), akral teraba hangat, CRT >2 detik, tidak terdapat edema, pada ekstremitas bawah akral teraba hangat dan tidak terdapat edema, kuku jari sianosis dan *clubbing finger* (+).

Pola nutrisi dan cairan, ayah An. A mengatakan saat sehat anak memang susah makan, tidak bisa makan dan minum banyak karena cenderung sesak. BB anak turun dari 14 kg menjadi 12 kg dalam waktu 2 minggu. Biasanya An. A makan 3 kali sehari dengan porsi kecil atau sedikit. Saat sakit An. A makin sulit untuk makan dan minum, selama dirawat An. A menggunakan selang NGT untuk memenuhi nutrisi pada tubuhnya. An. A hanya diberi makanan cair yaitu susu dengan diit MCDJ 6 x 150 cc. Pola istirahat dan tidur anak selama dirawat dirumah sakit anak sulit untuk tidur dan sering terbangun malam dan menangis, jumlah jam tidur siang (1-2 jam/hari), dan jumlah jam tidur malam tidak teratur (6-7 jam/hari). BAK pasien selama dirawat di RS anak terpasang kateter, jumlah urin lebih kurang 1500 cc/hari, warna kuning, dan tidak ada masalah, BAB frekuensi 1x/hari, warna kuning, dengan konsistensi lembek kadang cair, anak terpasang pempers, dan saat dirawat anak selalu ambil posisi jongkok untuk BAB. Semua aktifitas pasien dibantu perawat dan keluarga.

Data penunjang yang didapatkan dari hasil laboratorium pada tanggal 28 Maret 2023 yaitu hemoglobin 19.6 g/dl (normal 10.2-15.2), leukosit  $6.04 \times 10^3/\text{mm}^3$  (normal 5.0-17.0), hematokrit 63 % (normal 35.0-49.0), trombosit  $190 \times 10^3/\text{mm}^3$  (normal 150-450), eritrosit  $9.78 \times 10^6/\text{mm}^3$  (normal 4.00-5.20), retikulosit 2.22% (normal 0.5-1.5), MCV 78 fl (normal 80.0-94.0), MCH 24 pg (normal 23.0-31.0), MCHC 31% (32.0-36.0), RDW-CV 22.7 % (normal 11.5-14.5), basofil 0.00 % (0-2), eosinofil 1% (normal 1-4), neutrofil batang 1 (normal 0.0-5.00), neutrofil segmen 71 (normal 29.0-65.0), limfosit 19% (normal 29-65), monosit 8 (normal 2-11).

Pada pemeriksaan rontgen thoraks terdapat infiltrat di kedua lapangan paru, CTR 55%, pemeriksaan elektrokardiogram didapatkan hasil EKG sinus takikardia aksis kanan RVH, pada pemeriksaan echocardiografi trans torakal tanggal 28 Maret 2023 didapatkan hasil situs solitus, RA RV dilatation, VSD 12 mm malalligament, aorta overriding 50%, dan atresia pulmonary. An. A mendapatkan terapi obat IVFD KaEN 1B 200 cc/ 24 jam (8,33

cc/jam), Ceftriaxon 2 x 600 mg, Paracetamol 120 mg, Propanolol 3 x 5 mg, N asetil sistein 2 x 100 mg, Ambroxol 3 x 15 mg, MC DJ 6 x 150 cc/hari, dan Oksigen binasal 5 liter per menit.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik diatas, didapatkan 5 masalah keperawatan yang bisa ditegakkan untuk An. A yaitu, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi, dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

**Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload** yang ditandai dengan data subjektif Tn. D mengatakan anak tampak lelah dan lemah, nafas anak bertambah sesak saat batuk dan menangis. Data Objektif An. A tampak lemah dan lesu, tampak sesak, sianosis pada bibir, lidah, dan jari-jari, tekanan darah (96/63 mmHg), nadi (129 kali per menit), pernapasan (35 kali per menit), suhu (37,6 °C), CRT >2 detik, SpO2 76%, tampak pilek dan batuk berdahak, konjungtiva anemis, clubbing finger pada kuku-kuku jari, terdengar bunyi murmur halus pada jantung, adanya tarikan dinding dada, mendapatkan terapi obat propanolol 3 x 5 mg, dan paracetamol 120 mg, iktus cordis teraba pada ICS VI 1 jari medial garis midclavícula kiri, hasil EKG sinus takikardia aksis kanan RVH, hasil pemeriksaan echocardiogram VSD 12 mm malalligament, aorta overriding 50%.

**Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** ditandai dengan data subjektif Tn. D mengatakan anak pilek dan batuk berdahak sejak 10 hari sebelum masuk rumah sakit, anak masih tampak sesak. Data objektif An. A tampak sesak, pilek dan batuk berdahak,



tampak An. A batuk tidak efektif, sputum atau dahak berlebih, bunyi napas rhonki basah halus nyaring di kedua lapang paru, An. A terpasang oksigen binasal 5 liter per menit, tekanan darah (96/63 mmHg), nadi (129 kali per menit), pernapasan (35 kali per menit), SpO<sub>2</sub> (76%), tampak pucat dan sianosis di mulut, lidah dan jari-jari, hasil rontgen thoraks terdapat infiltrat di kedua lapangan paru, CTR 55%, An.A mendapatkan terapi obat n-asetil sistein 2 x 100 mg, ambroxol 3 x 15 mg, dan ceftriaxon 2 x 600 mg.

**Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** ditandai dengan data subjektif Tn. D mengatakan berat badan (BB) anak turun dari 14 kg menjadi 12 kg dalam waktu 2 minggu, BB anak susah naik, nafsu makan anak menurun, anak tidak bisa makan dan minum banyak karena cenderung sesak. Data objektif An. A tampak lemah, lesu, pucat, bibir dan lidah sianosis, anak tampak kurus, berat badan 12 kg (normal 21-25 kg), dan tinggi badan 105 cm (normal 120-124 cm), IMT 10,91 (normal 13,9-17,3) kesan gizi buruk,  $BB/U = 12/23 \times 100\% = 52,1\%$  (gizi buruk),  $TB/U = 105/122 \times 100\% = 86\%$  (perawakan sangat pendek),  $BB/TB = 12/17 \times 100\% = 70,5\%$  (sangat kurus), LILA 12 cm, An. A mendapatkan diit MCDJ 6 x 150 cc, terpasang NGT, dan selama dirawat untuk memenuhi nutrisi An. A diberi makanan susu, bising usus (+) normal 5-7 kali per menit.

**Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi** ditandai dengan data subjektif Tn. D mengatakan anak masih tampak sesak, anak masih pilek dan batuk berdahak, anak lemah dan sering lelah, anak sering sesak napas saat beraktifitas. Data Objektif An. A tampak sesak dan lemas, tekanan darah (96/63 mmHg), nadi (129 kali per menit), pernapasan (35 kali per menit), SpO<sub>2</sub> 76%, bunyi napas rhonki basah halus nyaring di kedua lapang paru, hasil rontgen thoraks terdapat infiltrat di kedua lapangan paru, CTR 55%, An. A tampak terpasang oksigen binasal 5 liter per menit, tampak pucat dan sianosis di bibir, lidah dan ujung jari.

**Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen** yang ditandai dengan data subjektif Tn. D mengatakan anak masih lemas dan lesu, anak sering merasa lelah, anak tidak bisa melakukan aktifitas banyak karena cenderung akan sesak, nafsu makan anak menurun. Data Objektif An. A tampak lemas dan lesu, tampak tidak bersemangat, semua aktifitas anak dibantu keluarga dan perawat, An. A tampak pucat dan sianosis pada bibir, lidah dan jari-jari, anak tampak kurus, tekanan darah (96/63 mmHg), nadi (129 kali per menit), pernapasan (35 kali per menit), CRT >3 detik, SpO<sub>2</sub> (76%), laju jantung 136 kali per menit (takikardia), An. A tampak sesak, terpasang oksigen binasal 5 liter per menit.

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi atau rencana tindakan yang akan dilakukan kepada An. A sesuai dengan diagnosa yang sudah ada yaitu perawatan jantung, edukasi proses penyakit, manajemen jalan napas, manajemen nutrisi, edukasi nutrisi anak, pemantauan respirasi, dan manajemen energi.

Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk diagnosa **Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload** yaitu perawatan jantung: **Observasi**; yaitu identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP), identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan BB, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, rhonki basah, oliguria, batuk, kulit pucat), monitor tekanan darah, monitor intake dan output cairan, monitor BB setiap hari pada waktu yang sama, monitor saturasi oksigen, monitor keluhan nyeri dada, monitor EKG 12 sadapan, monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi), monitor nilai laboratorium jantung, periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat. **Terapeutik**; posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman, berikan diet jantung yang sesuai, berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress,

berikan dukungan emosional dan spiritual, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%. **Edukasi;** anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi, anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap, anjurkan pasien dan keluarga mengukur BB harian, dan mengukur intake output cairan harian. **Kolaborasi;** kolaborasi pemberian aritmia, jika perlu. **Kriteria hasil** yang hendak dicapai yaitu; kekuatan nadi perifer meningkat, palpitasi menurun, takikardia menurun, gambaran EKG aritmia menurun, lelah menurun, distensi vena jugularis menurun, dispnea menurun, pucat atau sianosis menurun, ortopnea menurun, murmur jantung menurun, BB meningkat, CRT membaik.

Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk diagnosa **Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** yaitu manajemen jalan napas: **Observasi;** monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum (jumlah, warna, aroma). **Terapeutik;** posisikan semi fowler atau fowler, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, jika perlu, lakukan penghisapan ledir kurang dari 15 detik, berikan oksigen, jika perlu. **Edukasi;** anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi, ajarkan teknik batuk efektif. **Kolaborasi;** kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. **Kriteria hasil** yang hendak dicapai yaitu; batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, dispnea menurun, sianosis menurun, frekuensi napas membaik, pola napas membaik.

Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk diagnosa **Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** yaitu manajemen nutrisi: **Observasi;** identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik, monitor asupan makanan, monitor BB, monitor hasil pemeriksaan laboratorium. **Terapeutik;** fasilitasi menentukan pedoman

diet, sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi. **Edukasi;** anjurkan posisi duduk, jika mampu, ajarkan diet yang diprogramkan. **Kolaborasi;** kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu. **Kriteria hasil** yang hendak dicapai yaitu; porsi makanan yang dihabiskan meningkat, serum albumin meningkat, berat badan membaik, IMT membaik, bising usus membaik, frekuensi makan dan nafsu makan membaik.

Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk diagnosa **Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi** yaitu pemantauan respirasi: **Observasi;** monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas, monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul), monitor kemampuan batuk efektif, monitor adanya produksi sputum, monitor adanya sumbatan jalan napas, palpasi kesimetrisan ekspansi paru, auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen, monitor nilai AGD, monitor hasil x-ray thoraks. **Terapeutik;** atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan. **Edukasi;** jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan, jika perlu. **Kriteria hasil** yang hendak dicapai yaitu; dispnea menurun, penggunaan otot bantu nafas menurun, pernapasan cuping hidung menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik.

Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk diagnosa **Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen** yaitu manajemen energi: **Observasi;** identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. **Terapeutik;** sediakan lingkungan nyaman dan

rendah stimulus (mis cahaya, suara, kunjungan), lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif, berikan aktifitas distraksi yang menenangkan, fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. **Edukasi;** anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan. **Kolaborasi;** kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. **Kriteria hasil** yang hendak dicapai yaitu; saturasi oksigen meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat dan setelah aktifitas menurun, perasaan lemah menurun.

#### 4. Implementasi Keperawatan

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

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan untuk diagnosa pertama **Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload** yaitu, mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema), mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan BB, rhonki basah, batuk, kulit pucat), memonitor tekanan darah, menghitung frekuensi nadi dalam 1 menit, menghitung frekuensi pernapasan dalam 1 menit, mengukur suhu di aksila, memonitor saturasi oksigen, memonitor intake dan output pasien, memosisikan pasien fowler dan semi fowler, melakukan penilaian *capillary refill time* (CRT), mendengarkan suara napas, mendengarkan suara jantung, melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi, membantu memberikan terapi obat propranolol 3 x 5 mg, paracetamol 120 mg, dan memberikan edukasi pendidikan kesehatan kepada An. A dan ayahnya mengenai penyakit PJB ec TOF (definisi, penyebab, tanda gejala, dan cara perawatan anak dirumah terutama untuk mencegah terjadinya kelelahan dan

sianosis pada anak yaitu dengan mentoleransi aktifitas anak, serta menganjurkan anak melakukan posisi jongkok apabila mengalami serangan sianotik atau sesak yang tujuannya untuk menaikkan saturasi oksigen pada darah sehingga sesak yang dirasakan berkurang).

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan untuk diagnosa kedua **Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** yaitu, memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), mendengarkan bunyi napas, mengukur tekanan darah, menghitung nadi, mengukur suhu di aksila, menilai CRT, memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), melihat gerakan dinding dada, memberikan posisi semi fowler dan fowler, memberikan oksigen binasal 5 liter per menit, mengajarkan An. A teknik batuk efektif, memberikan minum hangat, dan memberikan obat nasetil sistein 2 x 100 mg, ambroxol 3 x 15 mg, dan ceftriaxon 2 x 600 mg.

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan untuk diagnosa ketiga **Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** yaitu, mengidentifikasi status nutrisi An. A, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, membantu memberikan diit MCDJ 6 x 150 cc lewat NGT, memonitor asupan makanan, memberikan pendidikan kesehatan kepada ayah pasien mengenai gizi seimbang pada anak, memonitor intake dan output cairan, memantau berat badan anak, memantau adanya mual muntah, dan melakukan pemeriksaan konjungtiva anak, memantau kelancaran infus IVFD KaEN 1B 1100 cc/hari, mengajarkan An. A cara mencuci tangan yang benar.

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan untuk diagnosa keempat **Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi** yaitu, memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), memosisikan pasien fowler dan semi fowler, memberikan minum hangat, memberikan oksigen binasal 5 liter per menit, menghitung pernapasan, menghitung nadi, mengukur tekanan darah, mengukur suhu, mendengarkan bunyi napas,

menilai CRT, melihat gerakan dinding dada, dan memonitor saturasi oksigen.

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan untuk diagnosa kelima **Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen** yaitu, mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor pola dan jam tidur An. A, memonitor TTV pasien, membantu An. A melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif, menganjurkan An. A melakukan aktifitas secara bertahap, menganjurkan istirahat yang cukup, mengajarkan An. A latihan napas dalam, memberikan semangat dan memotivasi An. A dan keluarga, membantu pasien memilih aktifitas yang mampu dilakukan ditempat tidur tanpa memperberat kerja jantung, memberi pengertian dan informasi kepada keluarga tentang kondisi anak yang mudah lelah agar keluarga mampu menjadi sumber bantuan untuk memenuhi aktifitas yang diinginkan pasien.

## 5. Evaluasi Keperawatan

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

Setelah dilakukan evaluasi keperawatan selama 5 hari berturut-turut untuk masing-masing diagnosa didapatkan hasil sebagai berikut: diagnosa pertama **Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload** pada hari ke-5 yaitu tanggal 02 April 2023 masalah belum teratasi dengan **S:** Ayah An. A mengatakan anak sudah lebih ceria dan banyak bercerita, perawat diruangan mengatakan An. A masih tampak lemah dan lelah, **O:** An. A masih tampak pucat, lemah dan lelah, tampak sianosis pada bibir, lidah, dan jari-jari, anak tampak sudah tidak sesak, *Clubbing finger* pada

kuku, tekanan darah (105/60 mmHg), pernapasan (25 kali per menit), nadi (136 kali per menit), suhu (36,7 C), SpO<sub>2</sub> (80%), CRT >2 detik, Iktus cordis teraba pada ICS VI 1 jari medial garis midclavicula kiri, terdengar bunyi murmur halus pada jantung, An. A tampak tidak terpasang oksigen binasal lagi, **A:** Penurunan curah jantung belum teratasi, **P:** Intervensi dilanjutkan oleh perawat diruangan.

**Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** teratasi sebagian pada hari ke-5, dengan **S:** Perawat diruangan mengatakan An. A sudah tidak sesak, An. A masih batuk berdahak dan pilek namun sudah berkurang, **O:** An. A tampak sudah tidak sesak, tampak masih batuk berdahak dan pilek, oksigen binasal sudah tidak terpasang, terdengar rhonki basah halus nyaring di kedua lapang paru, tekanan darah (105/60 mmHg), pernapasan (25 kali per menit), nadi (136 kali per menit), suhu (36,7 C), SpO<sub>2</sub> (80%), CRT >2 detik), **A:** Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian, **P:** Intervensi dilanjutkan oleh perawat diruangan.

**Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** belum teratasi pada hari ke-5, dengan **S:** Perawat diruangan mengatakan An. A masih lemas dan lesu, berat badan An. A belum mengalami kenaikan, An. A masih mendapatkan diit MCDJ 6 x 150 cc, **O:** An. A masih tampak lemas dan lesu, mukosa bibir An. A tampak pucat, sianosis dan kering, masih terpasang NGT, bising usus 5-7 kali per menit, BB (12 kg), TB (105 cm), IMT (10,91) kesan gizi buruk, An. A tampak kurus, **A:** Defisit nutrisi belum teratasi, **P:** Intervensi dilanjutkan oleh perawat diruangan.

**Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi** teratasi pada hari ke-5, dengan **S:** Perawat diruangan mengatakan An. A sudah tidak sesak dan sudah dilepas oksigen, **O:** An. A tampak sudah tidak sesak, pernapasan cuping hidung tidak ada, masih terdengar bunyi napas ronkhi,



tidak tampak adanya tarikan dinding dada, An. A masih batuk berdahak dan pilek namun sudah berkurang, tekanan darah (100/60 mmHg), pernapasan (25 kali per menit), nadi (136 kali per menit), suhu (36,7 C), SpO<sub>2</sub> (80%), CRT >2 detik, An. A tampak sudah tidak terpasang oksigen binasal, **A:** Masalah pola napas tidak efektif sudah teratasi, **P:** Intervensi dihentikan.

**Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen** belum teratasi pada hari ke-5, dengan **S:** Perawat ruangan mengatakan An. A masih tampak lemah dan lesu, saturasi oksigen An. A sudah mulai bagus, pola tidur masih tidak teratur dan susah tidur, **O:** An. A masih tampak lemas, lelah dan lesu, tampak pucat dan sianosis, tekanan darah (100/60 mmHg), pernapasan (25 kali per menit), nadi (136 kali per menit), suhu (36,7 C), SpO<sub>2</sub> (80%), CRT >2 detik, An. A tampak mampu mempraktekkan teknik napas dalam, pola tidur siang An. A (1-2 jam) dan tidur malam (7-8 jam), semua aktifitas An. A masih dibantu perawat dan keluarga, **A:** Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi, **P:** Intervensi dilanjutkan oleh perawat diruangan.

## **B. Pembahasan Kasus**

Pembahasan pada kasus ini peneliti akan membahas kesinambungan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada An. A dengan penyakit jantung bawaan sianotik ec TOF + Bronkopneumonia diruangan PICU IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang yang dilakukan sejak tanggal 28 Maret 2023 – 02 April 2023. 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. A (7 tahun 5 hari) didapatkan data An. A tampak sianosis terutama pada bibir, lidah, dan jari-jari. An. A tampak kurus, pucat, lesu, lemas, dan sesak. Jari-jari tangan dan kaki tampak *clubbing finger*. An. A pilek dan batuk berdahak, serta rewel

dan sering menangis selama dirawat. Ayah pasien mengatakan An. A sering menangis, napas sesak, dan merasa lelah, serta anak sering sesak terutama saat beraktifitas, tidak dipengaruhi posisi. An. A tampak terpasang oksigen binasal 5 liter per menit, saturasi oksigen anak naik turun, SpO<sub>2</sub> 76% (normal 95% - 100%).

Menurut Kasron (2016) *tetraloggi of fallot* (TOF) adalah kelainan jantung kongenital dengan gangguan sianosis yang ditandai dengan kombinasi 4 hal yang abnormal meliputi defek septum ventrikel, stenosis pulmonal, overriding aorta, dan hipertrofi ventrikel kanan. Menurut Majid (2019) keluhan utama pada pasien PJB dengan TOF akan menampilkan gejala seperti sianosis, letargi, dan lemah. Selain itu terdapat tanda-tanda dispnea yang disertai jari-jari *clubbing*, anak berukuran kecil, dan berat badan kurang. Anak akan mudah mengalami infeksi saluran pernapasan.

Menurut Aspiani (2017) saturasi oksigen yang rendah (SPO<sub>2</sub>) pada anak dengan PJB berdampak terhadap peningkatan hemoglobin dan hematokrit (Ht). Saturasi oksigen yang rendah atau kurang dari 95% bisa disebut sebagai hipoksemia. Kondisi ini disertai dengan gejala seperti napas sesak, kaki bengkak, dan mudah lelah. Hipoksia jika tidak ditangani dengan tepat dapat menyebabkan pasokan oksigen ke berbagai jaringan tubuh menjadi tidak optimal, sehingga mengganggu sistem pernapasan. Semakin besar shunt kanan ke kiri maka semakin rendah saturasi oksigen arterial sistemik, dan akan semakin tinggi nilai hematokrit serta semakin rendah jumlah trombosit.

Menurut analisa peneliti keluhan yang terdapat pada An. A seperti sesak napas, tampak pucat, SPO<sub>2</sub> rendah, dan sianosis serta *clubbing finger* sesuai dengan teori yang ada. Sesak napas terjadi karena adanya penyempitan dan kebocoran sehingga aliran darah yang seharusnya mengalir dari atrium kanan ke ventrikel kanan masuk ke pulmonal, tetapi di pulmonal tersumbat sehingga tidak semua darah masuk ke pulmonal, darah biru (darah kotor)

akan bercampur dengan darah merah (darah bersih) dan mengalir ke aorta, sehingga seluruh tubuh membawa darah yang bercampur. Hal inilah yang dapat menyebabkan anak menjadi sesak napas dan sianosis.

Riwayat kesehatan dahulu pada partisipan didapatkan An. A lahir pada usia kehamilan 37-38 minggu dengan masalah posisi bayi sungsang dan lahir secara sesar, dengan berat badan lahir kurang yaitu 2400 gr dan tinggi badan 47 cm. Masalah waktu hamil yaitu sering kelelahan, pusing, dan mual, serta minum tablet tambah darah setiap malam, dan ibu sering mengkonsumsi jamu selama hamil. Tn. D mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien. Ayah pasien adalah seorang perokok aktif yang biasa merokok didalam rumah saat ibu hamil. Tn.D mengatakan anak belum pernah diimunisasi.

Menurut analisa peneliti penyebab PJB yang dialami anak tidak diketahui secara pasti. Namun secara teori menurut Ngastiyah (2014) PJB disebabkan oleh gangguan perkembangan sistem kardiovaskuler pada embrio yang diduga karena adanya faktor eksogen dan endogen. 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 atau alkoholisme dapat menyebabkan pemicu terjadinya penyakit jantung bawaan pada anak, dan juga faktor prenatal seperti bayi yang lahir prematur (yaitu kurang dari 37 minggu).

Hasil pemeriksaan pada An. A didapatkan keadaan umum pasien sedang, berat badan (BB) 12 kg dan tinggi badan 105 cm, IMT 10,91, LILA 12 cm, didapatkan kesimpulan status gizi anak berdasarkan berat badan per umur tergolong gizi buruk, tinggi badan per umur tergolong perawakan sangat pendek, dan berat badan per tinggi badan tergolong sangat kurus. Konjungtiva anak tampak anemis, wajah pucat, mukosa bibir kering, sianosis disekitar mulut (bibir, lidah, dan di ujung-ujung jari), anak tampak kurus dan terpasang selang NGT untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada

tubuhnya, anak tidak bisa makan dan minum banyak karena cenderung akan sesak, anak mendapatkan diit MCDJ 6 x 150 cc.

Menurut Budi, Junio (2017) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa pasien PJB memiliki frekuensi tinggi terhadap kelainan kongenital yang multiple, berat badan lahir rendah (yang menjadi resiko kedepannya), dan keterlambatan pertumbuhan. Menurut Maramis, dkk (2014) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa distribusi penderita PJB berdasarkan status gizi yaitu lebih banyak mengalami gizi kurang. Anak dengan PJB sering menunjukkan pencapaian berat badan yang tidak baik dan keterlambatan pertumbuhan, malnutrisi pada penyakit jantung menyebabkan kegagalan perkembangan karena asupan nutrisi yang tidak adekuat dan gangguan absorpsi.

Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian Nurain (2015) yaitu asupan energi yang rendah akibat kurangnya nafsu makan pada anak dengan PJB merupakan salah satu penyebab terjadinya gagal tumbuh. Sesak napas, anoksia atau kurangnya suplai oksigen dapat mengganggu bayi dan anak saat menelan sehingga tidak mampu mempertahankan volume makanan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan gizi anak. Begitupun menurut teori (Damanik, 2019), bahwa anak dengan PJB pertumbuhan berat badannya terhambat, tidak ada kesesuaian berat badan dengan usia. Biasanya anak cenderung mengalami keterlambatan pertumbuhan karena lelah selama makan dan peningkatan kebutuhan kalori sebagai akibat dari kondisi penyakit.

Menurut analisa peneliti defisit nutrisi yang terjadi pada An. A karena terjadinya penurunan curah jantung yang mengakibatkan jantung tidak adekuat memompakan darah yang terdapat oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh yang menyebabkan nutrisi pasien menjadi 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.

Hasil pengukuran tekanan darah (96/63 mmHg), pernapasan (35 kali per menit), nadi (129 kali per menit), suhu (37,6 °C). Hasil pemeriksaan fisik yang ditemukan konjungtiva anemis, wajah pucat, sklera tidak ikterik, mukosa bibir kering, bibir, lidah, dan jari-jari tampak sianosis, terdapat pernapasan cuping hidung, pada leher ada pembesaran kelenjar getah bening, dan KGB teraba multiple di colli dekstra, terpasang CVC di vena jugularis interna leher sebelah kanan. Didapatkan lingkar kepala 47,5 cm, lingkar dada 56 cm, lingkar perut 54 cm.

Pemeriksaan thoraks bentuk dada simetris kiri dan kanan, terdapat retraksi dinding dada, saat dilakukan auskultasi terdengar ronkhi basah halus di kedua lapangan paru, saat dilakukan pemeriksaan perkusi terdengar sonor, fremitus sama kiri dan kanan. Pemeriksaan jantung iktus cordis tidak tampak, iktus cordis teraba pada ICS VI 1 jari medial garis midclavicula kiri, suara jantung terdengar murmur halus, irama jantung sinus takikardia. Pemeriksaan abdomen tidak tampak adanya distensi abdomen, tidak ada lesi, bising usus (+) normal 5-7 kali per menit, saat dilakukan perkusi terdengar thympani. Pemeriksaan ekstremitas atas tampak pucat dan sianosis pada telapak tangan dan kuku tangan, *clubbing finger* (+), akral teraba hangat, CRT >2 detik, tidak terdapat edema, pada ekstremitas bawah akral teraba hangat dan tidak terdapat edema, kuku jari sianosis dan *clubbing finger* (+).

Menurut Jimly (2022) penyebab terjadinya *clubbing finger* pada anak dengan PJB adalah karena penambahan jaringan ikat yang terjadi pada bagian jaringan lunak di dasar kuku yang berkaitan dengan kekurangan oksigen kronik atau hipoksia kronik. Hal ini terjadi di jari-jari sebab terdapat pembuluh darah perifer. Kurangnya kadar oksigen di perifer khususnya di jari-jari merangsang otak untuk mendilatasi pembuluh

darah di jari-jari. Dilatasi pembuluh darah ini bersifat permanen yang mengakibatkan jari-jari tabuh. Pada pasien PJB sianotik terdapat sianosis disekitar bibir dan *clubbing finger*.

Menurut Damanik, dkk (2019) pemeriksaan fisik pada anak yang menderita PJB dengan TOF, pada jantung saat diauskultasi didapatkan murmur pada batas kiri sternum tengah sampai bawah. Pada auskultasi terdengar bising sistolik yang keras didaerah pulmonal yang semakin melemah dengan bertambahnya derajat obstruksi. Bunyi jantung I normal, sedang bunyi jantung II tunggal dan keras. Pada saat inspeksi bentuk dada bayi masih normal, namun pada anak yang lebih besar tampak menonjol akibat pelebaran ventrikel kanan. Pada thoraks saat diinspeksi dijumpai peningkatan frekuensi pernapasan dengan atau tanpa retraksi dinding dada. Pada palpasi teraba desakan dinding paru yang meningkat terhadap dinding dada, pada perkusi mungkin terdengar suara redup karena peningkatan volume darah paru, dan saat diauskultasi terdengar ronchi basah tanda adanya edema paru pada komplikasi gagal jantung.

Menurut analisa peneliti, anak yang mengalami PJB akan terjadi penurunan penyediaan bahan nutrisi dan oksigen yang dipompa melalui jantung sehingga otot teraba lemah, kulit dingin dan tampak pucat, serta sianosis. Keluhan tersebut terjadi pada anak tergantung pada besar kecilnya derajat penyakit. Menurut Fitria, dkk (2022) pada anak PJB dengan TOF derajat I merupakan derajat yang paling ringan, yang ditandai dengan adanya kemampuan kerja yang normal tanpa adanya sianosis, derajat II mengalami peningkatan yaitu terdapat sianosis pada saat kerja, sehingga dapat mengurangi kemampuan dalam berkerja, derajat III akan semakin berat dengan adanya sesak napas, sianosis saat beristirahat, dan saat bekerja akan terjadi peningkatan sianosis, derajat IV merupakan derajat terberat, dimana terdapatnya semua tanda dan gejala pada gejala III ditambah dengan adanya *clubbing finger*.

Hasil dari pemeriksaan laboratorium yaitu hemoglobin 19.6 g/dl (normal 10.2-15.2), leukosit  $6.04 \times 10^3/\text{mm}^3$  (normal 5.0-17.0), hematokrit 63 % (normal 35.0-49.0), trombosit  $190 \times 10^3/\text{mm}^3$  (normal 150-450), eritrosit  $9.78 \times 10^6/\text{mm}^3$  (normal 4.00-5.20), retikulosit 2.22% (normal 0.5-1.5), MCV 78 fl (normal 80.0-94.0), MCH 24 pg (normal 23.0-31.0), MCHC 31% (32.0-36.0), RDW-CV 22.7 % (normal 11.5-14.5), neutrofil segmen 71 (normal 29.0-65.0), limfosit 19 % (normal 29-65), monosit 8 (normal 2-11). Pada pemeriksaan rontgen thoraks terdapat infiltrat di kedua lapangan paru, CTR 55%, pemeriksaan elektrokardiogram didapatkan hasil EKG sinus takikardia aksis kanan RVH, pada pemeriksaan echocardiografi trans torakal didapatkan hasil situs solitus, RA RV dilatation, VSD 12 mm malalligament, aorta overriding 50%, dan atresia pulmonary.

Menurut Aspiani (2017) hasil pemeriksaan laboratorium darah pada anak PJB dengan TOF ditemukan adanya peningkatan hemoglobin dan hematokrit (Ht) akibat saturasi oksigen yang rendah. Pada umumnya hemoglobin dipertahankan 16-18 gr/dl dan hematokrit antara 50-65%. Pada pemeriksaan thoraks akan menunjukkan penurunan aliran darah pulmonal, tidak ada pembesaran jantung, gambaran khas jantung tampak apeks jantung terangkat sehingga seperti sepatu. Pemeriksaan EKG didapatkan hasil sumbu QRS hampir selalu berdeviasi ke kanan, dan tampak hipertrofi ventrikel kanan. Pemeriksaan echocardiogram akan memperlihatkan dilatasi aorta, overriding aorta dengan dilatasi ventrikel kanan, penurunan ukuran arteri pulmonalis dan penurunan aliran darah ke paru.

Menurut analisa peneliti hasil laboratorium yang didapatkan oleh An. A sudah sesuai dengan teori yang ada. Apabila sianosis yang terjadi pada anak berat, maka akan terjadi polisitemia dan tampak pada angka hematokrit yang tinggi. Menurut asumsi peneliti pemeriksaan laboratorium sangat penting dilakukan untuk mengetahui dan memantau visikositas darah serta mendeteksi adanya infeksi, defisiensi zat besi, tanda-tanda perdarahan yang mana dapat berdampak besar pada penderita penyakit jantung bawaan.

An. A mendapatkan terapi obat IVFD KaEN 1B 200 cc/ 24 jam (8,33 cc/jam), Ceftriaxon 2 x 600 mg, Paracetamol 120 mg, Propanolol 3 x 5 mg, N-asetil sistein 2 x 100 mg, Ambroxol 3 x 15 mg, MC DJ 6 x 150 cc/hari, dan Oksigen binasal 5 liter per menit.

Menurut analisa peneliti obat yang didapatkan oleh An. A sudah sesuai dengan teori, seperti yang dikemukakan oleh Aspiani (2017), anak yang menderita PJB dengan TOF dalam penatalaksanaannya perlu diberi obat propanolol 0,01 mg/kg IV perlahan-lahan yang gunanya untuk menurunkan denyut jantung sehingga serangan dapat diatasi, ketamin 1-3 mg/kg untuk meningkatkan resistensi vaskuler sistemik dan juga sedatif, dan penambahan volume cairan tubuh dengan infus cairan dapat efektif dalam penanganan serangan sianotik pada anak. Pada kasus ini, anak diberi obat propanolol supaya dapat menstabilkan kerja otot jantung, obat n- asetil sistein serta ambroxol untuk mengencerkan dahak, ceftriaxon untuk mencegah infeksi saluran pernapasan bagian bawah, paracetamol untuk penurun demam serta mencegah gejala pilek, dan infus KaEN 1B sebagai pengganti cairan atau nutrisi.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa diagnosa yang muncul pada An. A adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi, dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan dan kebutuhan oksigen.

Berdasarkan diagnosis keperawatan SDKI (2017), dan beberapa sumber buku peneliti menemukan ada 11 diagnosa keperawatan (Aspiani, 2017, Oktiawati, 2019) yang mungkin muncul pada anak dengan penyakit jantung bawaan yaitu: Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan



irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan *preload*, dan perubahan *afterload*, Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, dan perubahan membran alveolus-kapiler, Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik, dan defisiensi stimulus, Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, spasme jalan napas, Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, ketidakmampuan menelan dan mencerna makanan, faktor psikologis, Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, penurunan konsentrasi hemoglobin, penurunan aliran arteri atau vena, Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan, Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder, Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan fibrasi atrium, stenosis atrium, dan Defisit pengetahuan pada orang tua tentang penyakit anak berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Berdasarkan kasus yang peneliti temukan diagnosa utama yang peneliti angkat untuk An. A yaitu, **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload** ditandai dengan Tn. D mengatakan anak tampak lelah dan lemah, nafas anak bertambah sesak saat batuk dan menangis. An. A tampak lemah dan lesu, tampak sesak, sianosis pada bibir, lidah, dan jari-jari, tekanan darah (96/63 mmHg), nadi (129 kali per menit), pernapasan (35 kali per menit), suhu (37,6 °C), CRT >2 detik, SpO<sub>2</sub> 76%, tampak pilek dan batuk berdahak, konjungtiva anemis, clubbing finger pada kuku-kuku jari, terdengar bunyi murmur halus pada jantung, adanya tarikan dinding dada, mendapatkan terapi obat propranolol 3 x 5 mg, dan paracetamol 120 mg, iktus cordis teraba pada ICS VI 1 jari medial garis midclavicula kiri, hasil EKG sinus takikardia aksis kanan RVH, hasil

pemeriksaan echocardiogram VSD 12 mm malalligament, aorta ovveriding 50%.

Menurut Susilaningrum (2013) penurunan curah jantung terjadi akibat adanya kecacatan pada struktur jantung karena adanya septum atau lobang diantara ventrikel kanan dengan ventrikel kiri yang menyebabkan darah mengalir dari ventrikel kiri ke ventrikel kanan karena tekanan pada ventrikel kiri lebih tinggi dibandingkan ventrikel kanan yang mengakibatkan hipertrofi pada ventrikel kanan dan dapat menambah beban kerja jantung.

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

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

Diagnosa **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan**, ditandai dengan Tn. D mengatakan anak pilek dan batuk berdahak sejak 10 hari sebelum masuk rumah sakit, anak masih tampak sesak. An. A tampak sesak, pilek dan batuk berdahak, tampak An. A batuk tidak efektif, sputum atau dahak berlebih, bunyi napas rhonki basah halus nyaring di kedua lapang paru, An. A terpasang oksigen binasal 5 liter per menit, tekanan darah (96/63 mmHg), nadi (129 kali per menit), pernapasan (35 kali per menit), SpO<sub>2</sub> (76%), tampak pucat dan sianosis di mulut, lidah dan jari-jari, hasil rontgen thoraks terdapat infiltrat di kedua lapangan paru, CTR 55%, An. A terdiagnosa PJB ec TOF + Bronkopneumonia, An.A mendapatkan terapi obat n-asetil sistein 2 x 100 mg, ambroxol 3 x 15 mg, dan ceftriaxon 2 x 600 mg.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hernawati, dkk (2023), yang berjudul “Bronkopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Medan”, didapatkan salah satu masalah keperawatan yang dialami oleh anak dengan BP adalah ketidakefektifan bersihan jalan napas yang disebabkan oleh penumpukan sekret yang berlebihan, dengan keluhan anak yang ditemukan yaitu batuk, demam, dan sesak napas. Bronkopneumonia mengakibatkan produksi sekret meningkat sampai menimbulkan manifestasi klinis yang ada sehingga muncul masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas. Bersihan jalan napas tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut analisa peneliti apabila terjadi penumpukan sekret di jalan napas mengakibatkan pertukaran antara CO<sub>2</sub> dan O<sub>2</sub> menjadi tidak adekuat ditandai adanya (dispnea, pernapasan cuping hidung, terdengar suara ronkhi, dan anak menjadi gelisah atau tidak nyaman), akibat dari ketidakadekuatan pertukaran CO<sub>2</sub> dan O<sub>2</sub> menyebabkan penurunan kadar oksigen di sel darah merah yang ditandai adanya sianosis, sehingga tubuh merespon dengan

meningkatkan frekuensi pernapasan guna memenuhi suplai oksigen ke dalam tubuh. Apabila anak tidak dapat mengeluarkan sekret dengan efektif, penumpukan sekret di bronkus akan bertambah sehingga anak akan sulit untuk bernapas dan akan menyebabkan anak sesak napas.

Menurut hermawan, dkk (2019) dalam penelitiannya yang berjudul “Profil Penyakit Jantung Bawaan di Instalasi Rawat Inap Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang Periode Januari 2013 - Desember 2015” menemukan kelainan yang menyertai pasien PJB terbanyak yaitu kelainan paru (40,00%) dengan penyakit terbanyak yaitu bronkopneumonia (21,18%). Infeksi menjadi masalah pada penyakit jantung bawaan khususnya infeksi saluran pernapasan bawah. Bronkopneumonia menjadi predisposisi penyakit pada anak dengan PJB serta menjadi penyakit yang paling sering ditemukan pada anak dengan PJB.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian Dewi, dkk (2019) yang mengatakan bahwa bronkopneumonia mendapati urutan pertama penyakit penyerta yang membawa anak datang berobat dan PJB menjadi salah satu faktor resiko terjadinya BP berulang pada anak. Gangguan hemodinamik pada PJB dapat menyebabkan infeksi saluran pernapasan yang berulang. Anak dengan PJB sering bolak balik masuk rumah sakit karena infeksi saluran pernapasan berulang. Ngastiyah (2014) mengatakan berkurangnya darah yang beredar ke dalam tubuh menyebabkan pertumbuhan anak terhambat. Aliran darah ke paru juga bertambah sehingga menyebabkan anak sering menderita infeksi saluran pernapasan. Pasien PJB baru dirawat di rumah sakit bila sedang mendapati infeksi saluran napas, karena biasanya sangat dispnea dan sianosis sehingga pasien terlihat payah.

Menurut analisa peneliti anak dengan PJB sianotik mudah terserang infeksi saluran pernapasan karena pirau kanan ke kiri, adanya tekanan yang besar dari kanan maka ventrikel kiri akan berkompensasi dengan meninggikan kontraksinya. Namun apabila kebocoran yang ada besar dan tidak ada

perbaikan, maka kontraksi ventrikel kiri akan menurun dan akan berakibat darah terpompa kembali ke atrium dan terjadi kongesti paru. Sehingga volume paru akan bertambah, tekanan intravaskuler pada paru akan meningkat dan cairan akan keluar membentuk edema paru. Terjadinya edema paru atau penumpukan cairan ini dapat merusak mukosa saluran napas dan meningkatkan resiko infeksi saluran pernapasan pada anak.

Diagnosa **defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan**, ditandai dengan Tn. D mengatakan berat badan (BB) anak turun dari 14 kg menjadi 12 kg dalam waktu 2 minggu, BB anak susah naik, nafsu makan anak menurun, anak tidak bisa makan dan minum banyak karena cenderung sesak. An. A tampak lemah, lesu, pucat, bibir dan lidah sianosis, anak tampak kurus, berat badan 12 kg (normal 21-25 kg), dan tinggi badan 105 cm (normal 120-124 cm), IMT 10,91 (normal 13,9-17,3) kesan gizi buruk,  $BB/U = 12/23 \times 100\% = 52,1\%$  (gizi buruk),  $TB/U = 105/122 \times 100\% = 86\%$  (perawakan sangat pendek),  $BB/TB = 12/17 \times 100\% = 70,5\%$  (sangat kurus), LILA 12 cm, An. A mendapatkan diit MCDJ 6 x 150 cc, terpasang NGT, dan selama dirawat untuk memenuhi nutrisi An. A diberi makanan susu, bising usus (+) normal 5-7 kali per menit.

Menurut Hidayat (2012), pada anak TOF berkurangnya darah yang beredar ke dalam tubuh menyebabkan pertumbuhan anak terhambat. 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. Hal ini juga sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Susilaningrum (2013), sebagian anak yang menderita PJB dapat tumbuh dan berkembang secara normal, namun pada beberapa kasus yang spesifik seperti VSD, ASD, dan TOF, pertumbuhan fisik anak terganggu terutama

berat badannya. Anak kelihatan kurus dan mudah sakit, terutama karena infeksi saluran napas. Sedangkan untuk perkembangannya, yang sering mengalami gangguan adalah aspek motoriknya. Untuk membantu pertumbuhan anak sangat perlu makanan yang adekuat yaitu cukup protein, vitamin, mineral, dan karbohidrat yang sangat dibutuhkan pada masa anak-anak.

Menurut Zuafni (2018) dalam penelitiannya defisit nutrisi yang terjadi pada anak dengan PJB karena curah jantung keseluruhan tubuh menurun, akibat adanya sebagian darah dari aorta ke arteri pulmonalis menuju ke paru-paru, sehingga suplai darah ke seluruh tubuh berkurang, karena darah bersih yang disuplai tersebut membawa oksigen dan nutrisi menyebabkan nutrisi pasien tidak cukup, ditambah lagi anak sulit beraktifitas karena sesak napas yang mengakibatkan anak malas makan, sehingga anak kekurangan zat gizi, hal ini terjadi karena daya imunnya menurun. Menurut penelitian Maramis, dkk (2014) tentang “Hubungan Penyakit Jantung Bawaan dengan Status Gizi pada Anak di RSUP Prof. Dr. R. D. Kanduo Manado Tahun 2009 – 2013” pada 53 orang anak yang menderita PJB didapatkan bahwa jumlah subjek terbesar dengan status gizi kurang (54,7%), diikuti dengan gizi buruk (37,8%), dan gizi baik (7,5%).

Menurut analisa peneliti berdasarkan diagnosa yang diangkat yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan sudah sesuai dengan teori yang ada karena berat badan pasien berada dibawah batas normal atau tergolong gizi buruk, dan LILA anak kurang. 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. Anak dengan PJB akan bertambah sesak jika beraktifitas seperti makan dan minum akibatnya anak akan malas makan, dan akan kekurangan nutrisi, maka saat dirawat dirumah sakit anak akan dipasangkan NGT agar nutrisinya terpenuhi.

Diagnosa **pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi**, ditandai dengan Tn. D mengatakan anak masih tampak sesak, anak masih pilek dan batuk berdahak, anak lemah dan sering lelah, anak sering sesak napas saat beraktifitas. Data Objektif An. A tampak sesak dan lemas, tekanan darah (96/63 mmHg), nadi (129 kali per menit), pernapasan (35 kali per menit), SpO<sub>2</sub> 76%, bunyi napas rhonki basah halus nyaring di kedua lapang paru, hasil rontgen thoraks terdapat infiltrat di kedua lapangan paru, CTR 55%, An. A tampak terpasang oksigen binasal 5 liter per menit, tampak pucat dan sianosis di bibir, lidah dan ujung jari.

Susilaningrum (2013), pada anak yang mengalami kesulitan napas atau sesak napas sering didapatkan tanda-tanda adanya retraksi otot bantu napas, pernapasan cuping hidung, dan napas cepat. Sementara pada bayi sering ditandai dengan minum atau menyusu yang sering berhenti, sesak napas 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 Aspiani (2017), keluhan utama pada pasien dengan PJB ditandai dengan adanya sesak napas, pucat, berkeringat, ujung-ujung jari hiperemik, cepat lelah, sianosis dan dispnea. Dispnea terjadi jika anak melakukan aktifitas fisik

Menurut analisa peneliti diagnosa yang ditegakkan saat penelitian pada An. A yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi karena adanya peningkatan beban kerja jantung maka jika anak tersebut beraktifitas maka ia akan bertambah sesak. Hal ini terjadi karena kurangnya suplai oksigen yang dibutuhkan oleh jaringan tubuh. Saat anak mengalami sesak napas maka akan terjadi peningkatan frekuensi pernapasan dan retraksi dinding dada sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan oksigen bagi tubuh.

Diagnosa **intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen** ditandai dengan Tn. D mengatakan anak masih lemas dan lesu, anak sering merasa lelah, anak tidak bisa melakukan aktifitas banyak karena cenderung akan sesak, nafsu makan anak menurun. An. A tampak lemas dan lesu, tampak tidak bersemangat, semua aktifitas anak dibantu keluarga dan perawat, An. A tampak pucat dan sianosis pada bibir, lidah dan jari-jari, anak tampak kurus, tekanan darah (96/63 mmHg), nadi (129 kali per menit), pernapasan (35 kali per menit), CRT >3 detik, SpO<sub>2</sub> (76%), laju jantung 136 kali per menit (takikardia), An. A tampak sesak, terpasang oksigen binasal 5 liter per menit.

Menurut Susilaningrum (2013) anak-anak yang menderita penyakit jantung bawaan (TOF) sering tidak dapat melakukan aktifitas sehari-harinya secara normal, hal ini disebabkan oleh adanya ketidakadekuatan oksigen dan nutrient pada tingkat jaringan. Apabila melakukan aktifitas yang membutuhkan banyak energi, seperti berlari, bergerak, berjalan-jalan cukup jauh, makan atau minum tergesa-gesa, menangis atau tiba-tiba jongkok (*squatting*), anak dapat mengalami serangan sianosis. Kadang-kadang anak tampak pasif dan lemah, sehingga kurang mampu untuk melaksanakan aktifitas sehari-hari dan perlu dibantu. Menurut Fitria (2021) anak akan sering *squatting* (jongkok) setelah anak dapat berjalan, setelah berjalan beberapa lama anak akan berjongkok dengan posisi knee chest dalam beberapa waktu sebelum ia berjalan kembali yang tujuannya untuk mengurangi hipoksia.

Menurut analisa peneliti, berdasarkan diagnosa yang diangkat yaitu intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen sudah sesuai dengan teori dengan batasan karakteristik seperti anak tampak lemah, lelah, lesu, pucat, sesak nafas, konjungtiva anemis, dan tidak bisa melakukan aktifitas banyak karena cenderung akan sesak. Aktifitas yang banyak menyebabkan tubuh memerlukan lebih banyak oksigen dan energi untuk melakukan



metabolisme, keadaan diatas menyebabkan tubuh mentoleransi aktifitas yang akan dilakukan. Sesuai dengan batasan karakteristik yaitu keletihan, dan ketidaknyamanan setelah beraktifitas, sehingga diagnosa ini dapat ditegakkan.

### 3. Intervensi Keperawatan

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

Rencana tindakan keperawatan pada An. A untuk diagnosa pertama yaitu **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload**, intervensi yang dilakukan yaitu monitor tanda-tanda vital, monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan, memonitor warna kulit, dan memonitor balance cairan, melakukan pemeriksaan CRT, mendengarkan suara napas, mendengarkan bunyi jantung tambahan, monitor saturasi oksigen, dan periksa sirkulasi perifer.

Rilanto (2013) melakukan tindakan memonitor tanda-tanda vital untuk mengetahui kondisi pasien dari tekanan darah, pernapasan, nadi dan suhu yang dialami pasien. Mengkaji *capillary refill time* untuk mengetahui suplai oksigen sampai ke ujung-ujung jari, berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat sesuai dengan kebutuhan pasien dan mampu mengurangi gejala-gejala yang dialami pasien. Menurut analisa peneliti intervensi pemantauan tanda-tanda vital sangat perlu dilakukan pada anak yang mengalami penurunan curah jantung agar dapat mengetahui status perkembangan kardiovaskuler anak setiap saat dan untuk meningkatkan curah jantung dan mengurangi resiko gagal jantung, dan juga tindakan ini bertujuan untuk mengetahui kompensasi tubuh terhadap hipotensi atau hipertensi sehingga perubahan tekanan darah dapat diatasi segera.

Tindakan selanjutnya yaitu monitor pernafasan dengan cara monitor irama dan kedalaman respirasi, monitor pergerakan dada, monitor bunyi pernapasan, askultasi bunyi paru. Tindakan ini bertujuan untuk mengetahui adanya suara tambahan jika ditemukan hipertrofi atrium atau ventrikel, suara mengi atau krakles dapat mengindikasikan kongesti paru sekunder terhadap terjadinya gagal jantung. Kemudian dilanjutkan dengan perawatan jantung yaitu memantau adanya sianosis, mengamati warna kulit, kelembaban, suhu, dan menghitung CRT untuk mengetahui adanya penurunan oksigen dalam darah, adanya warna kulit pucat, akral dingin dan masa pengisian CRT lambat yang berkaitan dengan penurunan curah jantung.

Rencana tindakan keperawatan pada An. A untuk diagnosa kedua yaitu **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan**, intervensi yang dilakukan yaitu manajemen jalan napas dengan cara monitor pola napas seperti (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum, posisikan pasien semi fowler atau fowler, berikan minum hangat, berikan oksigen, serta ajarkan teknik batuk efektif.

Menurut Marwansyah, dkk (2019) dalam penelitiannya tentang “Pengaruh Pemberian Cairan Hangat Peroral Sebelum Latihan Batuk Efektif Dalam Upaya Pengeluaran Sputum pada Pasien di RSUD Wilayah Banjar Baru Kalimantan Selatan”, didapatkan hasil pemberian cairan hangat peroral sebelum latihan batuk efektif dapat membantu meningkatkan sekresi sputum. Terdapat perbedaan volume sputum yang bermakna antara sebelum pemberian cairan hangat peroral dengan sesudah pemberian cairan hangat peroral.

Menurut analisa peneliti intervensi memonitor sputum pada jalan napas perlu dilakukan pada anak dengan diagnosa keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif karena jika ada penumpukan sputum dan anak tidak

mampu melakukan batuk efektif, maka pada jalan napas akan mengakibatkan anak mengalami hipoksia serta sesak napas.

Rencana tindakan keperawatan pada An. A untuk diagnosa ketiga yaitu **defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan**, intervensi yang dilakukan yaitu manajemen nutrisi dan aktifitas dengan cara identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi aktifitas, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, monitor asupan makanan, monitor berat badan, fasilitasi menentukan pedoman diet, sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein, berikan suplemen makanan, jika perlu, anjurkan posisi duduk.

Menurut Amelia (2019) dalam penelitiannya mengatakan bahwa intervensi yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu kaji makanan kesukaan dan yang tidak disukai, monitor berat badan klien, anjurkan makan sedikit tapi sering, berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada anak atau keluarga, kolaborasi dengan dokter dan ahli gizi terhadap pemberian terapi obat dan pemenuhan nutrisi yang tepat.

Menurut Ngastiyah (2014) pasien TOF yang sedang dan berat terlihat jelas pertumbuhan dan perkembangannya terganggu, sebab karena lemahnya tubuh sehingga bayi akan lekas kelelahan jika menyusui, dan pada anak akan timbul rasa malas dan tidak ada nafsu makan sehingga masukan nutrisi tidak terpenuhi. Untuk membantu memenuhi kebutuhan tersebut dapat diberikan susu lebih banyak disamping buah-buahan, dan makanan lain tetap diberikan walaupun sedikit. Orang tua harus sabar, tidak boleh putus asa saat menghadapi kesukaran makan anak.

Menurut analisa peneliti manajemen nutrisi dan aktifitas sangat perlu dilakukan karena untuk mengkaji adanya alergi makanan dan memonitor

jumlah nutrisi yang dibutuhkan pasien. Manajemen berat badan juga sangat perlu dilakukan karena untuk mengetahui berat badan anak setiap harinya dan memperkirakan berat badan ideal anak. Pemberian makanan yang baik dan seimbang harus diberikan pada anak dengan PJB, dan sebaiknya dilakukan penyuluhan dan pendampingan mengenai pentingnya kecukupan gizi kepada orang tua yang mempunyai anak dengan PJB. Mengidentifikasi pertumbuhan dan perkembangan anak juga sangat perlu dilakukan agar dapat mengetahui status pertumbuhan dan perkembangan anak apakah sesuai dengan usianya sehingga dapat memberikan informasi kepada keluarga bagaimana pertumbuhan dan perkembangan anak dengan penyakit jantung bawaan (PJB).

Menurut Maramis (2014) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa kekurangan gizi pada anak PJB merupakan masalah umum morbiditas. Distribusi penderita penyakit jantung bawaan berdasarkan status gizi yaitu lebih banyak mengalami gizi kurang. Anak dengan PJB sering menunjukkan pencapaian berat badan yang tidak baik dan keterlambatan pertumbuhan, malnutrisi atau kekurangan nutrisi pada pasien penyakit jantung menyebabkan kegagalan perkembangan karena asupan nutrisi yang tidak adekuat dan gangguan absorpsi. Status gizi anak PJB juga dipengaruhi oleh masukan nutrient, komponen diet, dan kebutuhan energi.

Rencana tindakan keperawatan pada An. A untuk diagnosa keempat yaitu **pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi**, intervensi yang dilakukan yaitu pemantauan respirasi dengan cara mempertahankan jalan napas, monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, posisikan semi fowler atau fowler, memberikan oksigen, observasi tanda-tanda hipoventilasi, atur peralatan oksigenasi, monitor tanda-tanda vital.

Kurniawan (2015) melakukan tindakan keperawatan seperti memonitor tanda-tanda vital dapat mengetahui kondisi pasien dari tekanan darah,

pernapasan, nadi, dan suhu yang dialami pasien. Memberikan oksigen nasal kanul kepada pasien bertujuan untuk mengurangi sesak nafas.

Menurut analisa peneliti pemberian terapi oksigen kepada An. A bertujuan untuk mempertahankan jalan nafas pada anak tersebut dan mengurangi rasa sesak saat anak tersebut beraktifitas. Tindakan selanjutnya yaitu monitor respirasi dengan cara monitor kedalaman, frekuensi nafas, irama dan kekuatan respirasi, monitor pola nafas, monitor gerakan dan kesimetrisan dinding dada dan adanya retraksi dinding dada dan auskultasi bunyi nafas pasien. Tujuan pemberian posisi semi fowler kepada pasien yaitu untuk membantu mengurangi sesak nafas dan memberikan kenyamanan kepada pasien.

Rencana tindakan keperawatan pada An. A untuk diagnosa kelima yaitu **intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen**, intervensi yang dilakukan yaitu manajemen energi dengan cara mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif, berikan aktifitas distraksi yang menenangkan, menganjurkan melakukan aktifitas secara bertahap, terapi aktifitas bantu pasien untuk memilih aktifitas yang sesuai dengan kemampuan fisik, monitor respon fisik, dan emosi pasien.

Menurut Susilaningrum (2013) intervensi yang dilakukan pada pasien dengan PJB yaitu perlu memperhatikan untuk menghindari aktifitas yang berlebihan pada anak, dan melakukan aktifitas secara bertahap. Hal ini disebabkan karena aktifitas yang berlebihan membutuhkan oksigen yang cukup, sementara persediaan oksigen dalam tubuh terbatas. Anak sedapat mungkin beristirahat dengan cukup sesuai dengan usianya. Dan juga hindari perubahan suhu lingkungan yang mendadak, karena hal tersebut memicu jantung untuk bekerja lebih keras guna memenuhi oksigen.

Menurut analisa peneliti anak yang menderita PJB dengan intoleransi aktifitas perlu dilatih aktifitasnya, salah satunya dengan melatih aktifitasnya secara bertahap sehingga dapat meningkatkan kemampuan aktifitas pasien. Latihan rentang gerak aktif atau pasif secara bertahap dan melakukan tarik napas dalam dapat bertujuan untuk meningkatkan relaksasi dan meningkatkan kenyamanan pada pasien. Intoleransi aktifitas pada pasien PJB adalah keadaan dimana jantung tidak adekuat dalam mencukupi kebutuhan energi dan oksigen saat beraktifitas fisik yang mengakibatkan terjadinya iskemia kemudian daya pompa jantung melemah sehingga darah tidak beredar ke seluruh tubuh dan anak akan sulit bernapas serta merasa sangat lelah.

#### 4. Implementasi Keperawatan

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

Implementasi keperawatan pada An. A dengan diagnosa **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload** yang telah peneliti lakukan yaitu mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema), mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan BB, rhonki basah, batuk, kulit pucat), memonitor tekanan darah, menghitung frekuensi nadi dalam 1 menit, menghitung frekuensi pernapasan dalam 1 menit, mengukur suhu di aksila, memonitor saturasi oksigen, memonitor intake dan output pasien, memosisikan pasien fowler dan semi fowler, melakukan penilaian *capillary refill time* (CRT), mendengarkan suara napas, mendengarkan suara jantung, melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi, membantu

memberikan terapi obat propranolol 3 x 5 mg, paracetamol 120 mg, dan memberikan edukasi pendidikan kesehatan kepada An. A dan ayahnya mengenai penyakit PJB ec TOF (definisi, penyebab, tanda gejala, dan cara perawatan anak dirumah terutama untuk mencegah terjadinya kelelahan dan sianosis pada anak yaitu dengan mentoleransi aktifitas anak, serta menganjurkan anak melakukan posisi jongkok apabila mengalami serangan sianotik atau sesak yang tujuannya untuk menaikkan saturasi oksigen pada darah sehingga sesak yang dirasakan berkurang).

Pada pasien ini dilakukan pemasangan infus dan pemasangan oksigen. Ditambah dengan pemberian obat propranolol. Oksigen dapat diberikan walaupun pemberian disini tidak begitu tepat karena permasalahan bukan karena kekurangan oksigen, tetapi karena aliran darah ke paru menurun. Dengan usaha ini diharapkan anak tidak lagi takipneu, sianosis berkurang dan anak menjadi tenang. Bila hal ini tidak terjadi dapat dilanjutkan dengan pemberian terapi obat propranolol 0,01-0,25 mg/kg IV perlahan-lahan untuk menurunkan denyut jantung sehingga serangan dapat diatasi.

Menurut Boimau (2021) implementasi yang dilakukan yaitu mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output, memonitor tanda-tanda vital, memonitor status pernapasan, memonitor adanya perubahan tekanan darah, dan kolaborasi dalam pemberian terapi medis. Menurut Rilanto (2013) tindakan pemantauan tanda-tanda vital bertujuan untuk mengetahui akibat dari bising yang terjadi karena aliran pada septum. Pengisian CRT yang lama dapat menandakan penurunan oksigen ke jaringan tubuh. Terjadinya pirau dari kiri ke kanan menyebabkan peningkatan tekanan pada ventrikel kanan, sehingga mengakibatkan aliran darah ke paru meningkat yang menyebabkan beban kerja jantung meningkat yang akhirnya menyebabkan terjadinya gagal jantung.

Menurut analisa peneliti tindakan menghitung frekuensi napas dan memonitor tanda-tanda vital (TTV) sangat penting dilakukan, karena pada pasien PJB biasanya anak mengalami dispnea dan takikardia, hal ini bertujuan untuk mengetahui status kondisi anak apakah bertambah sesak napas atau tidak dan membantu penyuplaian oksigen ke paru sehingga sesak napas yang dialami pasien akibat penurunan energi dapat berkurang. Pelaksanaan intervensi ini 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 bunyi jantung murmur atau abnormal yang dapat mengidentifikasi terjadinya gagal jantung, pucat, dingin, kulit lembab, dan masa pengisian CRT lambat mencerminkan penurunan curah jantung. Menurut peneliti perubahan seperti ini harus selalu diperhatikan untuk mengetahui pengaruh yang terjadi pada proses pengobatan selanjutnya.

Memberikan edukasi pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga juga sangat perlu dilakukan, karena dengan memberikan penjelasan tentang keadaan penyakit anaknya dapat mengurangi kecemasan orang tua, dan menjelaskan upaya menghindari keadaan yang lebih buruk seperti mentoleransi aktifitas anak untuk mencegah kelelahan dan kebiruan pada anak, serta menganjurkan anak melakukan posisi jongkok apabila mengalami serangan sianotik atau sesak yang tujuannya untuk mengurangi sesak dan dapat mempercepat pengembalian darah vena ke jantung). Anak dengan PJB ec TOF meskipun ada keterbatasan aktifitas, anak juga perlu dibantu untuk memilih aktifitas yang disukainya, termasuk dalam hal bermain. Namun yang perlu diperhatikan adalah menghindari aktifitas yang berlebihan, hal ini disebabkan karena aktivitas yang berlebihan membutuhkan oksigen yang cukup, sementara persediaan oksigen dalam tubuh terbatas. Anak sedapat mungkin beristirahat dengan cukup sesuai dengan usianya. Dan juga hindari perubahan suhu lingkungan yang mendadak, karena dapat memicu jantung untuk bekerja lebih keras guna



memenuhi oksigen. Orang tua perlu selektif dalam memilih permainan anak, yang perlu diperhatikan yaitu anak tetap bisa bermain tanpa memperburuk keadaan penyakitnya (Susilaningrum, 2013).

Implementasi keperawatan pada An. A dengan diagnosa **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** yang telah peneliti lakukan yaitu memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), mendengarkan bunyi napas, mengukur tekanan darah, menghitung nadi, mengukur suhu di aksila, menilai CRT, memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), melihat gerakan dinding dada, memberikan posisi semi fowler dan fowler, memberikan oksigen binasal 5 liter per menit, mengajarkan An. A teknik batuk efektif, memberikan minum hangat, dan memberikan obat n asetil sistein 2 x 100 mg, ambroxol 3 x 15 mg, dan ceftriaxon 2 x 600 mg.

Menurut Rozana (2017) dalam penelitiannya, implementasi yang dilakukan oleh peneliti kepada pasien yang mengalami masalah bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan yaitu memberikan posisi semi fowler pada saat mengalami kesulitan bernafas yang diakibatkan dari penumpukan sekret sehingga dapat mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan, kemudian memberikan inhalasi uap manual untuk melonggarkan saluran pernapasan dan dapat mengencerkan sekret supaya mudah untuk dikeluarkan, dan melakukan fisioterapi dada, serta berkolaborasi dalam pemberian bronkodilator dan antibiotik.

Menurut analisa peneliti upaya mengatasi ketidakefektifan bersihan jalan napas yang peneliti lakukan pada An. A sama dengan yang dilakukan oleh penelitian sebelumnya yaitu memberikan posisi semi fowler, dan memberikan obat pengencer dahak seperti ambroxol dan n asetil sistein serta obat antibiotik, namun peneliti disini tidak melakukan tindakan suction karena anak sudah mendapatkan obat pengencer dahak dan anak sudah mampu untuk melakukan batuk efektif. Pelaksanaan implementasi pada

diagnosa ini penting dilakukan seperti memonitor pola napas yang berguna untuk melihat apakah ada perubahan pola napas pada pasien, memonitor bunyi napas tambahan guna untuk mendeteksi adakah bunyi wheezing atau ronkhi, memonitor sputum guna untuk melihat adakah sputum yang tertahan pada jalan napas.

Implementasi keperawatan pada An. A dengan diagnosa **defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** yang telah peneliti lakukan yaitu mengidentifikasi status nutrisi An. A, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, membantu memberikan diit MCDJ 6 x 150 cc lewat NGT, memonitor asupan makanan, memberikan pendidikan kesehatan kepada ayah pasien mengenai gizi seimbang pada anak, memonitor intake dan output cairan, memantau berat badan anak, memantau adanya mual muntah, dan melakukan pemeriksaan konjungtiva anak, memantau kelancaran infus IVFD KaEN 1B 1100 cc/hari, mengajarkan An. A cara mencuci tangan yang benar.

Menurut Susilaningrum (2013) meningkatkan asupan nutrisi yang adekuat untuk mempercepat pertumbuhan dan perkembangan anak dengan cara memberikan nutrisi dari ASI atau susu formula serta pemberian makanan tambahan yang mencukupi seperti bayam dan juga hati yang dapat membantu meningkatkan sumber Fe dalam tubuh sehingga dapat meningkatkan kadar oksigen.

Menurut Ngastiyah (2014) dalam menghadapi kesulitan dalam pemberian makanan pada anak, orangtua harus sabar dan pandai membujuk anak serta selalu mengubah jenis makanannya, misalnya pada anak yang tidak suka diberi nasi maka boleh diberi roti atau kentang, dengan catatan lauknya harus ada proteinnya.

Menurut Susilaningrum, dkk (2013) tindakan dalam mempertahankan status gizi penting dilakukan karena laju metabolik pada anak yang menderita PJB

sangat besar karena fungsi jantung yang buruk dan frekuensi jantung serta pernapasan yang meningkat. Pemberian makanan yang bergizi seperti cukup protein, vitamin, mineral, karbohidrat, dan lemak sangat dibutuhkan untuk membantu pertumbuhan anak. Pemberian makanan tambahan yang mencukupi seperti bayam dan hati juga dapat membantu meningkatkan sumber Fe dalam tubuh sehingga dapat meningkatkan oksigen.

Menurut analisa peneliti pemberian makanan seperti ASI atau susu formula sedikit namun sering pada anak dapat membantu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi anak secara perlahan. Karena ASI atau susu formula merupakan nutrisi yang paling baik yang mengandung berbagai macam senyawa sehat yang mampu melindungi kekebalan tubuh anak dan pemberian makanan tambahan sangat diperlukan untuk meningkatkan nutrisi sesuai dengan kebutuhan tubuh anak. Anak dengan PJB akan mudah lelah ketika makan karena kondisi jantung yang harus memompa lebih kencang dari kondisi normal, sehingga inilah yang merangsang anak untuk malas dan tidak nafsu makan. Oleh karena itu nutrisi pada anak harus mendapat perhatian lebih agar anak tidak mengalami malnutrisi dan penurunan berat badan.

Memotivasi orangtua untuk selalu meningkatkan dan memenuhi nutrisi anak dan memberi informasi kepada orangtua tentang pentingnya gizi seimbang pada anak dapat membantu untuk meningkatkan gizi anak dan pertumbuhan anak. Agar nutrisi pada anak dengan PJB tetap terpenuhi orangtua dapat mengkalinya dengan memberikan makanan sedikit-sedikit tapi sering, hal ini bertujuan agar anak tidak terlalu lelah ketika mengunyah. Orangtua harus lebih sabar dan tidak boleh putus asa menghadapi kesukaran makan anaknya, karena peranan keluarga sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan yang optimal seorang anak dengan PJB.

Implementasi keperawatan pada An. A dengan diagnosa **pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi** yang telah peneliti

lakukan yaitu memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), memosisikan pasien fowler dan semi fowler, memberikan minum hangat, memberikan oksigen binasal 5 liter per menit, menghitung pernapasan, menghitung nadi, mengukur tekanan darah, mengukur suhu, mendengarkan bunyi napas, menilai CRT, melihat gerakan dinding dada, dan memonitor saturasi oksigen.

Menurut Riyadi (2012) tindakan mengkaji frekuensi dan irama pernapasan, dan suara paru bertujuan untuk mengetahui indikasi apakah terdapat timbunan cairan paru yang ditandai dengan suara krekels dan ronkhi basah, adanya sesak napas saat aktifitas sebagai tanda awal ketidakmampuan paru mengambil oksigen secara optimal.

Menurut analisa peneliti tindakan menghitung frekuensi napas dan memonitor pemberian oksigen sangat penting dilakukan, yang bertujuan untuk membantu penyuplaian oksigen ke paru sehingga sesak nafas yang dialami pasien akibat perubahan afterlood dan penurunan energi dapat berkurang. Memberikan posisi semi fowler dan fowler kepada pasien atau meninggikan posisi kepala diatas tempat tidur dapat menghindari terjadinya penekanan diafragma sehingga oksigen mudah untuk masuk ke dalam paru-paru dan mengurangi gejala sesak nafas pada anak.

Implementasi keperawatan pada An. A dengan diagnosa **intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan anatar suplai dan kebutuhan oksigen** yang telah peneliti lakukan yaitu mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor pola dan jam tidur An. A, memonitor TTV pasien, membantu An. A melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif, menganjurkan An. A melakukan aktifitas secara bertahap, menganjurkan istirahat yang cukup, mengajarkan An. A latihan napas dalam, memberikan semangat dan memotivasi An. A dan keluarga, membantu pasien memilih aktifitas yang mampu dilakukan ditempat tidur tanpa memperberat kerja jantung, memberi pengertian dan

informasi kepada keluarga tentang kondisi anak yang mudah lelah agar keluarga mampu menjadi sumber bantuan untuk memenuhi aktifitas yang diinginkan pasien.

Menurut Riska & Darmadi (2013) intoleransi aktifitas terjadi akibat defisit kadar oksigen dalam darah, yang menyebabkan tubuh merespon dengan pernapasan yang cepat dan sesak guna memenuhi kebutuhan oksigen untuk sel. Aktifitas yang banyak menyebabkan tubuh memerlukan lebih banyak energi untuk melakukan metabolisme, keadaan diatas menyebabkan tubuh mentoleransi aktifitas yang akan dilakukan.

Menurut analisa peneliti toleransi tubuh terhadap aktifitas terjadi akibat kurangnya oksigen ke sel yang menyebabkan anak mudah lelah. Menganjurkan anak untuk istirahat merupakan salah satu upaya mengurangi penggunaan oksigen untuk metabolisme, sehingga tubuh anak dapat menyimpan energi untuk kebutuhan sel lainnya. Anak dengan PJB apabila tiba-tiba jongkok ketika sedang bermain atau berjalan itu merupakan usaha tubuh untuk mengatasi kekurangan darah yang mengalir ke otak, dan untuk menaikkan saturasi oksigen pada darah sehingga sesak yang dirasakan berkurang.

Dalam melakukan intervensi keperawatan peneliti tidak sepenuhnya 24 jam merawat pasien, namun peneliti melihat dari rencana tindakan perawat ruangan berdasarkan dokumentasi yang dilakukan oleh perawat ruangan. Untuk melihat tindakan yang dilakukan perawat ruangan, peneliti melihat dan membaca di buku laporan tindakan yang ditulis oleh perawat yang dinas diruangan anak.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan dilakukan dari tanggal 29 Maret 2023 sampai 02 April 2023 dengan metode penilaian subjektive, objektive, assesment, dan

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 afterload** selama 5 hari belum teratasi, sehingga intervensi dilanjutkan oleh perawat diruangan. Hasil evaluasi hari ke-5 pada An. A didapatkan **S:** Ayah An. A mengatakan anak sudah lebih ceria dan banyak bercerita, perawat diruangan mengatakan An. A masih tampak lemah dan lelah, **O:** An. A masih tampak pucat, lemah dan lelah, tampak sianosis pada bibir, lidah, dan jari-jari, anak tampak sudah tidak sesak, *Clubbing finger* pada kuku, tekanan darah (105/60 mmHg), pernapasan (25 kali per menit), nadi (136 kali per menit), suhu (36,7 C), SpO<sub>2</sub> (80%), CRT >2 detik, Iktus cordis teraba pada ICS VI 1 jari medial garis midclavicula kiri, terdengar bunyi murmur halus pada jantung, An. A tampak tidak terpasang oksigen binasal lagi

Menurut Susilaningrum (2013), salah satu penatalaksanaan PJB pada anak yaitu dengan mempertahankan curah jantung yang adekuat yaitu mengobservasi kualitas dan kekuatan denyut jantung, nadi perifer, monitor adanya takikardia, tachypnea, sesak, lelah saat minum susu, dan berkolaborasi dalam pemberian terapi sesuai order.

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

Hasil dari evaluasi pada diagnosa kedua **bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** pada hari ke-5 teratasi sebagian sehingga intervensi masih dilanjutkan perawat diruangan. Hasil evaluasi terakhir yang didapatkan pada hari ke-5 yaitu **S:** Perawat diruangan mengatakan An. A sudah tidak sesak, An. A masih batuk berdahak dan pilek namun sudah berkurang, **O:** An. A tampak sudah tidak sesak, tampak masih batuk berdahak dan pilek, oksigen binasal sudah tidak terpasang, terdengar rhonki basah halus nyaring di kedua lapang paru, tekanan darah (105/60 mmHg), pernapasan (25 kali per menit), nadi (136 kali per menit), suhu (36,7 C), SpO<sub>2</sub> (80%), CRT >2 detik)

Hal ini sesuai menurut penelitian Manurung (2013), hasil evaluasi sudah sesuai dengan kriteria seperti batuk sudah mulai berkurang, dan dispnea berkurang. Menurut analisa peneliti setelah melakukan asuhan keperawatan pada An. A selama 5 hari didapatkan evaluasi keperawatan terhadap ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan telah sesuai dengan kriteria hasil pada SLKI, yaitu frekuensi napas anak mulai membaik, dispnea berkurang, batuk efektif meningkat, batuk berdahak sudah berkurang namun masih ada, sehingga masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi seutuhnya dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Hasil dari evaluasi pada diagnosa ketiga **defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan** pada hari ke-5 belum teratasi, sehingga intervensi dilanjutkan perawat ruangan. Hasil evaluasi yang peneliti dapatkan pada hari ke-5 yaitu **S:** Perawat diruangan mengatakan An. A masih lemas dan lesu, berat badan An. A belum mengalami kenaikan, An. A masih mendapatkan diit MCDJ 6 x 150 cc, **O:** An. A masih tampak lemas dan lesu, mukosa bibir An. A tampak pucat, sianosis dan kering, masih terpasang NGT, bising usus 5-7 kali per menit, BB (12 kg), TB (105 cm), IMT (10,91) kesan gizi buruk, An. A tampak kurus.

Menurut Ngastiyah (2014), salah satu penatalaksanaan 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 badan 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 muncul karena darah memenuhi pembuluh darah diparu yang menyebabkan hipertensi pulmonal, dan mengakibatkan pertukaran oksigen tidak adekuat yang dapat menyebabkan sesak napas pada anak. Anak dengan PJB akan bertambah sesak jika beraktifitas seperti makan dan minum atau mengunyah makanan, dan anak akan kelelahan dan malas makan, 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 dan status nutrisi dalam batas normal. Namun pada An. A untuk pencapaian kriteria hasil belum berhasil karena berat badan anak belum mengalami kenaikan, masih mendapatkan diit makan cair susu dengan diit MCDJ 6 x 150 cc, asupan nutrisi masih sama, sehingga masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

Hasil dari evaluasi pada diagnosa keempat **pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi** pada hari ke-5 sudah teratasi, sehingga intervensi dihentikan. Hasil evaluasi keperawatan yang peneliti dapatkan pada hari ke-5 yaitu **S:** Perawat diruangan mengatakan An. A sudah tidak sesak dan sudah dilepas oksigen, **O:** An. A tampak sudah tidak sesak, pernapasan cuping hidung tidak ada, masih terdengar bunyi napas ronkhi, tidak tampak adanya tarikan dinding dada, An. A masih batuk berdahak dan pilek namun sudah berkurang, tekanan darah (100/60 mmHg), pernapasan (25 kali per menit), nadi (136 kali per menit), suhu (36,7 C),



SpO<sub>2</sub> (80%), CRT >2 detik, An. A tampak sudah tidak terpasang oksigen binasal.

Menurut Oktiwati, dkk (2019) pada *tetraloggi of fallot* (TOF) terjadi penyempitan dan juga kebocoran yang mengakibatkan aliran darah yang seharusnya mengalir dari atrium kanan ke ventrikel kanan masuk ke pulmonal, tetapi dipulmonal tersumbat sehingga tidak semua darah masuk ke pulmonal, dimana darah biru (darah kotor) bercampur dengan darah merah (darah bersih) mengalir ke aorta, seluruh tubuh membawa darah yang bercampur, hal inilah yang menyebabkan pasien akan menjadi sesak napas dan sianosis.

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 oksigen tidak adekuat yang menyebabkan anak akan mengalami sesak napas. Untuk mengurangi sesak napas maka anak diberikan oksigen agar sesak napasnya berkurang. Diharapkan dengan kriteria hasil frekuensi napas dalam batas normal, irama pernapasan dalam batas normal, kedalaman inspirasi dan suara napas dalam batas normal, dan tidak ada menggunakan otot bantu napas. Pada hari ke-5 frekuensi napas An. A sudah membaik dan sudah tidak sesak, sehingga masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

Hasil dari evaluasi pada diagnosa keenam **intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen** pada hari ke-5 belum teratasi, sehingga intervensi dilanjutkan perawat ruangan. Hasil evaluasi keperawatan yang peneliti dapatkan pada hari ke-5 yaitu **S:** Perawat ruangan mengatakan An. A masih tampak lemah dan lesu, saturasi oksigen An. A sudah mulai bagus, pola tidur masih tidak teratur dan susah tidur, **O:** An. A masih tampak lemas, lelah dan lesu, tampak pucat dan sianosis, tekanan darah (100/60 mmHg), pernapasan (25

kali per menit), nadi (136 kali per menit), suhu (36,7 C), SpO<sub>2</sub> (80%), CRT >2 detik, An. A tampak mampu mempraktekkan teknik napas dalam, pola tidur siang An. A (1-2 jam) dan tidur malam (7-8 jam), semua aktifitas An. A masih dibantu perawat dan keluarga

Menurut analisa peneliti tidak terdapat kesenjangan dalam evaluasi keperawatan menurut teori dan penelitian, hal ini karena penyakit jantung bawaan ditangani dengan cepat . Dalam melakukan evaluasi, adapun faktor pendukung adalah kerjasama yang baik antara penulis dengan perawat ruangan dan keluarga pasien. Peneliti tidak menemukan adanya faktor penghambat, ini dikarenakan orangtua dari pasien sangat kooperatif.

## **BAB V PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

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

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian yang dilakukan pada An. A (7 tahun 5 hari) didapatkan data pasien tampak sesak, pucat, lemas, lesu, lelah, sianosis terutama pada bibir, lidah, dan jari-jari, *clubbing finger* (+), serta mengalami pilek dan batuk berdahak. Berat badan An. A turun dari 14 kg menjadi 12 kg dalam waktu dua minggu, An. A tampak kurus, dan belum pernah diimunisasi.

#### **2. Diagnosa Keperawatan**

Hasil pengkajian dan analisa data didapatkan lima masalah keperawatan yang muncul pada An. A, yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi, dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

#### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan masalah yang ditemukan pada An. A, yaitu perawatan jantung, manajemen jalan napas, manajemen nutrisi, pemantauan respirasi, manajemen energi, terapi oksigen, monitor tanda-tanda vital, dan pendidikan kesehatan.

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

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun. Implementasi keperawatan pada An. A dilakukan pada tanggal 29 Maret 2023 – 02 April 2023. Implementasi yang dilakukan yaitu memonitor tanda-tanda vital, mendengarkan bunyi jantung, mendengarkan bunyi napas,

melihat gerakan dada, melakukan penilaian *capillary refill time* (CRT), memberikan terapi obat, memonitor berat badan pasien, memonitor dan membantu memberikan makanan cair diit MCDJ 6 x 150 cc lewat NGT, memberikan terapi oksigen 5 liter per menit, memberikan pendidikan kesehatan kepada ayah pasien tentang penyakit jantung bawaan dan gizi seimbang, mengajarkan An. A teknik batuk efektif, latihan napas dalam, dan cara mencuci tangan yang benar, membantu An. A melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif, dan memberikan semangat serta motivasi An.A serta orangtua. Sebagian besar rencana tindakan keperawatan dapat dilaksanakan pada implementasi keperawatan.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan yang dilakukan selama lima hari pada pasien dalam bentuk SOAP untuk diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen pada hari ke-5 belum teratasi, sehingga intervensi keperawatan dilanjutkan oleh perawat diruangan. Sedangkan untuk diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan pada hari ke-5 teratasi sebagian, dan diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi sudah teratasi pada hari ke-5.

### **B. Saran**

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

Peneliti menyarankan bagi perawat diharapkan mampu meningkatkan mutu pelayanan perawatan, pengetahuan, dan keterampilan kerja sehingga dapat terwujud budaya kerja yang profesionalisme, bermutu dan tenaga kesehatan yang berkualitas khususnya dalam penanganan kasus penyakit jantung bawaan pada anak. Semoga studi kasus yang peneliti lakukan dapat menjadi sebagai bahan bacaan perawat di ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk melakukan asuhan keperawatan dengan cara meningkatkan pelayanan keperawatan kepada pasien dengan Penyakit

Jantung Bawaan dan dapat melanjutkan intervensi pada diagnosa keperawatan yang belum teratasi dan memberikan *discharge planning* jika pasien diperbolehkan pulang.

#### 2. Bagi Institusi Pendidikan

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

#### 3. Bagi Peneliti Selanjutnya

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

#### 4. Bagi Pasien dan Keluarga

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

## DAFTAR PUSTAKA

- AHA, 2016. *A Study of Prevalence and Pattern of Congenital Heart Disease Among Scholl Children*. Diakses tanggal 19 November 2022.  
<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/circulationAHA.108.189874>.
- Amelia, Tika. (2019). *Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung Bawaan Ventricel Septal Defek (VSD) di Ruang HCU Anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang*. Poltekkes Kemenkes RI Padang: Padang.
- Aspiani, Reni. R. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler*: EGC.
- Boimau, Kostan D. P. (2021). *Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung Bawaan, di Ruang Melati RSUD Soe, Kabupaten Timor Tengah Selatan*. Diploma thesis. Poltekkes Kemenkes Kupang.
- Budi Junio. 2017. *Profil Penyakit Jantung Bawaan di Instalasi Rawat Inap Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang Periode Januari 2013- Desember 2015*. E Skripsi Universitas Andalas. Diakses tanggal 07 April 2023.  
<http://scholar.unand.ac.id/id/eprint/2456>
- CDC. 2022. *Congenital Heart Defects (CHDs)*.  
<https://www.cdc.gov/ncbddd/heartdefects/data.html>
- Damanik, dkk. 2019. *Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak*. BMP. UKI.
- Dewi, Mega, dkk. 2019. “*Karakteristik Bronkopneumonia pada Anak Balita dengan Penyakit Jantung Bawaan di Bangsal Alamanda Rumah Sakit Abdul Moeloek Bandar Lampung*”. Universitas Lampung, 8 (1).
- Dinkes Provinsi Sumatera Barat. 2014. *Profil Dinas Kesehatan 2014 Provinsi Sumatera Barat*.
- Dinkes Sumatera Barat, Riset Kesehatan Dasar Provinsi Sumatera Barat. 2018. *Laporan Riskesdas Nasional 2018, 2019*.
- Dr. Dash, Manuju, dkk. 2014. “*Effect of Delayed Cord Clamping on Hemoglobin Level among Newborn in Rajiv Gandhi Government Women & Children Hospital, Puducherry*”. American Journal of Nursing Research Vol 2 no 1.
- Federasi Jantung Dunia. 2013. *Pengidap Jantung Usia Produktif Naik*. Kompas. Diakses tanggal 08 Desember 2022.  
<http://travel.kompas.com/read/2013/03/16/06305643/pengidap.jantung.usia.produktif.naik>.
- Fitria, Neneng, dkk. 2022. *Keperawatan Anak*. CV Media Sains Indonesia.

- Hadinata, Dian., & Abdillah. 2022. *Metodologi Keperawatan: Widina Bhakti Persada Bandung*.
- Hariyanto, D. (2016). Profil Penyakit Jantung Bawaan di Instalasi Rawat Inap Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang Januari 2008 – Februari 2011. *Sari Pediatri*, 14(3), 152–157. <https://doi.org/10.14238/sp14.3.2012.152-7>
- Hariyono. 2020. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Kardiovaskuler Untuk Profesi Ners: ICME PRESS*.
- Hermawan. Budi. Junio, dkk. (2018). *Profil Penyakit Jantung Bawaan Di Instalasi Rawat Inap Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang Periode Januari 2013- Desember 2015. Journal Kesehatan Andalas*, 7 (1).  
<http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/793>
- Hernawati, dkk. 2023. *Bronkopneumonia dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Medan*. Malahayati Health Student Journal Vol 3 no 1.  
<https://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/MAHESA/article/view/8567>
- Hidayat, A. A. 2021. *Metodologi Keperawatan untuk Pendidikan Vokasi*. Health Books Publishing.
- Hidayat, A. A. A. (2012). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Salemba Medika.
- Jimly, Asshiddiqie1., Sudarmanto. 2022. *Penyakit Jantung Bawaan Sianotik Pada Anak Laki-Laki Berusia 4 Tahun : Laporan Kasus*. Continuing Medical Education. Surakarta.
- Khasawneh, W., Hakim, F., Abu Ras, O., Hejazi, Y., & Abu-Aqoulah, A. (2020). Incidence and patterns of congenital heart disease among Jordanian infants, a cohort study from a university tertiary center. *Frontiers in Pediatrics*, 8, 219. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00219>
- 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. KEMENKES RI, 1-674.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Provinsi Sumatera Barat RISKESDAS 2018. KEMENKES RI.

- Kemenkes RI. 2022. Kurangi Kematian Penyakit Jantung Bawaan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Cathlab.  
<https://www.kemkes.go.id/article/view/22123100002/kurangi-kematian-penyakit-jantung-bawaan-pada-bayi-baru-lahir-dengan-cathlab.html>
- Khotimah, dkk. 2022. *Penyakit Gangguan Sistem Tubuh*. Yayasan Kita Menulis.
- Kumala, Karmelia, dkk. (2018). Karakteristik Jantung Bawaan Asianotik Tipe Isolated Dan Manifestasi Klinis Dini Pada Pasien Anak Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah. *Journal Medika Vol 7 no 10* (<https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum>)
- 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.
- Majid, Abdul. 2018. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Ggangguan Sistem Kardiovaskuler*. Pustaka Baru Press.
- Manopo, Berry.R., Kaunang, E.D., & Umboh. A. 2018. Gambaran Penyakit Jantung Bawaan Di Neonatal Intensive Care Unit RSUP Prof Dr. R. D. Kandou Manado Periode 2013-2017. *Journal e-clinic (ecl) Volume 6 no 2*.  
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/view/22124>
- Manurung, dkk. 2013. *Gangguan Sistem Pernafasan Akibat Infeksi*. Jakarta: Trans Info Media.
- 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/ecl.2.2.2014.5050>
- Marwansyah, M. (2019). Pengaruh Pengaruh Pemberian Cairan Hangat Peroral Sebelum Latihan Batuk Efektif Dalam Upaya Pengeluaran Sputum Pasien COPD. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (JKSI)*, 4(2), 60-69.  
<https://doi.org/10.51143/jksi.v4i2.175>.
- Masturoh, Imas., & Anggita, N. 2018. *Metodologi Penelitian Kesehatan*.
- Ngastiyah. (2014). *Perawatan Anak Sakit*. EGC.
- Nurain, Hariyanto, D., & Rusdan, S. (2015). Karakteristik Penderita Penyakit Jantung Bawaan Pada Anak di RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Januari 2010 sampai Mei 2012. *Journal Kesehatan Andalas 2015*. Diakses tanggal 27 November 2022 (<http://jurnal.fk.unand.aca.id>.)



- Olfah, Yustiana, dkk. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan*, BPPSDMK. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta.
- Oktiawati, A., Julianti, Erna. 2019. *Buku Ajar Konsep dan Aplikasi Keperawatan Anak*: Trans Info Media.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.
- Riska, Darmadi. 2013. Diagnosis dan tata laksana Tetralogy of fallot. Ckd- 202/ Vol.40 No.3, th 2013. ([Http://Download.Portalgaruda.Org](http://Download.Portalgaruda.Org)). Diakses tanggal 06 April 2023, Pukul 16.00.
- Rilantono, Lily. 2013. *Penyakit Jantung Kardiovaskuler (PKV)*. Jakarta; FKUI.
- Riyadi, Sujono & Sukarmin. 2012. *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Rozana, Hesti Putri. 2017. *Upaya Meningkatkan Bersihan Jalan Nafas pada Anak Dengan ISPA*. (KTI). Surakarta. FIK UMS.
- RSUP Dr. M.Djamil Padang. 2021. *Laporan Catatan Rekam Medik Pasien Dengan PJB*.
- Soemantri, Seno. 2012. *Panduan Lengkap Mencegah & Mengobati Serangan Jantung (Stroke dan Gagal Ginjal)*. Araska.
- Sodikin. 2012. *Buku Saku Perawatan Tali Pusat*. (M. Estor, Ed). Jakarta.
- Sudarti. 2012. *Buku Ajar Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Sujarweni, Wiratna. 2019. *Metodologi Penelitian*: Pustaka Baru Press.
- Sukmadinata, N.S, 2016. *Metode Penelitian Pendidikan*: PT Remaja Rosdakarya.
- Susilaningrum, R, Nursalam, Utami, S. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi Dan Anak*. Salemba Medika.
- Tersiana, A. 2018. *Metode Penelitian*. Anak Hebat Indonesia.

WHO. (2022). Global Health Observatory (GHO).

Widiastuti, Anita, dkk. 2022. *Asuhan Keperawatan Anak*. Yayasan Kita Menulis.

Zuafni, Nindi. 2018. *Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kasus Penyakit Jantung Bawaan Di Irna Kebidanan Dan Anak Rsup Dr M Djamil Padang*. Padang: Studi Kasus Poltekkes Kemenkes Padang.


# LAMPIRAN

**JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN PENYAKIT JANTUNG BAWAAN  
DI IRNA KEBIDANAN DAN ANAK RSUP DR. M. DJAMIL PADANG TAHUN 2023**

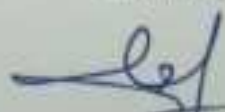
| No  | KEGIATAN                          | NOVEMBER |   |   |   | DESEMBER |   |   |   | JANUARI |   |   |   | FEBRUARI |   |   |   | MARET |   |   |   | APRIL |   |   |   | MEI |   |   |   | JUNI |   |   |   |  |
|-----|-----------------------------------|----------|---|---|---|----------|---|---|---|---------|---|---|---|----------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|-----|---|---|---|------|---|---|---|--|
|     |                                   | 1        | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1   | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 |  |
| 1.  | Konsultasi dan ACC Judul Proposal |          | ■ |   |   |          |   |   |   |         |   |   |   |          |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 2.  | Pembuatan dan Konsultasi Proposal |          | ■ | ■ | ■ | ■        | ■ | ■ | ■ |         |   |   |   |          |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 3.  | Pendaftaran Sidang Proposal       |          |   |   |   |          |   | ■ |   |         |   |   |   |          |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 4.  | Sidang Proposal                   |          |   |   |   |          |   |   | ■ |         |   |   |   |          |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 5.  | Perbaikan Proposal                |          |   |   |   |          |   |   |   | ■       | ■ |   |   |          |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 6.  | Penelitian dan Penyusunan         |          |   |   |   |          |   |   |   | ■       | ■ | ■ | ■ | ■        | ■ | ■ | ■ | ■     | ■ | ■ | ■ | ■     | ■ | ■ | ■ |     |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 7.  | Pendaftaran Ujian KTI             |          |   |   |   |          |   |   |   |         |   |   |   |          |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   | ■   |   |   |   |      |   |   |   |  |
| 8.  | Sidang KTI                        |          |   |   |   |          |   |   |   |         |   |   |   |          |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     | ■ |   |   |      |   |   |   |  |
| 9.  | Perbaikan KTI                     |          |   |   |   |          |   |   |   |         |   |   |   |          |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   | ■ | ■ |      |   |   |   |  |
| 10. | Pengumpulan Perbaikan KTI         |          |   |   |   |          |   |   |   |         |   |   |   |          |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   | ■ | ■    |   |   |   |  |
| 11. | Publikasi                         |          |   |   |   |          |   |   |   |         |   |   |   |          |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   | ■ |  |

Padang, 22 Mei 2023

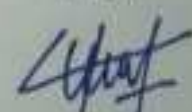
Pembimbing I

  
Ns. Hj. Isnawati, S.Kep, S.St, M.Kes  
NIP. 19650716 198803 2 002

Pembimbing II

  
Ns. Hj. Delima, S.Pd, S.Kep, M.Kes  
NIP. 19680418 198803 2 001

Peneliti

  
Najmatul Asriah  
NIM. 203110141

**LEMBAR PERBAIKAN KARYA TULIS ILMIAH  
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG  
POLTEKKES KEMENKES PADANG**

Nama : Nigmatul Azzah

NIM : 203110141

Judul : Analisis Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung Berman di RNA  
Kebidanan dan Anak RSUD Dr. M. Djamil Padang

| No | Nama                                 | Jabatan       | Tanggal Perbaikan | Tanda Tangan  |
|----|--------------------------------------|---------------|-------------------|---|
| 1  | Ns. Hj. Titawati, S.Kep, S.St, M.Kes | Pembimbing I  | 26-05-2023        |    |
| 2  | Ns. Hj. Dharma, S.Pd, S.Kep, M. Kep  | Pembimbing II | 29-05-2023        |   |
| 3  | Ns. Zalfa Amery Iida, S. Kep, M. Kep | Pengaji I     | 31-05-2023        |  |
| 4  | Dr. Hj. Menni Lidya, S.Kp, M. Biomed | Pengaji II    | 31-05-2023        |  |







Mengetahui,  
Kerus Program Studi D-III Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep  
NIP. 19750121 199903 2 005

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

Nama : Nugraha Arisah  
 NIM : 201110101  
 Pembimbing 1 : Ns. Hj. Triawati, S.Kep, S.Ni, M.Kep  
 Instansi : Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung  
 Penyakit : DMNA Kardiomegali dan Anak RUCP Di. M. Umaril  
 Padang

| No | Tanggal               | Kegiatan atau Saran Pembimbing   | Tanda Tangan  |
|----|-----------------------|--|---|
| 1  | Jumat,<br>07/11/2022  | Konsultasi awal dan penetapan judul proposal karya tulis ilmiah  |    |
| 2  | Jumat,<br>11/11/2022  | 1. Konsultasi BAB I<br>2. Perbaikan latar belakang   |   |
| 3  | Jumat,<br>25/11/22    | 1. Perbaikan abstrak<br>2. Konsultasi Latar Belakang<br>3. Langkah Sumber Data dan Jurnal<br>4. Pahami Konsep DM<br>5. Langkah Data Utama ke Klinis<br>6. Langkah Survey Awal  |  |
| 4  | Selasa,<br>30/11/22   | 1. BAB I (Tahap Cek Lagi, Tahap Penulisan)<br>2. BAB II (Pahami Konsep DM)<br>3. BAB III (Perbaikan Pendahuluan, Sampul, Data Sekunder)<br>4. Cek Penulisan<br>5. Cover diperbaiki, Daftar Isi, Lembar Perencanaan Ditinjau<br>6. Buat Daftar Pustaka<br>7. Langkah Lampiran |  |
| 5  | Selasa,<br>27/12/2022 | 1. Konsultasi Perbaikan Sebenarnya<br>2. Konsultasi Perbaikan Daftar Pustaka dan Lampiran Lainnya<br>3. Cek Lagi Tahap   |  |
| 6  | Selasa,<br>27/12/2022 | ACC untuk Ujian Seminar Proposal   |  |

|    |                      |  |  |
|----|----------------------|--|--|
| 7  | Sena,<br>08/01/2023  | Konsep Perubahan Proposal Karya Tulis Ilmiah   |  |
| 8  | Rahm,<br>29/01/2023  | 1. Konsep laporan karya tulis<br>2. Langkah pengkajian, diagnosis, sampai evaluasi                                     |  |
| 9  | Rahm,<br>05/02/2023  | 1. Konsultasi perubahan laporan karya tulis<br>2. Perbaikan dan urut kembali data yang kurang<br>3. Lampir hasil BAH 4 |  |
| 10 | Sena,<br>17/02/2023  | 1. Konsep BAH 4 revisi<br>2. Konsep BAH 5, cek lagi<br>3. Langkah BAH 3  |  |
| 11 | Selma,<br>22/02/2023 | 1. BAH 3 perbaikan lagi<br>2. Abstrak dan daftar isi perbaikan<br>3. Daftar pustaka ditengkap                          |  |
| 12 | Karna,<br>04/03/2023 | Cek ulang pendahuluan  |  |
| 13 | Selma,<br>06/03/2023 | ACC urut ulang hasil   |  |
| 14 | Jenny,<br>26/03/2023 | Perbaikan Karya Tulis Ilmiah   |  |

**Catatan:**

1. Lembar konsep karya ditulis setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sebagai salah satu syarat pendaftaran ulang.

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang









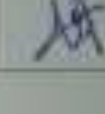
Ss. Yuni Fadhiliani, M.Kep  
NIP. 19730121 199803 2 001

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH  
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN  
KEPERAWATAN POLTERKES KEMENKES RI PADANG**

Nama : Ragnand Arrah  
 NIM : 201110141  
 Peminatan : Sa, H, Tafsir, S.Pd, S.Kep, M.Kes  
 Judul : Analisis Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung  
 Berbasis di IBNA Kabupaten (dan Anak RSUD Dr. M. Djamil  
 Padang

| No | Tanggal              | Kegiatan atau Sesi Peminatan  | Tanda Tangan  |
|----|----------------------|---|---|
| 1  | Jumat,<br>11/11/2022 | 1. Konsultasi awal dan peninjauan judul proposal karya tulis ilmiah<br>2. Konsultasi BAB I  |   |
| 2  | Rabu,<br>30/11/2022  | 1. Konsultasi BAB I<br>2. Perbaiki Lata Belakang<br>3. Langkah Sumber<br>4. Lanjutkan BAB II  |  |
| 3  | Jumat,<br>14/12/22   | 1. Perbaiki cover<br>2. Konsultasi BAB I dan BAB II<br>3. Langkah Sumber Buku dan Jurnal<br>4. Pelajari Konsep PDD  |  |
| 4  | Senin,<br>19/12/22   | 1. BAB I (Tahun Cek Lagi, Teknik Penulisan)<br>2. BAB II (Pelajari Konsep PDD)<br>3. BAB III Perbaikan Lagi<br>4. Cek Penulisan<br>5. Buat Daftar Pustaka |  |
| 5  | Rabu,<br>21/12/2022  | 1. Konsultasi Perbaikan BAB I, BAB II, dan BAB III<br>2. Cek Penulisan dan Tahun  |  |
| 6  | Rabu,<br>25/12/2022  | 1. Pelajari Konsep PDD<br>2. Perbaikan Penulisan  |  |
| 7  | Jumat,<br>29/12/22   | A.T.C untuk Ujian Seminar Proposal  |  |



|    |                       |  |   |
|----|-----------------------|--|---|
| 8  | Selasa,<br>09/01/2023 | Kemudahan perlihatkan proposal   |    |
| 9  | Rabu,<br>15/01/2023   | Kemudahan hasil laporan kassa  |    |
| 10 | Jumat,<br>14/04/2023  | 1. Kemudahan perlihatkan laporan kassa<br>2. Lanjutkan BAB IV            |    |
| 11 | Kamis,<br>04/05/2023  | 1. Kemudahan BAB IV, V<br>2. Pahami kassa                                |    |
| 12 | Senin,<br>06/05/2023  | 1. Kemudahan perlihatkan BAB V<br>2. Pahami kassa<br>3. Cek ulang jumlah |    |
| 13 | Kamis,<br>11/05/2023  | ACC akhir agar hasil   |   |
| 14 | Senin,<br>29/05/2023  | Perbaikan Karya Tulis Ilmiah   |  |

**Catatan:**

1. Laporan kassa baru (di buat setiap kali kemudahan)
2. Laporan kemudahan diserahkan ke peserta sidang sebagai salah satu syarat penyelesaian sidang

Mengesahkan

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



N. Yuni Fadrianti, M.Kep  
NIP. 19750121 199903 1 005



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN PADANG**

Jl. Sekeloa Selatan 1, Padang, Sumatera Barat 25139, Indonesia  
 Nomor Telepon: (075) 740 143, Faksimil: (075) 491 111, Email: kkes@kes.go.id, poltekkes.padang@kes.go.id  
 Nomor Regulasi: 001/2012/PPH/2012, 001/2012/PPH/2012, 001/2012/PPH/2012, 001/2012/PPH/2012

---

No. : PP.01.01/05/2022 14 November 2022  
 Lembar : 1  
 Perihal : Gaji Baris Baru

Kepada Yth.  
 Direktur BKUP Dr. M. Djani Padang  
 Di  
 Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Prosesus Final Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil T.A. 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 :

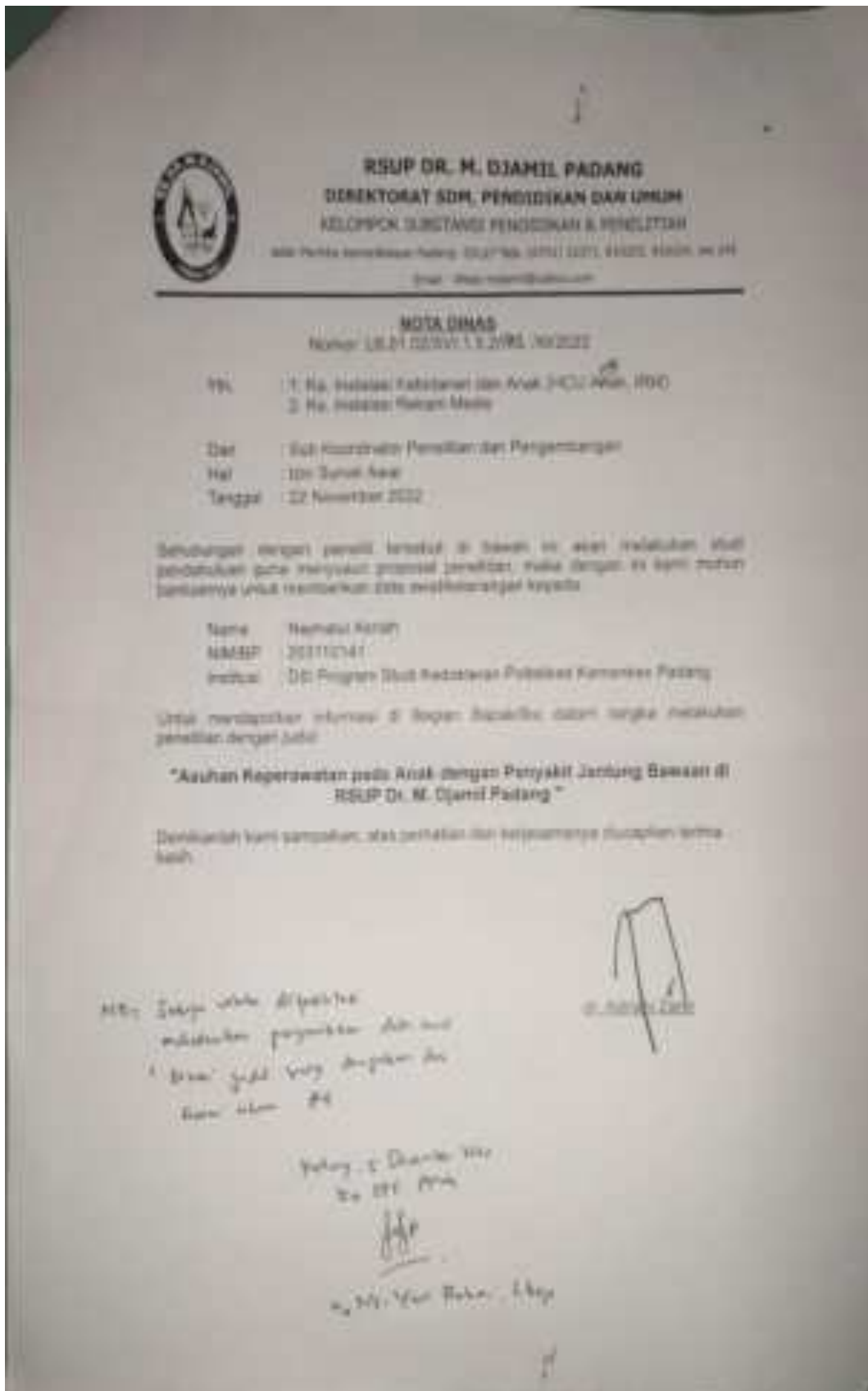
| NO | NAMA              | NIM       | JUDUL PROPOSAL KTI  |
|----|-------------------|-----------|---|
| 1  | Nugraha Azzah     | 202110141 | Analisa Keperawatan Pada Asam Dengan Perilaku Jelek Bermanfaat di BKUP Dr. M. Djani Padang  |
| 2  | Puan Andia Rahmah | 202110141 | Analisa Keperawatan Pada Asam Dengan Lingkungan Lingkungan Alam di BKUP Dr. M. Djani Padang |

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerendahan Hati/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Wade C



**Ezzah Supriatna SKM, M. Kes**  
 Nip. 19630419 198003 1 004







**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN PADANG**

Jl. Sekeloa Tengah No. 100, Padang, Sumatera Barat 25139, Indonesia  
 Telp. (075) 7401000, Fax. (075) 7401001, Email: poltekkes@kemkes.go.id  
 Website: www.poltekkes.kemkes.go.id

---

No. : 77/21.05/2019/RI / 2023 10 Januari 2023  
 Perihal : Uji Penelitian

Kepada Yth,  
 Direktur RSUD Dr. M. Djamil Padang  
 Di  
 Tempat

Dengan hormat,

Selamat dengan telah dilaksanakannya Ujian Simulasi Prepasal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D-3 Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk membolehkan dan apabila berkenan untuk melakukan Penerimaan di Institut yang Bapak/Ibu Pimpin s.d

| NO | NAMA / NIM                | JUDUL KTI  |
|----|---------------------------|--|
| 1  | Syaiful Anwar / 222110141 | Analisa Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Gigitan Bawahi di RWVA Kebunbaru dan RSUD Dr. M. Djamil Padang |

Demiakudlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerendahan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.



Rendiarti, S.Kn, M.Kep, Np, Jeng  
 NIP. 197308251985021001



**HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE  
RSIP Dr. H. ISMAIL PADANG**

**KEPASTIHAN LOUKH KAD ETIK  
DECLARATION OF ETHICAL APPROVAL  
"ETHICAL APPROVAL"**

Nomor: **18/RSK/03/TYU/2023**

Prinsip penelitian yang dijabarkan oleh:  
The research protocol prepared by:

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Identifikasi kasus:<br>Pemeriksaan & Investigasi | Kategori kasus:                 |
| Tempat penelitian:                               | Program Studi D-III Keperawatan |
| Tempat of the Institution:                       | Poltekkes Kemenkes Padang       |
| ditandatangani/<br>Date:                         |                                 |

**\*Judul Eksperimen publikasi: Dengan Penyakit Jantung Koroner & BBA Kolesterol dan Asam  
KSID Dr. N. D. N. Padang\***


Disetujui oleh komite etik pada 7 (tujuh) Januari 2023 pada 12.00 sore. 2) BBA (Berkas), 3) BBA (Berkas), 4) BBA (Berkas) dan 5) BBA (Berkas), 6) BBA (Berkas) dan 7) BBA (Berkas) dan 8) BBA (Berkas) yang terdapat pada Formasi 2023. Hal ini sesuai yang ditetapkan oleh peraturan yang berlaku yang berlaku.

Disetujui oleh komite etik pada 7 (tujuh) Januari 2023 pada 12.00 sore. 2) BBA (Berkas), 3) BBA (Berkas), 4) BBA (Berkas) dan 5) BBA (Berkas) dan 6) BBA (Berkas) dan 7) BBA (Berkas) dan 8) BBA (Berkas) yang terdapat pada Formasi 2023. Hal ini sesuai yang ditetapkan oleh peraturan yang berlaku yang berlaku.

Peraturan LK 016/2016 berlaku secara umum mulai Januari 2021 sampai dengan Januari 2024

Teknik pelaksanaan of ethics approval during the period January 2023 until January 2024

Padang, 04 Januari 2023  
Ketua  
  
Dr. H. Dora Dora, S.K.E., Ph.D., Ns., M.P.H.  
NIP. 03601124 2008012014

**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**  
**DIREKTURAT SGM, PENGOBATAN DAN UMUM**  
**KELERPAK (LAINSTANSI) PENGOBATAN & PENELITIAN**  
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang 35127 Telp. (075) 2271 2222, 22224, 22224-46, 24  
Email: [info@rsupdjamil.com](mailto:info@rsupdjamil.com)

---

**NOTA DINAS**  
Nomor: LB 01 0074/ 1.3.2/Fsa-002023

YB: Ka. Ananda Dewat (Dak. Kabupaten dan Anak)  
Dit: Dit. Riset dan Penelitian dan Pengembangan  
Hal: Dit. Melakukan Penelitian  
Tanggal: 20 Maret 2023

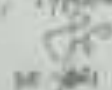
Selanjutnya dengan surat Dokter Puskesmas Kesehatan Padang Nomor  
PDS/01/01/01/2023 tanggal 01 Januari 2023 perihal tersebut di atas, bersama ini  
kami kirimkan sebagai:

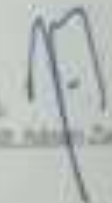
Nama: Nopuzi Azzah  
NRSIP: 22210141  
Instansi: DSI Program Studi Keperawatan Fakultas Kesehatan Padang

Untuk melakukan penelitian di instansi yang bersifat proyek dalam rangka  
pembinaan karya keahliannya dengan judul:

**"Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung Bawaan di  
RNA Kabupaten dan Anak"**


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

YB. Supriyasa  
Dokter Spesialis Anak  
Karya tulis, saat dengan bimbingan  
yang diberikan dan telah diteliti dan diteliti  
Padang, 19 Maret 2023  
  
Dr. Supriyasa, SpA

  
Nopuzi Azzah

Hal: Mohon bantuannya dalam rangka untuk  
menyempatkan waktu untuk menyelesaikan  
karya penelitian

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

|   |  |
|---|--|
| Indek : 133<br>Tgl Terima : 29/3/23   | Rahasia :<br>Segera :<br>Bisa :  |
| Kode : Asli/Tembusan  | Tanggal Penyelesaian :   |
| Tanggal : 20/3-2023   |  |
| Nomor : LB.01-02/XVI.13-2/530/II/2023   |  |
| Asal : Dikut  |  |
| Isi Ringkas : lain melakukan penelitian dr. Rizmahel Afraly   |  |
| Instruksi / Informasi<br>R/3-3<br>Atu SPF<br>V dr difasilitasi sesuai dr atuan<br>D bereskan di Kuruf - | Diteruskan kepada :<br><br>Dokter Spesialis Kebidanan & Anak<br>RSUP Dr. M. Djamil Padang<br>No. 17711111111111111111 |



**INFORMED CONSENT**  
(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Responden : Ailen  
Tgl. / Th. / Lahir : 7 Januari / 2003  
Pemeriksaan / Penyakit : Darah  
Alamat : Ayah paman

Saya selaku perawat telah menjelaskan dan sudah mengerti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian ini yang berjudul "Efektivitas Penggunaan Alat Peraga Matematika Berbasis Teknologi Informasi (APM) dalam Meningkatkan Kemampuan Pemahaman Matematis Siswa SD/MI Kelas Rendah di Kecamatan Padang".

Dengan ini saya menyetujui dan saya terima tanggung jawab atas pelaksanaan dari penelitian ini.

Padang, 20 Maret 2023

Responden

*(Handwritten signature)*

DANILAR



**KEUPJAN M ZIANG**  
 Jl. Pemuda No. 10 Padang - 25127  
 Telp. (075) 8331 8000, 83318001, 83318002

Nama: Allen  
 MR: 0114-93-43  
 Tanggal Lahir: 24 Maret 2001  
 (Mohon diisi dan tempelkan dalam foto saat)

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menandatangani hal-hal di atas sesuai bentuk dan jeda dan memberikan keterangan untuk bernegara dan/atau berbudaya

Tanda Tangan  
[Signature]

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanggapan di dalam kamarnya dan telah memahaminya

Tanda Tangan  
[Signature]

\*Diketahui bahwa penandatanganan ini tidak akan memengaruhi informasi, maka prosedur informasi adalah wali atau keluarga terdekat

**PERSETUJUAN IKUT DALAM PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, nama Daryapur atau Dr. H. Hani (Siti) Daryapur atau Karya Jantung Pagi, Kiri, Baku Jend (Seri) dengan ini menyatakan persetujuan untuk menjadi subjek penelitian sebagai saya Anna "saya" bernama Allen atau 9 atau (di-lengkapi) Karya Jantung Pagi, Kiri, Baku Jend (Seri)

Saya menyatakan setuju dan menyetujui penelitian tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya setuju berpartisipasi, maka peneliti akan memberikan penjelasan/risiko yang akan ditanggung oleh peneliti. Partisipasi saya untuk hal-hal yang akan dilakukan oleh peneliti ini sepenuhnya bersifat sukarela. Saya setuju menandatangani hal-hal ini tidak akan mengganggu hubungan saya dengan dokter yang merawat, tetap dilayani dan mendapat penjelasan sebagaimana mestinya. Semua data pribadi dan hasil penelitian saya akan dijaga kerahasiaannya. Informasi penelitian ini akan digunakan oleh peneliti dan dipublikasikan sebagai data umum yang dapat digunakan. Hal sebaliknya tidak akan informasi akan mendapatkan akses ke penelitian yang relevan dengan penelitian penelitian saya.

Allen tanggal 23/03/2023 pukul 15:00 WIB

| Yang menyatakan*    | Peneliti              | Saksi I                      | Saksi II               |
|---------------------|-----------------------|------------------------------|------------------------|
| <u>[Signature]</u>  | <u>[Signature]</u>    | <u>[Signature]</u>           | <u>[Signature]</u>     |
| ( <u>DANI ZAR</u> ) | ( <u>Nesma Anis</u> ) | ( <u>Dr. Hani Daryapur</u> ) | ( <u>Nadia Rizki</u> ) |

**DAFTAR HADIR PENELITIAN**

Nama : Nasmah Anshah  
 UIN : 20110011  
 Jurusan : Fakultas Kesehatan Padang  
 Ruangan : RNA Kesehatan dan Anak RSUD Dr. M. Djamil Padang  
 Subjek : Analisis Eksistensi pada Anak dengan Penyakit Jantung  
 Bermanis di RNA Kesehatan dan Anak RSUD Dr. M. Djamil  
 Padang

| No. | Hari Tanggal            | Ruangan | TID/Prinsip   |
|-----|-------------------------|---------|---|
| 1.  | Selasa<br>26 Maret 2021 | PICU I  |  |
| 2.  | Rabu<br>29 Maret 2021   | PICU I  |   |
| 3.  | Kamis<br>30 Maret 2021  | PICU I  |  |
| 4.  | Jumat<br>31 Maret 2021  | PICU I  |   |
| 5.  | Sabtu<br>01 April 2021  | HCU I   |  |
| 6.  | Minggu<br>02 April 2021 | HCU I   |  |

Mengetahui  
 Kepala Ruangan


Lampiran 12



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**RUMAH SAKIT LILIN PUTIH DR. H. DEWIL PADANG**  
Jalan Pemuda Kecamatan Padang - 25127  
Phone : (0751) 2201, 24253, 24254 Fax : (0751) 2201  
Website : www.kemkes.go.id Email : kasubidj@kemkes.go.id



**SURAT KETERANGAN**  
DP/RS.01/001.1.3.0.12/01/2023

Pang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. Adnan Zaki  
NIP : 197308112008012008  
Jabatan : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Napsula Azzah  
NPM/ID : 32210141  
Instansi : U201 Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah melaksanakan penelitian di Ruangan PICU 1 Rumah Sakit dan Anak RSUD Dr. H. Dewil Padang pada tanggal 20 Maret 2023 s.d 02 April 2023, guna pembuatan karya tulis/tesis/penelitian yang berjudul :

**"Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Jantung Bawaan di IMA Kebidanan dan Anak"**

Dengan ini surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sepenuhnya.

Padang, 16 Mei 2023

s.d. Koordinator Penelitian & Penelitian  
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan

  
Dr. Adnan Zaki  
NIP. 197308112008012008



**HASIL PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK  
DIRUANG PICU IRNA KEBIDANAN DAN ANAK  
RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG**

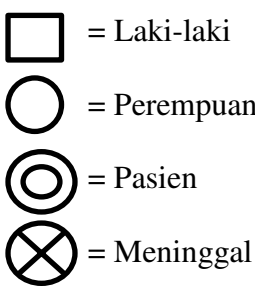
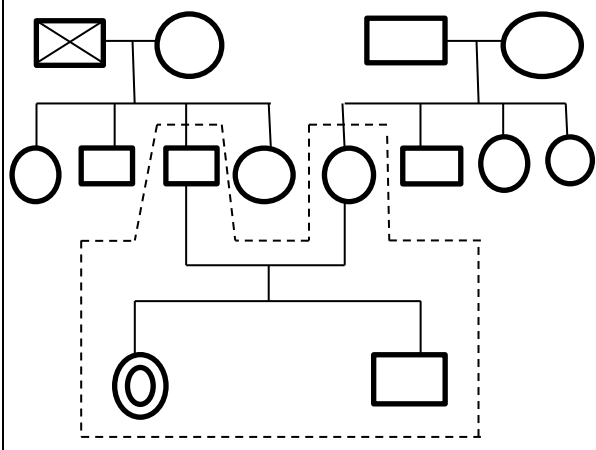
|                         |             |                |            |
|-------------------------|-------------|----------------|------------|
| <b>Waktu Pengkajian</b> | <b>Hari</b> | <b>Tanggal</b> | <b>Jam</b> |
|                         | Selasa      | 28 Maret 2023  | 13.00 WIB  |

|  |  |
|--|--|
| Rumah Sakit/ Klinik/ Puskesmas         | RSUP Dr. M. Djamil Padang                  |
| Ruangan                                | PICU I (IRNA Kebidanan dan Anak)           |
| Tanggal Masuk RS                       | 26 Maret 2023                              |
| No. Rekam Medik                        | 01.16.97.65                                |
| Sumber Informasi                       | Orang tua pasien dan laporan status        |
| <b>I. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA</b> |  |
| <b>1. IDENTITAS ANAK</b>               |  |
| Nama/ Panggilan                        | An. A                                      |
| Tanggal Lahir/ Umur                    | 23 Maret 2016 / 7 tahun 5 hari             |
| Jenis Kelamin                          | Perempuan                                  |
| Agama                                  | Islam                                      |
| Pendidikan                             | Sekolah Dasar (Kelas 1)                    |
| Anak ke/ Jumlah Saudara                | Anak ke-1 dari 2 bersaudara                |
| Diagnosa Medis                         | PJB Sianotik ec TOF + Bronkopneumonia (BP) |

|                              |  |  |
|------------------------------|--|--|
| <b>2. IDENTITAS ORANGTUA</b> | <b>IBU</b>   | <b>AYAH</b>  |
| Nama                         | Ny. R  | Tn. D  |
| Umur                         | 27 tahun   | 36 tahun   |
| Agama                        | Islam  | Islam  |
| Suku Bangsa                  | Minang   | Minang   |
| Pendidikan                   | SD   | SD   |
| Pekerjaan                    | IRT  | Petani/ Pekebun                                      |
| Alamat                       | Kubu Jorong<br>Pamujan Kinari<br>Bukit Sundi (Solok) | Kubu Jorong Pamujan<br>Kinari Bukit Sundi<br>(Solok) |

| <b>3. IDENTITAS ANGGOTA KELUARGA</b> |                |              |               |            |            |            |        |
|--------------------------------------|----------------|--------------|---------------|------------|------------|------------|--------|
| NO                                   | Nama (Inisial) | Usia (bl/th) | Jenis Kelamin | Hub. dg KK | Pendidikan | Status Kes | Ket    |
| 1                                    | Tn. D          | 36 th        | LK            | Ayah       | SD         | Sehat      |        |
| 2                                    | Ny. R          | 27 th        | PR            | Ibu        | SD         | Sehat      |        |
| 3                                    | An. A          | 7 th         | PR            | Anak       | SD         | Sakit      | Pasien |
| 4                                    | An. M          | 1 th         | LK            | Anak       | -          | Sehat      |        |

| <b>II. RIWAYAT KESEHATAN</b>   |  |
|--|--|
| <b>KELUHAN UTAMA</b>   | An. A masuk melalui IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 26 Maret 2023 jam 22.10 WIB, dengan keluhan utama anak mengalami kebiruan yang timbul memberat sejak 10 hari sebelum masuk rumah sakit, disertai sesak napas, batuk berdahak dan pilek. Pasien rujukan dari RSUD M. Natsir Solok. |
| <b>1. Riwayat Kesehatan Sekarang</b>   |  |
| <p>Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 28 Maret 2023, pukul 13.00 WIB yaitu An. A dengan hari rawatan ke-3. An. A tampak sianosis terutama pada bibir, lidah, dan jari-jari. An. A tampak kurus, pucat, lesu, lemas, dan sesak. Jari-jari tangan dan kaki tampak <i>clubbing finger</i>. An. A pilek dan batuk berdahak, serta rewel dan sering menangis selama dirawat. Ayah pasien mengatakan An. A sering menangis, napas sesak, dan merasa lelah, dan dalam 10 hari terakhir An.A hanya bisa berjalan terjauh 50 meter, anak sering sesak terutama saat beraktifitas, tidak dipengaruhi posisi. Saat sesak An. A akan semakin membiru dan berkurang dengan beristirahat atau jongkok, berat badan An. A turun dari 14 kg menjadi 12 kg dalam 2 minggu. An. A tampak terpasang oksigen binasal 5 liter per menit, saturasi oksigen anak naik turun, SpO<sub>2</sub> (76%), terpasang monitor, terpasang infus KaEN 1B di tangan kanan, terpasang NGT, terpasang kateter, dan anak telah dilakukan operasi pemasangan <i>Central Venous Catheters</i> (CVC) tanggal 27 Maret 2023.</p> |  |
| <b>2. Riwayat Kesehatan Dahulu</b>   |  |
| <p>Ayah pasien mengatakan bahwa PJB (TOF) diketahui sejak An. A usia 4 bulan. An. A lahir langsung menangis, dan tampak biru, namun orangtua tidak membawa anak kontrol ke RS terkait biru pada anak karena takut atas tindakan medis. Anak telah diketahui sering lelah sejak usia 4 bulan. Semenjak lahir anak sering demam, batuk pilek, sesak napas, dan berat badan sukar mengalami kenaikan. Semenjak anak lahir sudah tampak gejala-gejala seperti penyakit jantung bawaan pada anak, namun karena kurangnya pengetahuan orangtua hanya menganggap hal tersebut biasa saja, dan tidak mau membawa anak kontrol ke RS.</p>   |  |
| <b>a. Prenatal (*pengkajian ini untuk masalah kelainan kongenital)</b>   |  |
| Riwayat Gestasi  | -  |
| HPHT   | -  |
| Pemeriksaan Kehamilan  | Puskesmas  |
| Frekuensi  | Tidak teratur  |
| Masalah Waktu Hamil  | Ada (kelelahan, pusing, dan mual)  |
| Sikap Ibu Terhadap Kehamilan   | Positif  |
| Emosi Ibu Pada Saat Hamil  | Stabil   |
| Obat-Obatan Yang Digunakan   | Tablet tambah darah setiap malam   |

|   |   |
|---|---|
| Perokok   | Tidak<br>Data lain: Ayah pasien seorang perokok aktif yang biasa merokok di dalam rumah saat ibu hamil  |
| Alkohol   | Tidak   |
| <b>b. Intranatal (*pengkajian ini untuk masalah kelainan kongenital)</b>                                    |   |
| Tanggal Persalinan  | 23 Maret 2016   |
| BBL/ PBL  | 2400 gr/ 47 cm  |
| Usia Gestasi Saat Lahir   | 37 - 38 minggu  |
| Tempat Persalinan   | RSIA Ananda Solok   |
| Penolong Persalinan   | Dokter  |
| Jenis Persalinan  | Sectio Caesaria (SC)  |
| Penyulit Persalinan   | Posisi bayi sungsang  |
| <b>c. Post Natal (24 jam) (*pengkajian ini untuk masalah kelainan kongenital)</b>                           |   |
| APGAR skor  | -   |
| Pemberian Vit K   | Ada   |
| Koord. Reflek Hisap dan Reflek Menelan  | Baik  |
| Inisiasi Menyusu Dini (IMD)   | Ada   |
| BBLR: Perawatan Kanguru   | Tidak ada   |
| Kelainan Kongenital   | Ada (PJB)   |
| <b>3. Riwayat Kesehatan Keluarga</b>  |   |
| Anggota Keluarga Yang Pernah Sakit  | Tidak ada anggota keluarga yang sakit PJB, jantung, dan penyakit kongenital lainnya   |
| Riwayat Penyakit Keturunan  | Tn. D mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga lain yang menderita penyakit PJB, gagal jantung atau riwayat kematian mendadak dan tidak ada yang menderita penyakit <i>syndrome down</i> |
| Genogram<br>Ket:<br><br> |   |



| <b>III. RIWAYAT IMUNISASI</b>   |   |  |
|---|---|--|
| BCG   | Tidak ada   | Simpulan:<br>Imunisasi tidak lengkap sesuai usia (anak belum pernah diimunisasi) |
| HB0   | Tidak ada   |  |
| Polio   | Polio 1, 2, 3, 4 = tidak ada  |  |
| DPT, HB, HiB  | DPT 1, 2, 3 = tidak ada   |  |
| Campak  | Tidak ada   |  |
| <b>IV. RIWAYAT PERKEMBANGAN</b>   |   |  |
| Usia anak saat:<br>Berguling : 6 bulan<br>Duduk : 10 bulan<br>Merangkak : 11 bulan<br>Berdiri : 14 bulan<br>Berjalan : 18 bulan<br>Tersenyum pertama kali kepada orang tua : 1 bulan<br>Bicara pertama kali (satu kosa kata) : 13 bulan<br>Berpakaian tanpa bantuan : 4 tahun<br><br>Kesimpulan:<br>Perkembangan anak dalam batas normal. |   |  |
| <b>V. LINGKUNGAN</b>  |   |  |
| 1. Rumah  | Semi permanen   |  |
| 2. Halaman Pekarangan   | Tanah, cukup luas   |  |
| 3. Jamban/ WC   | WC sendiri di dalam rumah   |  |
| 4. Sumber air minum   | Air galon   |  |
| 5. Sampah   | Dibakar dan dibuang ke TPS  |  |
| <b>VI. PENGKAJIAN KHUSUS</b>  |   |  |
| <b>A. ANAK</b>  |   |  |
| <b>1. Pemeriksaan Fisik</b>   |   |  |
| a. Kesadaran  | Compos Mentis<br>GCS : E4M6V5 = 15  |  |
| b. Tanda Vital  | Suhu : 37,6 C<br>RR : 35 kali per menit<br>HR : 129 kali per menit<br>TD : 96/63 mmHg   |  |
| Nyeri   | <b><i>FLACC Pain Assesment Tool</i></b><br>a) Face/ wajah = terkadang meringis/ menarik diri (Skor 1)<br>b) Leg/ kaki = normal, rileks (Skor 0) |  |

|                    |  |        |          |            |          |                |         |                   |         |                    |           |          |             |           |     |
|--------------------|--|--------|----------|------------|----------|----------------|---------|-------------------|---------|--------------------|-----------|----------|-------------|-----------|-----|
|                    | <p>c) Activity = berbaring tenang, posisi normal, mudah bergerak (Skor 0)</p> <p>d) Cry/ menangis = merintih, merengek, kadang-kadang mengeluh (Skor 1)</p> <p>e) Consability = dapat ditenangkan dengan sentuhan, pelukan, bujukan, dapat dialihkan (Skor 1)</p> <p>SKOR total = 3</p>  |        |          |            |          |                |         |                   |         |                    |           |          |             |           |     |
| c. Posture         | <p>BB = 12 kg<br/> TB = 105 cm<br/> IMT = <math>12 / 1,10 = 10,91</math> (N= 13,9-17,3)<br/> Kesan = Gizi buruk</p> <p>BB/U = <math>12/23 \times 100\% = 52,1\%</math> (Gizi Buruk)<br/> TB/U = <math>105/122 \times 100\% = 86\%</math> (Perawakan sangat pendek)<br/> BB/TB = <math>12/17 \times 100\% = 70,5\%</math> (Sangat Kurus)</p>                            |        |          |            |          |                |         |                   |         |                    |           |          |             |           |     |
| d. Kepala          | <table border="0"> <tr><td>Bentuk</td><td>= Normal</td></tr> <tr><td>Kebersihan</td><td>= Bersih</td></tr> <tr><td>Lingkar Kepala</td><td>= 47 cm</td></tr> <tr><td>Fontanel Anterior</td><td>= Tidak</td></tr> <tr><td>Fontanel Posterior</td><td>= Menutup</td></tr> <tr><td>Benjolan</td><td>= Tidak ada</td></tr> <tr><td>Data Lain</td><td>= -</td></tr> </table> | Bentuk | = Normal | Kebersihan | = Bersih | Lingkar Kepala | = 47 cm | Fontanel Anterior | = Tidak | Fontanel Posterior | = Menutup | Benjolan | = Tidak ada | Data Lain | = - |
| Bentuk             | = Normal   |        |          |            |          |                |         |                   |         |                    |           |          |             |           |     |
| Kebersihan         | = Bersih   |        |          |            |          |                |         |                   |         |                    |           |          |             |           |     |
| Lingkar Kepala     | = 47 cm  |        |          |            |          |                |         |                   |         |                    |           |          |             |           |     |
| Fontanel Anterior  | = Tidak  |        |          |            |          |                |         |                   |         |                    |           |          |             |           |     |
| Fontanel Posterior | = Menutup  |        |          |            |          |                |         |                   |         |                    |           |          |             |           |     |
| Benjolan           | = Tidak ada  |        |          |            |          |                |         |                   |         |                    |           |          |             |           |     |
| Data Lain          | = -  |        |          |            |          |                |         |                   |         |                    |           |          |             |           |     |
| e. Mata            | <p>Simetris kiri dan kanan</p> <p>Sklera = tidak ikterik</p> <p>Konjungtiva = anemis</p> <p>Reflek cahaya = positif</p> <p>Palpebra = tidak edema</p> <p>Pupil = isokor</p> <p>Data lain = mata anak tampak merah saat pengkajian</p>  |        |          |            |          |                |         |                   |         |                    |           |          |             |           |     |
| f. Hidung          | <p>Letak = simetris</p> <p>Pernapasan cuping hidung = ada</p> <p>Kebersihan = bersih</p> <p>Data lain = tampak sesak, terpasang oksigen binasal 3 liter per menit, terpasang NGT</p>   |        |          |            |          |                |         |                   |         |                    |           |          |             |           |     |
| g. Mulut           | <p>Warna bibir, lidah, palatum = sianosis</p> <p>Gigi = lengkap</p> <p>Kebersihan rongga mulut = bersih</p> <p>Data lain = mukosa bibir kering</p>   |        |          |            |          |                |         |                   |         |                    |           |          |             |           |     |
| h. Telinga         | <p>Bentuk = simetris kiri dan kanan</p>  |        |          |            |          |                |         |                   |         |                    |           |          |             |           |     |

|   |   |
|---|---|
|   | Kebersihan = bersih<br>Posisi puncak pina = sejajar kantung mata<br>Pemeriksaan pendengaran = baik/ normal<br>Data lain = -   |
| i. Leher                                  | Pembesaran kelenjar getah bening = ada<br>Data lain = terpasang CVC di vena jugularis interna leher sebelah kanan, dan KGB teraba multiple di colli dekstra   |
| j. Dada                                   |   |
| - Thoraks/ Paru-Paru                      | Inspeksi = normochest, terdapat retraksi dinding dada<br>Auskultasi = terdengar rhonki basah halus nyaring di kedua lapang paru<br>Palpasi = Fremitus paru kiri dan kanan sama<br>Perkusi = Sonor<br>Lingkar dada = 56 cm |
| - Jantung                                 | Inspeksi = Iktus cordis tidak tampak<br>Auskultasi = Murmur halus pada batas kiri sternum tengah sampai bawah<br>Palpasi = Iktus cordis teraba pada ICS VI 1 jari medial garis midclavicula kiri                          |
| k. Abdomen                                | Inspeksi = Tidak ada distensi atau benjolan<br>Auskultasi = Bising usus 5 - 7 kali per menit<br>Palpasi = Teraba hepar 1/3 - 1/4 lancip, lien tidak teraba<br>Perkusi = Tympany<br>Lingkar perut = 54 cm                  |
| l. Kulit                                  | Turgor = kembali cepat<br>Kelembapan = lembab<br>Warna = pucat  |
| m. Ekstremitas atas                       | Lingkar lengan atas = 12 cm<br>CRT = > 2 detik<br>Data lain = akral teraba hangat, pucat, terdapat <i>clubbing finger</i> , jari tangan dan kuku sianosis   |
| n. Ekstremitas bawah                      | Akral teraba hangat, tidak terdapat edema, jari kaki dan kuku sianosis  |
| o. Genitalia dan anus                     | Labia mayora dan minora = normal<br>Kebersihan = bersih<br>Data lain = -  |
| p. Pemeriksaan tanda rangsangan meningeal | Kaku kuduk = negatif<br>Kernig sign = negatif<br>Brudzinsky sign = negatif  |

|  |  |
|--|--|
|  | Refleks babyski = negatif  |
| <b>2. Temperamen Dan Daya Adaptasi</b> |  |
| Easy Child                             | Karakteristik santai   |
| Difficult Child                        | Sering menangis  |
| Slow-to-warm up child                  | -  |
| <b>3. Pengkajian Resiko Jatuh</b>      |  |
| Usia                                   | 7- 13 tahun (skor 2)   |
| Jenis Kelamin                          | Perempuan (skor 1)   |
| Diagnosis                              | Perubahan oksigenasi (skor 3)  |
| Gangguan Kognitif                      | Tidak menyadari keterbatasan dirinya (skor 3)  |
| Faktor Lingkungan                      | Pasien diletakkan ditempat tidur (skor 2)  |
| Respon                                 | Penggunaan medikasi lainnya/ tidak ada medikasi (skor 1)   |
| TOTAL skor asesmen resiko jatuh 12     | Resiko Tinggi  |
| <b>4. Kebiasaan Sehari-hari</b>        |  |
| a) Nutrisi dan cairan                  | <p><b>Sehat:</b><br/>Ayah An. A mengatakan saat sehat anak memang susah makan, tidak bisa makan dan minum banyak karena cenderung sesak. BB anak turun dari 14 kg menjadi 12 kg dalam waktu 2 minggu. Biasanya An. A makan 3 kali sehari dengan porsi kecil atau sedikit</p> <p><b>Sakit:</b><br/>Ayah pasien mengatakan An. A makin sulit untuk makan dan minum, selama dirawat An. A menggunakan selang NGT untuk memenuhi nutrisi pada tubuhnya. An. A hanya diberi makanan cair susu dengan diet MCDJ 6 x 150 cc</p> |
| b) Istirahat dan tidur                 | <p><b>Siang:</b><br/>Pola tidur tidak teratur<br/>Jumlah jam tidur 1-2 jam/hari<br/>Masalah (susah tidur)</p> <p><b>Malam:</b><br/>Pola tidur tidak teratur<br/>Jumlah jam tidur 6-7 jam/hari<br/>Masalah (sering menangis sejak dirawat, sering terbangun)</p>  |

|                      |  |
|----------------------|--|
| c) Eliminasi         | <p><b>BAK:</b><br/>Selama dirawat di RS anak terpasang kateter, jumlah urin lebih kurang 1500 cc/hari, warna kuning, tidak ada masalah</p> <p><b>BAB:</b><br/>An. A BAB frekuensi 1x /hari, warna kuning, dengan konsistensi lembek kadang cair, anak terpasang pempers, saat dirawat anak selalu ambil posisi jongkok untuk BAB</p> |
| d) Personal hygiene  | Selama dirawat An. A mandi 1x/ hari dibantu perawat, dan oral hygiene sekali dua hari  |
| e) Aktifitas Bermain | Main bersama adek, di dalam rumah  |
| f) Rekreasi          | Tidak teratur  |

## VII. DATA PENUNJANG

### Laboratorium:

| Pemeriksaan                  | Hasil | Satuan                            | Nilai Normal |
|------------------------------|-------|-----------------------------------|--------------|
| <b>Tanggal 28 Maret 2023</b> |       |                                   |              |
| <b>Hemoglobin*</b>           | 19.6  | g/dl                              | 10.2 – 15.2  |
| Leukosit                     | 6.04  | 10 <sup>3</sup> / mm <sup>3</sup> | 5.0 – 17.0   |
| <b>Hematokrit*</b>           | 63    | %                                 | 35.0 – 49.0  |
| Trombosit                    | 190   | 10 <sup>3</sup> / mm <sup>3</sup> | 150 - 450    |
| Eritrosit*                   | 9.78  | 10 <sup>6</sup> /μl               | 4.00 – 5.20  |
| Retikulosit*                 | 2.22  | %                                 | 0.5 – 1.5    |
| MCV*                         | 78    | fl                                | 80.0 – 94.0  |
| MCH                          | 24    | pg                                | 23.0 – 31.0  |
| MCHC*                        | 31    | %                                 | 32.0 – 36.0  |
| RDW-CV*                      | 22.7  | %                                 | 11.5 – 14.5  |
| Basofil                      | 0.00  | %                                 | 0 - 2        |
| Eosinofil                    | 1     | %                                 | 1 - 4        |
| Neutrofil batang             | 1     | %                                 | 0.0 – 5.0    |
| Neutrofil segmen*            | 71    | %                                 | 29.0 – 65.0  |
| Limfosit*                    | 19    | %                                 | 29 - 65      |
| Monosit                      | 8     | %                                 | 2 - 11       |
| Sel patologis                | -     | %                                 |              |
| <b>Tanggal 30 Maret 2023</b> |       |                                   |              |
| <b>Hemoglobin*</b>           | 25.2  | g/dl                              | 10.2 – 15.2  |
| Leukosit                     | 8.30  | 10 <sup>3</sup> / mm <sup>3</sup> | 5.0 – 17.0   |
| <b>Hematokrit*</b>           | 74    | %                                 | 35.0 – 49.0  |
| Trombosit                    | 181   | 10 <sup>3</sup> / mm <sup>3</sup> | 150 - 450    |
| Eritrosit*                   | 9.70  | 10 <sup>6</sup> /μl               | 4.00 – 5.20  |
| MCV*                         | 76    | fl                                | 80.0 – 94.0  |
| MCH                          | 24    | pg                                | 23.0 – 31.0  |

|                   |      |   |             |
|-------------------|------|---|-------------|
| MCHC*             | 32   | % | 32.0 – 36.0 |
| RDW-CV*           | 22.7 | % | 11.5 – 14.5 |
| Basofil           | 0.00 | % | 0 - 2       |
| Eosinofil         | 0.00 | % | 1 - 4       |
| Neutrofil batang  | 0.00 | % | 0.0 – 5.0   |
| Neutrofil segmen* | 80   | % | 29.0 – 65.0 |
| Limfosit*         | 12   | % | 29 - 65     |
| Monosit           | 8    | % | 2 - 11      |
| Sel patologis     | -    | % |             |

**Radiologi:**

- 1) Rontgen thoraks : terdapat infiltrat di kedua lapangan paru, CTR 55%
- 2) Pemeriksaan elektrokardiogram: EKG sinus takikardia aksis kanan RVH
- 3) Echocardiografi trans torakal tanggal 28 Maret 2023

**Hasil:**

Situs: solitus

Atrioventrikular connection: concordance

Ventriculo arterial connection: concordance

Pulmonary vein: All PV to LA

Chambers : RA RV dilatation

Interatrial septum : intact

Interventricular septum : VSD 12 mm malalignment

PDA : not visualized

Mitral valve: normal

Tricuspid valve: normal

Aorta: aorta overriding 50%

Pulmonary artery: atresia pulmonary

Aortic arch: right arch, co arch (-)

EF: 58%

TAPSE: 1,2 cm

**Terapi Medis:**

- 1) IVFD KaEN 1B 200 cc/ 24 jam (8,33 cc/jam)  
Mengandung natrium, klorida, glukosida yang digunakan untuk membantu menyalurkan atau mengganti cairan dan elektrolit pada kondisi tertentu (sebagai pengganti cairan atau nutrisi), dan untuk memelihara keseimbangan elektrolit dan air pada pasien yang memperoleh makanan tidak cukup
- 2) Ceftriaxon 2 x 600 mg  
Yaitu antibiotik, untuk membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh, dan mencegah infeksi saluran pernapasan bagian bawah
- 3) Paracetamol 120 mg  
Obat penurun demam serta pengurang nyeri intensitas ringan sedang, untuk penghilang rasa sakit, mengobati gejala pilek, dan membantu penutupan PDA

- 4) Propanolol 3 x 5 mg  
Obat antihipertensi untuk menstabilkan kerja otot jantung, untuk menurunkan denyut jantung sehingga serangan dapat diatasi, untuk menahan atau menghambat progres penyakit menjadi gagal jantung
- 5) N asetil sistein 2 x 100 mg  
Obat untuk mengencerkan dahak atau lendir yang ada dalam mulut, tenggorokan, dan paru-paru
- 6) Ambroxol 3 x 15 mg  
Obat untuk mengencerkan dahak atau lendir yang ada dalam mulut, tenggorokan, dan paru-paru, serta melegakan saluran pernapasan
- 7) MC DJ 6 x 150 cc/hari  
Makanan cair diet jantung
- 8) Oksigen binasal 5 liter per menit

**Perawat Yang Melakukan Pengkajian**

**Najmatul Asriah (203110141)**

## ANALISA DATA

Nama : An. A  
No. MR : 01.16.97.65

| NO | DATA  | PENYEBAB            | MASALAH                 |
|----|---|---------------------|-------------------------|
| 1  | <p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tn. D mengatakan nafas anak bertambah sesak saat batuk dan menangis</li> <li>2. Tn.D mengatakan anak tampak lelah dan lemah</li> </ol> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An. A tampak lemah dan lesu</li> <li>2. An. A tampak sesak, sianosis pada bibir, lidah, dan jari-jari</li> <li>3. TD (96/63 mmHg)</li> <li>4. HR (129 kali per menit)</li> <li>5. RR (35 kali per menit)</li> <li>6. S (37,6 °C)</li> <li>7. CRT &gt;2 detik</li> <li>8. SpO2 76%</li> <li>9. Anak tampak pilek dan batuk berdahak</li> <li>10. Konjungtiva anemis</li> <li>11. Tampak clubbing finger pada kuku-kuku jari</li> <li>12. Terdengar bunyi murmur halus pada jantung</li> <li>13. Tampak adanya tarikan dinding dada</li> <li>14. Iktus cordis teraba pada ICS VI 1 jari medial garis midclavícula kiri</li> <li>15. Hasil EKG sinus takikardia aksis kanan RVH</li> <li>16. Hasil pemeriksaan echocardiogram VSD 12 mm malalligament, aorta overriding 50%</li> </ol> | Perubahan afterload | Penurunan Curah Jantung |



|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| 2 | <p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tn. D mengatakan anak pilek dan batuk berdahak sejak 10 hari sebelum masuk rumah sakit</li> <li>2. Tn. D mengatakan anak masih tampak sesak</li> </ol> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An. A tampak pilek dan batuk berdahak</li> <li>2. Tampak An. A batuk tidak efektif</li> <li>3. Sputum/ dahak berlebih</li> <li>4. Bunyi napas rhonki basah halus nyaring di kedua lapang paru</li> <li>5. An. A terpasang oksigen binasal 5 liter per menit</li> <li>6. HR (129 kali per menit)</li> <li>7. RR (35 kali per menit)</li> <li>8. SpO2 (76%)</li> <li>9. An. A tampak sesak</li> <li>10. An. A tampak pucat dan sianosis di mulut, lidah dan jari-jari</li> <li>11. Hasil rontgen thoraks terdapat infiltrat di kedua lapangan paru, CTR 55%</li> <li>12. An.A mendapatkan terapi obat n-asetil sistein 2 x 100 mg, dan ambroxol 3 x 15 mg</li> </ol> | Sekresi yang tertahan          | Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif |
| 3 | <p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tn. D mengatakan BB anak turun dari 14 kg menjadi 12 kg dalam waktu 2 minggu</li> <li>2. Tn. D mengatakan BB anak susah naik</li> <li>3. Tn. D mengatakan nafsu makan anak menurun</li> <li>4. Tn. D mengatakan anak tidak bisa makan dan minum banyak karena cenderung sesak</li> </ol>  | Ketidakmampuan menelan makanan | Defisit Nutrisi                    |

|   |  |                  |                          |
|---|--|------------------|--------------------------|
|   | <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An. A tampak lemah, lesu, dan pucat</li> <li>2. Tampak bibir, lidah, dan jari-jari sianosis</li> <li>3. BB (12 kg)</li> <li>4. TB (105 cm)</li> <li>5. IMT (10,91), N (13,9-17,3) = Gizi buruk</li> <li>6. <math>BB/U = 12/23 \times 100\% = 52,1\%</math> (Gizi buruk)</li> <li>7. <math>BB/TB = 12/17 \times 100\% = 70,5\%</math> (Sangat kurus)</li> <li>8. LILA 12 cm</li> <li>9. An. A mendapatkan diit MCDJ 6 x 150 cc</li> <li>10. An. A terpasang NGT, dan selama dirawat untuk memenuhi nutrisi An. A diberi susu</li> <li>11. Bising usus (+) normal</li> <li>12. Anak tampak kurus</li> </ol>  |                  |                          |
| 4 | <p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tn. D mengatakan anak masih tampak sesak</li> <li>2. Tn. D mengatakan anak pilek dan batuk berdahak sejak 10 hari sebelum masuk rumah sakit</li> <li>3. Ortu mengatakan anak lemah dan sering lelah</li> <li>4. Ortu mengatakan anak bertambah sesak napas saat beraktifitas</li> </ol> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An. A tampak sesak dan lemas</li> <li>2. TD (96/63 mmHg)</li> <li>3. HR (129 kali per menit)</li> <li>4. RR (35 kali per menit)</li> <li>5. SpO2 76%</li> <li>6. Bunyi napas rhonki basah halus nyaring di kedua lapang paru</li> <li>7. Hasil rontgen thoraks terdapat infiltrat di kedua</li> </ol> | Penurunan energi | Pola Napas Tidak Efektif |

|   |   |  |                       |
|---|---|--|-----------------------|
|   | <p>lapangan paru, CTR 55%</p> <p>8. An. A tampak terpasang oksigen binasal 5 liter per menit</p> <p>9. Anak tampak pucat dan sianosis di bibir, lidah dan ujung jari</p>  |  |                       |
| 5 | <p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tn. D mengatakan anak masih lemas dan lesu</li> <li>2. Tn. D mengatakan anak sering merasa lelah</li> <li>3. Tn. D mengatakan anak tidak bisa melakukan aktifitas banyak karena cenderung akan sesak</li> <li>4. Tn. D mengatakan nafsu makan anak menurun</li> </ol> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. An. A tampak lemas, lesu, dan tampak tidak bersemangat</li> <li>2. Tampak aktifitas anak dibantu keluarga dan perawat</li> <li>3. An. A tampak pucat dan sianosis di bibir, lidah dan jari-jari</li> <li>4. An. A tampak kurus</li> <li>5. TD (96/63 mmHg)</li> <li>6. HR (129 kali per menit)</li> <li>7. RR (35 kali per menit)</li> <li>8. CRT &gt;2 detik</li> <li>9. SpO2 (76%)</li> <li>10. Laju jantung 136 x/i (takikardia)</li> <li>11. An. A tampak sesak</li> <li>12. Tampak terpasang oksigen binasal 5 liter per menit</li> </ol> | Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, dan kelemahan | Intoleransi Aktifitas |

## DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama : An. A  
No. MR : 01.16.97.65

| <b>NO</b> | <b>Diagnosa Keperawatan</b>  | <b>Tanggal Muncul</b> | <b>Tanggal Teratasi</b> | <b>Tanda Tangan</b> |
|-----------|--|-----------------------|-------------------------|---------------------|
| 1         | Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload   | 28-03-2023            | Belum teratasi          |                     |
| 2         | Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan                                  | 28-03-2023            | Teratasi sebagian       |                     |
| 3         | Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan  | 28-03-2023            | Belum teratasi          |                     |
| 4         | Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi   | 28-03-2023            | 02-04-2023              |                     |
| 5         | Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dan kelemahan | 28-03-2023            | Belum teratasi          |                     |

## INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama : An. A  
No. MR : 01.16.97.65

| N<br>O | Diagnosa<br>Keperawatan   | SLKI (Tujuan)  | SIKI (Intervensi)   |
|--------|---|--|---|
| 1      | Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload<br><b>(Hal : 34, SDKI)</b> | Curah jantung<br><b>(Hal: 20, SLKI)</b><br>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama .... diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:<br>a) Kekuatan nadi perifer meningkat<br>b) Palpitasi menurun<br>c) Takikardia menurun<br>d) Gambaran EKG aritmia menurun<br>e) Lelah menurun<br>f) Distensi vena jugularis menurun<br>g) Dispnea menurun<br>h) Pucat atau sianosis menurun<br>i) Ortopnea menurun<br>j) Murmur jantung menurun<br>k) BB meningkat<br>l) CRT membaik | Perawatan jantung<br><b>(Hal: 317)</b><br><b>Observasi:</b><br>a) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)<br>b) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan BB, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, rhonki basah, oliguria, batuk, kulit pucat)<br>c) Monitor tekanan darah<br>d) Monitor intake dan output cairan<br>e) Monitor BB setiap hari pada waktu yang sama<br>f) Monitor saturasi oksigen<br>g) Monitor keluhan nyeri dada<br>h) Monitor EKG 12 sadapan<br>i) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)<br>j) Monitor nilai laboratorium jantung<br>k) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat.<br><b>Terapeutik:</b><br>a) Posisikan pasien semi fowler atau fowler |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>dengan kaki kebawah atau posisi nyaman</p> <p>b) Berikan diet jantung yang sesuai</p> <p>c) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress</p> <p>d) Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p>e) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a) Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi</p> <p>b) Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap</p> <p>c) Anjurkan pasien dan keluarga mengukur BB harian, dan mengukur intake output cairan harian</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>a) Kolaborasi pemberian aritmia, jika perlu</p> <p>Edukasi Proses Penyakit<br/><b>(Hal: 106)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>b) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>c) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>d) Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a) Jelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit</p> <p>b) Jelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit</p> <p>c) Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh</p> |
|--|--|--|--|

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
|   |   |  | <p>penyakit</p> <p>d) Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi</p> <p>e) Ajarkan cara meredakan dan mengatasi gejala yang dirasakan</p> <p>f) Informasikan keadaan pasien saat ini</p> <p>g) Anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak biasa</p>  |
| 2 | <p>Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan<br/>(Hal: 18, SDKI)</p> | <p>Bersihkan jalan napas (Hal: 18, SLKI)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama .... diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Batuk efektif meningkat</li> <li>Produksi sputum menurun</li> <li>Dispnea menurun</li> <li>Sianosis menurun</li> <li>Frekuensi napas membaik</li> <li>Pola napas membaik</li> </ol> | <p>Manajemen jalan napas (Hal: 186)</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</li> <li>Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Posisikan semi fowler atau fowler</li> <li>Berikan minum hangat</li> <li>Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</li> <li>Lakukan penghisapan ledir kurang dari 15 detik</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 kontraindikasi</li> <li>Ajarkan teknik batuk efektif</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</li> </ol> |
| 3 | <p>Defisit nutrisi berhubungan dengan</p>   | <p>Status nutrisi (Hal: 121, SLKI)</p> <p>Setelah dilakukan</p>  | <p>Manajemen nutrisi (Hal: 200, SIKI)</p> <p><b>Observasi:</b></p>   |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  | <p>ketidakmampuan menelan makanan<br/><b>(Hal: 56, SDKI)</b></p> | <p>asuhan keperawatan selama ..... diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> <li>b) Serum albumin meningkat</li> <li>c) Berat badan membaik</li> <li>d) IMT membaik</li> <li>e) Bising usus membaik</li> <li>f) Frekuensi makan dan nafsu makan membaik</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Identifikasi status nutrisi</li> <li>b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>c) Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</li> <li>e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>f) Monitor asupan makanan</li> <li>g) Monitor BB</li> <li>h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ul> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Fasilitasi menentukan pedoman diet</li> <li>b) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>c) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>d) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>e) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</li> </ul> <p><b>Edukasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>b) Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ul> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</li> <li>b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</li> </ul> |
|--|--|--|---|



|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
|   |  |  | <p>Edukasi nutrisi anak (<b>Hal: 73, SIKI</b>)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>c) Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a) Jelaskan kebutuhan gizi seimbang pada anak</p> <p>b) Jelaskan pentingnya pemberian makanan mengandung vitamin D dan zat besi</p> <p>c) Anjurkan menghindari makanan jajanan yang tidak sehat</p> <p>d) Ajarkan ibu mengidentifikasi makanan dengan gizi seimbang</p> <p>e) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) mis cuci tangan sebelum dan sesudah makan, cuci tangan dengan sabun setelah ke toilet</p> |
| 4 | <p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi (<b>Hal: 26, SDKI</b>)</p> | <p>Pola napas (<b>Hal: 95, SLKI</b>)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama .... diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a) Dispnea</p> | <p>Pemantauan Respirasi (<b>Hal: 247, SIKI</b>)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>a) Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas</p> <p>b) Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul)</p> <p>c) Monitor kemampuan</p>   |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   |   | <p>menurun</p> <p>b) Penggunaan otot bantu nafas menurun</p> <p>c) Pernapasan cuping hidung menurun</p> <p>d) Frekuensi napas membaik</p> <p>e) Kedalaman napas membaik</p>   | <p>batuk efektif</p> <p>d) Monitor adanya produksi sputum</p> <p>e) Monitor adanya sumbatan jalan napas</p> <p>f) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</p> <p>g) Auskultasi bunyi napas</p> <p>h) Monitor saturasi oksigen</p> <p>i) Monitor nilai AGD</p> <p>j) Monitor hasil x-ray thoraks</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>a) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>b) Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> |
| 5 | <p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dan kelemahan<br/><b>(Hal: 128, SDKI)</b></p> | <p>Toleransi aktifitas<br/><b>(Hal: 149, SLKI)</b><br/>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ..... diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>a) Saturasi oksigen meningkat</p> <p>b) Keluhan lelah menurun</p> <p>c) Dispnea saat dan setelah aktifitas menurun</p> <p>d) Perasaan lemah menurun</p> | <p>Manajemen energi <b>(Hal: 176, SIKI)</b><br/><b>Observasi:</b></p> <p>a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>b) Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>c) Monitor pola dan jam tidur</p> <p>d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>b) Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif</p> <p>c) Berikan aktifitas</p>  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>distraksi yang menenangkan</p> <p>d) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>a) Anjurkan tirah baring</p> <p>b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>d) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> |
|--|--|--|--|

## IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : An. A  
No. MR : 01.16.97.65

| Hari/<br>Tanggal          | Diagnosa<br>Keperawatan   | Implementasi   | Evaluasi (SOAP)   | Paraf |
|---------------------------|---|--|---|-------|
| Rabu,<br>29 Maret<br>2023 | Penurunan<br>curah jantung<br>berhubungan<br>dengan<br>perubahan<br>afterload | a. Mengidentifikasi tanda/ gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema)<br>b. Mengidentifikasi tanda/ gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan BB, rhonki basah, batuk, kulit pucat)<br>c. Memonitor tekanan darah<br>d. Menghitung frekuensi nadi dalam 1 menit<br>e. Menghitung frekuensi pernapasan dalam 1 menit<br>f. Mengukur suhu di aksila<br>g. Memonitor saturasi oksigen<br>h. Memonitor intake dan output pasien<br>i. Memposisikan pasien fowler dan semi fowler<br>j. Melakukan | <b>S:</b><br>a) Ayah An.A mengatakan paham dengan materi penkes yang diberikan<br>b) Perawat diruangan mengatakan An. A masih tampak lemah dan lelah<br>c) Perawat diruangan mengatakan An. A sering menangis<br><b>O:</b><br>a) An. A tampak lemah dan lelah<br>b) Tampak sianosis pada bibir, lidah, dan jari<br>c) An. A tampak sesak<br>d) <i>Clubbing finger</i> pada kuku<br>e) TD (90/57 mmHg)<br>f) RR (36 x/i)<br>g) HR (134 x/i)<br>h) Suhu (36,6 C)<br>i) SpO2 (63%)<br>j) CRT >2 detik<br>k) Iktus cordis teraba pada ICS VI 1 jari |       |

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | <p>penilaian <i>capillary refill time</i> (CRT)</p> <p>k. Mendengarkan suara napas</p> <p>l. Mendengarkan suara jantung</p> <p>m. Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi</p> <p>n. Membantu menginjeksikan obat propanolol 3 x 5 mg, dan paracetamol 120 mg</p> <p>o. Memberikan edukasi pendidikan kesehatan mengenai penyakit PJB ec TOF (definisi, penyebab, gejala, dan cara perawatan anak dirumah) kepada An. A dan ayahnya</p> | <p>medial garis midclavícula kiri</p> <p>l) Terdengar bunyi murmur halus pada jantung</p> <p>m) An. A tampak terpasang oksigen binasal 5 liter per menit</p> <p><b>A:</b><br/>Penurunan curah jantung</p> <p><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan</p> <p>a) Monitor hemodinamik</p> <p>b) Monitor TTV</p> <p>c) Monitor balance cairan</p> |  |
|  | Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan | <p>a. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b. Mendengarkan bunyi napas</p> <p>c. Memonitor TTV</p> <p>d. Menilai CRT</p> <p>e. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p>   | <p><b>S:</b></p> <p>a) Perawat diruangan mengatakan napas An. A masih sesak</p> <p>b) Perawat diruangan mengatakan An. A masih batuk berdahak dan pilek</p>  |  |

|  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
|  |   | <p>f. Melihat gerakan dinding dada</p> <p>g. Memberikan posisi semi fowler dan fowler</p> <p>h. Memberikan oksigen binasal 5 liter per menit</p> <p>i. Mengajarkan An. A teknik batuk efektif</p> <p>j. Memberikan minum hangat</p> <p>k. Memberikan obat n asetil sistein 2 x 100 mg, ambroxol 3 x 15 mg, dan ceftriaxon 2 x 600 mg</p> | <p><b>O:</b></p> <p>a) An. A tampak sesak, batuk berdahak dan pilek</p> <p>b) An. A terpasang oksigen binasal 5 liter per menit</p> <p>c) Terdengar rhonki basah halus nyaring di kedua lapang paru</p> <p>d) TD (90/57 mmHg)</p> <p>e) RR (36 x/i)</p> <p>f) HR (134 x/i)</p> <p>g) Suhu (36,6 C)</p> <p>h) SpO2 (63%)</p> <p>i) CRT &gt;2 dtk)</p> <p><b>A:</b><br/>Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan (a-k)</p> |  |
|  | Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan | <p>a. Mengidentifikasi status nutrisi An. A</p> <p>b. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>c. Membantu memberikan diit MCDJ 6 x 150 cc lewat NGT</p> <p>d. Memonitor asupan makanan</p> <p>e. Memberikan pendidikan</p>  | <p><b>S:</b></p> <p>a) Perawat diruangan mengatakan An. A masih lemas dan lesu</p> <p>b) Perawat ruangan mengatakan BB An. A belum mengalami perbaikan</p> <p><b>O:</b></p> <p>a) An. A tampak lemas dan lesu</p> <p>b) Mukosa bibir</p>  |  |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  |   | <p>kesehatan kepada ayah pasien mengenai gizi seimbang pada anak</p> <p>f. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>g. Memantau BB anak</p> <p>h. Melakukan pemeriksaan konjungtiva anak</p> <p>i. Memantau kelancaran infus IVFD KaEN 1B 1100 cc/hari</p> <p>j. Mengajarkan An.A cara mencuci tangan yang benar</p>    | <p>An. A tampak pucat, sianosis dan kering</p> <p>c) An. A terpasang NGT</p> <p>d) Bising usus 5-7 x/i</p> <p>e) BB (12 kg)</p> <p>f) TB (105 cm)</p> <p>g) IMT (10,91) = gizi buruk</p> <p>h) An. A tampak kurus</p> <p><b>A:</b><br/>Defisit nutrisi</p> <p><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan</p> <p>a) Monitor BB</p> <p>b) Monitor asupan makanan</p> |  |
|  | <p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi</p> | <p>a. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b. Memposisikan pasien fowler dan semi fowler</p> <p>c. Memberikan minum hangat</p> <p>d. Memberikan oksigen binasal 5 liter per menit</p> <p>e. Menghitung pernapasan</p> <p>f. Menghitung nadi</p> <p>g. Mengukur TD</p> <p>h. Mengukur suhu</p> | <p><b>S:</b></p> <p>a) Perawat diruangan mengatakan nafas An. A masih sesak</p> <p><b>O:</b></p> <p>a) An. A masih tampak sesak</p> <p>b) Masih tampak pernapasan cuping hidung</p> <p>c) Masih terdengar bunyi napas ronkhi</p> <p>d) Masih tampak adanya tarikan dinding dada</p> <p>e) An. A masih batuk berdahak dan</p>                                 |  |

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Mendengarkan bunyi napas</li> <li>j. Menilai CRT</li> <li>k. Melihat gerakan dinding dada</li> <li>l. Memonitor saturasi oksigen</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>pilek</li> <li>f) TD (90/57 mmHg)</li> <li>g) RR (36 x/i)</li> <li>h) HR (134 x/i)</li> <li>i) Suhu (36,6 C)</li> <li>j) SpO2 (63%)</li> <li>k) CRT &gt;2 dtk</li> <li>k) An. A terpasang oksigen binasal 5 liter per menit</li> </ul> <p><b>A:</b><br/>Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan</p>   |  |
|  | Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dan kelemahan | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>b. Memonitor pola dan jam tidur An. A</li> <li>c. Memonitor TTV pasien</li> <li>d. Membantu An. A melakukan latihan rentang gerak pasif/aktif</li> <li>e. Menganjurkan An. A melakukan aktifitas secara bertahap</li> <li>f. Mengajarkan An. A latihan napas dalam</li> <li>g. Memberikan</li> </ul> | <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Perawat ruangan mengatakan An. A masih tampak lemah dan lesu</li> <li>b) Perawat ruangan mengatakan saturasi oksigen An. A naik turun</li> <li>c) Perawat ruangan mengatakan An. A jarang tidur siang, dan susah tidur</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) An. A tampak lemas, lelah dan lesu</li> <li>b) An. A tampak pucat dan</li> </ul> |  |



|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
|  |  | semangat dan memotivasi An.A dan keluarga<br>h. Membantu pasien memilih aktifitas yang mampu dilakukan ditempat tidur tanpa memperberat kerja jantung<br>i. Memberi pengertian dan informasi kepada keluarga tentang kondisi anak yang mudah lelah agar keluarga mampu menjadi sumber bantuan untuk memenuhi aktifitas yang diinginkan pasien<br>j. Menganjurkan An. A istirahat yang cukup | sianosis<br>c) An. A tampak sesak<br>d) TD (90/57 mmHg)<br>e) RR (36 x/i)<br>f) HR (134 x/i)<br>g) Suhu (36,6 C)<br>h) SpO2 (63%)<br>i) CRT >2 dtk<br>j) An. A tampak mampu mempraktekkan teknik napas dalam<br>k) Pola tidur siang An. A (1-2 jam) dan tidur malam (7-8 jam)<br>l) An. A tampak kurang bersemangat<br>m) Aktifitas An.A dibantu perawat dan keluarga<br><b>A:</b> Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi<br><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan (a-j) |  |
|--|--|---|---|--|

| Hari/<br>Tanggal           | Diagnosa Keperawatan   | Implementasi  | Evaluasi (SOAP)   | Paraf |
|----------------------------|--|---|---|-------|
| Kamis,<br>30 Maret<br>2023 | Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload | a. Memonitor tekanan darah<br>b. Menghitung frekuensi nadi dalam 1 menit<br>c. Menghitung frekuensi | <b>S:</b><br>a) Perawat diruangan mengatakan An. A masih tampak lemah dan lelah |       |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | <p>pernapasan dalam 1 menit</p> <p>d. Mengukur suhu di aksila</p> <p>e. Memonitor saturasi oksigen</p> <p>f. Memonitor intake dan output pasien</p> <p>g. Memposisikan pasien fowler dan semi fowler</p> <p>h. Melakukan penilaian <i>capillary refill time</i> (CRT)</p> <p>i. Mendengarkan suara napas</p> <p>j. Mendengarkan suara jantung</p> <p>k. Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi</p> <p>l. Membantu memberikan terapi obat propranolol 3 x 5 mg dan dan paracetamol 120 mg</p> | <p>b) Perawat diruangan mengatakan An. A masih sering menangis</p> <p><b>O:</b></p> <p>a) An. A tampak pucat, lemah dan lelah</p> <p>b) Tampak sianosis pada bibir, lidah, dan jari</p> <p>c) An. A masih tampak sesak</p> <p>d) <i>Clubbing finger</i> pada kuku</p> <p>e) TD (99/63 mmHg)</p> <p>f) RR (37 x/i)</p> <p>g) HR (130 x/i)</p> <p>h) Suhu (36,8 C)</p> <p>i) SpO2 (59 %)</p> <p>j) CRT &gt;2 detik</p> <p>k) Iktus cordis teraba pada ICS VI 1 jari medial garis midclavicula kiri</p> <p>l) Terdengar bunyi murmur halus pada jantung</p> <p>m) An. A tampak terpasang oksigen binasal 5 liter per menit</p> <p><b>A:</b><br/>Penurunan curah jantung</p> <p><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan</p> <p>a) Monitor</p> |  |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | hemodinamik<br>b) Monitor TTV<br>c) Monitor balance cairan   |  |
|  | Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan | a. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)<br>b. Mendengarkan bunyi napas<br>c. Mengukur TD<br>d. Menghitung nadi<br>e. Mengukur suhu di aksila<br>f. Melihat gerakan dinding dada<br>g. Memberikan posisi semi fowler dan fowler<br>h. Memberikan oksigen binasal 5 liter per menit<br>i. Menganjurkan An. A melakukan teknik batuk efektif<br>j. Memberikan minum hangat<br>l. Memberikan obat n asetil sistein 2 x 100 mg, ambroxol 3 x 15 mg, dan ceftriaxon 2 x 600 mg | <b>S:</b><br>a) Perawat diruangan mengatakan napas An. A masih sesak<br>b) Perawat diruangan mengatakan An. A masih batuk berdahak dan pilek<br><b>O:</b><br>a) An. A masih tampak sesak<br>b) An. A tampak batuk berdahak dan pilek<br>c) An. A masih terpasang oksigen binasal 5 liter per menit<br>d) Terdengar rhonki basah halus nyaring di kedua lapang paru<br>e) TD (99/63 mmHg)<br>f) RR (37 x/i)<br>g) HR (130 x/i)<br>h) Suhu (36,8 C)<br>i) SpO2 (59 %)<br><b>A:</b><br>Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi<br><b>P:</b><br>Intervensi |  |

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
|  |   |   | dilanjutkan (a-l)  |  |
|  | Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Membantu memberikan diit MCDJ 6 x 150 cc lewat NGT</li> <li>b. Memonitor asupan makanan anak</li> <li>c. Memberikan penkes kepada An. A tentang makanan sehat</li> <li>d. Memonitor intake dan output cairan</li> <li>e. Memantau BB anak</li> <li>f. Melakukan pemeriksaan konjungtiva anak</li> <li>g. Memantau kelancaran infus IVFD KaEN 1B 1100 cc/hari</li> </ul> | <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Perawat diruangan mengatakan An. A hanya diberi makanan cair susu dengan diet MCDJ 6 x 150 cc</li> <li>b) Perawat diruangan mengatakan An. A masih lemas dan lesu, dan BB An. A tidak mengalami kenaikan</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) An. A masih tampak lemas dan lesu</li> <li>b) Mukosa bibir An. A tampak pucat, sianosis dan kering</li> <li>c) An. A masih terpasang NGT</li> <li>d) Bising usus 5 – 7 x/i</li> <li>e) BB (12 kg)</li> <li>f) TB (105 cm)</li> <li>g) IMT (10,91) = gizi buruk</li> <li>h) An. A tampak kurus</li> </ul> <p><b>A:</b><br/>Defisit nutrisi</p> <p><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Monitor BB</li> <li>b) Monitor asupan</li> </ul> |  |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | makanan  |  |
|  | Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>b. Memposisikan pasien fowler dan semi fowler</li> <li>c. Memberikan minum hangat</li> <li>d. Memberikan oksigen binasal 5 liter per menit</li> <li>e. Menghitung pernapasan</li> <li>f. Menghitung nadi</li> <li>g. Mengukur TD</li> <li>h. Mengukur suhu</li> <li>i. Mendengarkan bunyi napas</li> <li>j. Menilai CRT</li> <li>k. Melihat gerakan dinding dada</li> <li>l. Memonitor saturasi oksigen</li> </ul> | <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Perawat diruangan mengatakan An. A masih sesak</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) An. A masih tampak sesak</li> <li>b) Masih tampak pernapasan cuping hidung</li> <li>c) Masih terdengar bunyi napas ronkhi</li> <li>d) Masih tampak adanya tarikan dinding dada</li> <li>e) An. A masih batuk berdahak dan pilek</li> <li>f) TD (99/63 mmHg)</li> <li>g) RR (37 x/i)</li> <li>h) HR (130 x/i)</li> <li>i) Suhu (36,8 C)</li> <li>j) SpO2 (59 %)</li> <li>k) CRT &gt;2 detik</li> <li>l) An. A terpasang oksigen binasal 5 liter per menit</li> </ul> <p><b>A:</b><br/>Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan (a-l)</p> |  |

|  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
|  | <p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dan kelemahan</p> | <p>a. Memonitor pola dan jam tidur An. A<br/> b. Memonitor TTV pasien<br/> c. Membantu An. A melakukan latihan rentang gerak pasif/aktif<br/> d. Menganjurkan An. A melakukan aktifitas secara bertahap<br/> e. Menganjurkan An. A melakukan napas dalam<br/> f. Menganjurkan An. A istirahat yang cukup<br/> g. Memberikan semangat dan memotivasi An.A</p> | <p><b>S:</b><br/> a) Perawat ruangan mengatakan An. A masih tampak lemah dan lesu<br/> b) Perawat ruangan mengatakan saturasi oksigen An. A naik turun, dan An. A jarang tidur siang/ susah tidur<br/> <b>O:</b><br/> a) An. A tampak lemas, lelah dan lesu<br/> b) An. A tampak pucat dan sianosis<br/> c) An. A tampak sesak<br/> d) TD (99/63 mmHg)<br/> e) RR (37 x/i)<br/> f) HR (130 x/i)<br/> g) Suhu (36,8 C)<br/> h) SpO2 (59 %)<br/> i) CRT &gt;2 detik<br/> j) An. A tampak mampu mempraktekkan teknik napas dalam<br/> k) Pola tidur siang An. A (1-2 jam) dan tidur malam (7-8 jam)<br/> l) An. A masih tampak kurang bersemangat<br/> m) Aktifitas An.A dibantu perawat dan</p> |  |
|--|---|--|---|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | keluarga<br><b>A:</b><br>Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi<br><b>P:</b><br>Intervensi dilanjutkan (a-g) |  |
|--|--|--|--|--|

| Hari/<br>Tanggal           | Diagnosa Keperawatan   | Implementasi  | Evaluasi (SOAP)  | Paraf |
|----------------------------|--|---|--|-------|
| Jumat,<br>31 Maret<br>2023 | Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memonitor tekanan darah</li> <li>b. Menghitung frekuensi nadi dalam 1 menit</li> <li>c. Menghitung frekuensi pernapasan dalam 1 menit</li> <li>d. Mengukur suhu di aksila</li> <li>e. Memonitor saturasi oksigen</li> <li>f. Memonitor intake dan output pasien</li> <li>g. Memposisikan pasien fowler dan semi fowler</li> <li>h. Melakukan penilaian <i>capillary refill time</i> (CRT)</li> <li>i. Mendengarkan suara napas</li> <li>j. Mendengarkan suara jantung</li> <li>k. Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi</li> </ul> | <b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) An.A mengatakan paham dengan materi penkes yang diberikan</li> <li>b) Perawat diruangan mengatakan An. A masih tampak lemah dan lelah</li> <li>c) Perawat diruangan mengatakan An. A masih sering menangis</li> </ul> <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) An. A tampak pucat, lemah dan lelah</li> <li>b) Tampak sianosis pada bibir, lidah, dan jari</li> <li>c) An. A tampak sesak</li> <li>d) <i>Clubbing finger</i> pada kuku</li> <li>e) TD (95/63 mmHg)</li> <li>f) RR (37 x/i)</li> </ul> |       |

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
|  |  | <p>l. Membantu memberikan terapi obat propanolol 3 x 5 mg, dan paracetamol 120 mg</p> <p>m. Memberikan penkes kepada An. A tentang apa saja hal yang harus dilakukan agar tetap sehat, hal yang harus dihindari, dan apa bahayanya jika melanggar hal tersebut</p>        | <p>g) HR (130 x/i)</p> <p>h) Suhu (36,0 C)</p> <p>i) SpO2 (64%)</p> <p>j) CRT &gt;2 detik</p> <p>k) Iktus cordis teraba pada ICS VI 1 jari medial garis midclavicula kiri</p> <p>l) Terdengar bunyi murmur halus pada jantung</p> <p>m) An. A masih terpasang oksigen binasal 5 liter per menit</p> <p><b>A:</b><br/>Penurunan curah jantung</p> <p><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan</p> <p>a) Monitor hemodinamik</p> <p>b) Monitor TTV</p> <p>c) Monitor balance cairan</p> |  |
|  | Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan | <p>a. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b. Mendengarkan bunyi napas</p> <p>c. Mengukur TD</p> <p>d. Menghitung nadi</p> <p>e. Mengukur suhu di aksila</p> <p>f. Menilai CRT</p> <p>g. Melihat gerakan dinding dada</p> <p>h. Memberikan</p> | <p><b>S:</b></p> <p>a) Perawat diruangan mengatakan An. A masih mendapatkan obat pengencer dahak</p> <p>b) Perawat diruangan mengatakan An. A masih sesak, batuk berdahak dan pilek</p>   |  |



|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
|  |   | <p>posisi semi fowler dan fowler</p> <p>i. Memberikan oksigen binasal 5 liter per menit</p> <p>j. Menganjurkan An. A untuk batuk efektif</p> <p>k. Memberikan minum hangat</p> <p>l. Memberikan obat n asetil sistein 2 x 100 mg, ambroxol 3 x 15 mg, dan ceftriaxon 2 x 600 mg</p> | <p><b>O:</b></p> <p>a) An. A masih tampak sesak, batuk berdahak dan pilek</p> <p>b) An. A masih terpasang oksigen binasal 5 liter per menit</p> <p>c) Terdengar rhonki basah halus nyaring di kedua lapang paru</p> <p>d) TD (95/63 mmHg)</p> <p>e) RR (30 x/i)</p> <p>f) HR (130 x/i)</p> <p>g) Suhu (36,0 C)</p> <p>h) SpO2 (64%)</p> <p>i) CRT &gt;2 dtk</p> <p><b>A:</b><br/>Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan (a-l)</p> |  |
|  | Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan | <p>a. Membantu memberikan diit MCDJ 6 x 150 cc lewat NGT</p> <p>b. Memonitor asupan makanan</p> <p>c. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>d. Memantau BB anak</p> <p>e. Melakukan pemeriksaan konjungtiva</p>   | <p><b>S:</b></p> <p>a) Perawat diruangan mengatakan An. A masih lemas dan lesu</p> <p>b) Perawat ruangan mengatakan BB An. A belum mengalami perbaikan</p> <p><b>O:</b></p> <p>a) An. A tampak lemas dan lesu</p>  |  |

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
|  |   | <p>anak</p> <p>f. Menganjurkan orang tua An. A untuk memperhatikan gizi anak</p> <p>g. Memantau kelancaran infus IVFD KaEN 1B 1100 cc/hari</p> <p>h. Menganjurkan An.A untuk menerapkan mencuci tangan yang benar</p>   | <p>b) Mukosa bibir An. A tampak pucat, sianosis dan kering</p> <p>c) An. A terpasang NGT</p> <p>d) Bising usus 5-7 x/i</p> <p>e) BB (12 kg)</p> <p>f) TB (105 cm)</p> <p>g) IMT (10,91) = gizi buruk</p> <p>h) An. A tampak kurus</p> <p><b>A:</b><br/>Defisit nutrisi</p> <p><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan</p> <p>a) Monitor BB</p> <p>b) Monitor asupan makanan</p> |  |
|  | <p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi</p> | <p>a. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b. Memposisikan pasien fowler dan semi fowler</p> <p>c. Memberikan minum hangat</p> <p>d. Memberikan oksigen binasal 5 liter per menit</p> <p>e. Menghitung pernapasan, nadi</p> <p>f. Mengukur TD, suhu</p> <p>g. Mendengarkan bunyi napas</p> <p>h. Menilai CRT</p> | <p><b>S:</b></p> <p>a) Perawat diruangan mengatakan An. A masih sesak dan tidak bertambah</p> <p><b>O:</b></p> <p>a) An. A masih tampak sesak</p> <p>b) Masih tampak pernapasan cuping hidung</p> <p>c) Masih terdengar bunyi napas ronkhi</p> <p>d) Masih tampak adanya tarikan dinding dada</p> <p>e) An. A masih batuk</p>  |  |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  |   | <p>i. Melihat gerakan dinding dada</p> <p>j. Memonitor saturasi oksigen</p>  | <p>berdahak dan pilek</p> <p>f) TD (95/63 mmHg)</p> <p>g) RR (37 x/i)</p> <p>h) HR (130 x/i)</p> <p>i) Suhu (36,0 C)</p> <p>j) SpO2 (64%)</p> <p>k) CRT &gt;2 dtk</p> <p>k) An. A terpasang oksigen binasal 5 liter per menit</p> <p><b>A:</b><br/>Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan</p> |  |
|  | <p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dan kelemahan</p> | <p>a. Memonitor pola dan jam tidur An. A</p> <p>b. Memonitor TTV pasien</p> <p>c. Membantu An. A melakukan latihan rentang gerak pasif/aktif</p> <p>d. Menganjurkan An. A melakukan aktifitas secara bertahap</p> <p>e. Menganjurkan An. A latihan napas dalam</p> <p>f. Memberikan semangat dan memotivasi An.A dan keluarga</p> <p>g. Menganjurkan</p> | <p><b>S:</b></p> <p>a) Perawat ruangan mengatakan An. A masih tampak lemah dan lesu</p> <p>b) Perawat ruangan mengatakan saturasi oksigen An. A masih naik turun</p> <p>c) Perawat ruangan mengatakan An. A jarang tidur siang, dan susah tidur</p> <p><b>O:</b></p> <p>a) An. A masih tampak lemas, lelah dan lesu</p>                            |  |

|  |  |                            |   |  |
|--|--|----------------------------|---|--|
|  |  | An. A istirahat yang cukup | b) An. A tampak pucat dan sianosis<br>c) An. A masih tampak sesak dan tidak bertambah<br>d) TD (95/63 mmHg)<br>e) RR (30 x/i)<br>f) HR (134 x/i)<br>g) Suhu (36,0 C)<br>h) SpO2 (64%)<br>i) CRT >2 dtk<br>j) An. A tampak mampu melakukan teknik napas dalam<br>k) Pola tidur siang An. A (1-2 jam) dan tidur malam (7-8 jam)<br>l) An. A tampak kurang bersemangat<br>m) Aktifitas An.A dibantu perawat dan keluarga<br><b>A:</b><br>Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi<br><b>P:</b><br>Intervensi dilanjutkan (a-g) |  |
|--|--|----------------------------|---|--|

| Hari/Tanggal         | Diagnosa Keperawatan                | Implementasi                                | Evaluasi (SOAP)                   | Paraf |
|----------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|-------|
| Sabtu, 01 April 2023 | Penurunan curah jantung berhubungan | a. Memonitor tekanan darah<br>b. Menghitung | <b>S:</b><br>a) Perawat diruangan |       |

|  |                                   |  |   |  |
|--|-----------------------------------|--|---|--|
|  | <p>dengan perubahan afterload</p> | <p>frekuensi nadi dan pernapasan dalam 1 menit</p> <p>c. Mengukur suhu di aksila</p> <p>d. Memonitor saturasi oksigen</p> <p>e. Memonitor intake dan output pasien</p> <p>f. Memposisikan pasien fowler dan semi fowler</p> <p>g. Melakukan penilaian <i>capillary refill time</i> (CRT)</p> <p>h. Mendengarkan suara napas</p> <p>i. Mendengarkan suara jantung</p> <p>j. Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi</p> <p>k. Membantu memberikan terapi obat propanolol 3 x 5 mg, dan paracetamol 120 mg</p> <p>l. Menganjurkan An. A untuk melakukan olahraga teratur dengan frekuensi dan durasi aman sesuai anjuran ketika sudah membaik</p> | <p>mengatakan An. A masih tampak lemah dan lelah</p> <p>b) Perawat diruangan mengatakan An. A sudah mulai tenang dan tidak sering menangis lagi</p> <p><b>O:</b></p> <p>a) An. A masih tampak pucat, lemah dan lelah</p> <p>b) Tampak sianosis pada bibir, lidah, dan jari</p> <p>c) An. A tampak sesak tidak meningkat</p> <p>d) <i>Clubbing finger</i> pada kuku</p> <p>e) TD (100/69 mmHg)</p> <p>f) RR (35 x/i)</p> <p>g) HR (132 x/i)</p> <p>h) Suhu (36,9 C)</p> <p>i) SpO2 (86%)</p> <p>j) CRT &gt;2 detik</p> <p>k) Iktus cordis teraba pada ICS VI 1 jari medial garis midclavicula kiri</p> <p>l) Terdengar bunyi murmur halus pada jantung</p> <p>m) An. A terpasang oksigen binasal 3 liter</p> |  |
|--|-----------------------------------|--|---|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>per menit</p> <p><b>A:</b><br/>Penurunan curah jantung</p> <p><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan</p> <p>a) Monitor hemodinamik</p> <p>b) Monitor TTV</p> <p>c) Monitor balance cairan</p>   |  |
|  | Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan | <p>a. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b. Mendengarkan bunyi napas</p> <p>c. Mengukur TD</p> <p>d. Menghitung nadi</p> <p>e. Mengukur suhu di aksila</p> <p>f. Menilai CRT</p> <p>g. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>h. Melihat gerakan dinding dada</p> <p>i. Memberikan posisi semi fowler dan fowler</p> <p>j. Memberikan oksigen binasal 3 liter per menit</p> <p>k. Menganjurkan An. A melakukan teknik batuk efektif</p> <p>l. Memberikan minum hangat</p> | <p><b>S:</b></p> <p>a) Perawat diruangan mengatakan An. A sesak berkurang namun masih batuk berdahak dan pilek</p> <p><b>O:</b></p> <p>a) An. A tampak sesak berkurang</p> <p>b) An. A tampak batuk berdahak sudah mulai berkurang dan masih pilek</p> <p>c) An. A terpasang oksigen binasal 3 liter per menit</p> <p>d) Terdengar rhonki basah halus nyaring di kedua lapang paru</p> <p>e) TD (100/69 mmHg)</p> <p>f) RR (35 x/i)</p> <p>g) HR (132 x/i)</p> <p>h) Suhu (36,9 C)</p> |  |

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
|  |  | <p>m. Memberikan obat n asetil sistein 2 x 100 mg, ambroxol 3 x 15 mg, dan ceftriaxon 2 x 600 mg</p>  | <p>i) SpO2 (86%)<br/>j) CRT &gt;2 dtk<br/><b>A:</b><br/>Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian<br/><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan (a-m)</p>   |  |
|  | <p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan</p> | <p>a. Membantu memberikan diit MCDJ 6 x 150 cc lewat NGT<br/>b. Memonitor asupan makanan<br/>c. Memonitor intake dan output cairan<br/>d. Memantau BB anak<br/>e. Melakukan pemeriksaan konjungtiva anak<br/>f. Memonitor mual dan muntah</p> | <p><b>S:</b><br/>a) Perawat diruangan mengatakan An. A masih lemas dan lesu<br/>b) Perawat ruangan mengatakan BB An. A belum mengalami perbaikan<br/><b>O:</b><br/>a) An. A masih tampak lemas dan lesu<br/>b) Mukosa bibir An. A tampak pucat, sianosis dan kering<br/>c) An. A masih terpasang NGT<br/>d) Bising usus 5-7 x/i<br/>e) BB (12 kg)<br/>f) TB (105 cm)<br/>g) IMT (10,91) = gizi buruk<br/>h) An. A tampak kurus<br/><b>A:</b><br/>Defisit nutrisi<br/><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan</p> |  |

|  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
|  |   |   | <p>a) Monitor BB</p> <p>b) Monitor asupan makanan</p>   |  |
|  | <p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi</p> | <p>a. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b. Memposisikan pasien fowler dan semi fowler</p> <p>c. Memberikan minum hangat</p> <p>d. Memberikan oksigen binasal 3 liter per menit</p> <p>e. Menghitung pernapasan</p> <p>f. Menghitung nadi</p> <p>g. Mengukur TD, suhu</p> <p>h. Mendengarkan bunyi napas</p> <p>i. Menilai CRT</p> <p>j. Melihat gerakan dinding dada</p> <p>k. Memonitor saturasi oksigen</p> | <p><b>S:</b></p> <p>a) Perawat diruangan mengatakan An. A sesak sudah berkurang</p> <p><b>O:</b></p> <p>a) An. A tampak sesak sudah berkurang</p> <p>b) Pernapasan cuping hidung (-)</p> <p>c) Masih terdengar bunyi napas ronkhi</p> <p>d) Tarikan dinding dada (-)</p> <p>e) An. A masih batuk berdahak dan pilek</p> <p>f) TD (100/69 mmHg)</p> <p>g) RR (30 x/i)</p> <p>h) HR (132 x/i)</p> <p>i) Suhu (36,9 C)</p> <p>j) SpO2 (63%)</p> <p>k) CRT &gt;2 dtk</p> <p>l) An. A terpasang oksigen binasal 3 liter per menit</p> <p><b>A:</b></p> <p>Masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian</p> |  |



|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <b>P:</b><br>Intervensi<br>dilanjutkan (a-k)   |  |
|  | Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dan kelemahan | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memonitor pola dan jam tidur An. A</li> <li>b. Memonitor TTV pasien</li> <li>c. Membantu An. A melakukan latihan rentang gerak pasif/aktif</li> <li>d. Menganjurkan An. A melakukan aktifitas secara bertahap</li> <li>e. Menganjurkan An. A latihan napas dalam</li> <li>f. Memberikan semangat dan memotivasi An.A dan keluarga</li> </ul> | <b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Perawat ruangan mengatakan An. A masih tampak lemah dan lesu, dan saturasi oksigen An. A masih naik turun</li> <li>b) Perawat ruangan mengatakan An. A jarang tidur siang, dan susah tidur</li> </ul> <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) An. A masih tampak lemas, lelah dan lesu</li> <li>b) An. A tampak pucat dan sianosis</li> <li>c) An. A tampak sesak sudah berkurang</li> <li>d) TD (100/69 mmHg)</li> <li>e) RR (35 x/i)</li> <li>f) HR (132 x/i)</li> <li>g) Suhu (36,9 C)</li> <li>h) SpO2 (86%)</li> <li>i) CRT &gt;2 dtk</li> <li>j) An. A tampak mampu mempraktekkan teknik napas dalam</li> <li>k) Pola tidur siang An. A (1-2 jam) dan tidur malam</li> </ul> |  |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>(7-8 jam)</p> <p>l) An. A masih tampak kurang bersemangat</p> <p>m) Aktifitas An.A dibantu perawat dan keluarga</p> <p><b>A:</b><br/>Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi</p> <p><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan (a-f)</p> |  |
|--|--|--|--|--|

| Hari/<br>Tanggal            | Diagnosa Keperawatan   | Implementasi  | Evaluasi (SOAP)   | Paraf |
|-----------------------------|--|---|---|-------|
| Minggu,<br>02 April<br>2023 | Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload | <p>a. Memantau tanda/ gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema)</p> <p>b. Memantau tanda/ gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan BB, rhonki basah, batuk, kulit pucat)</p> <p>c. Memonitor tekanan darah</p> <p>d. Menghitung frekuensi nadi dan pernapasan dalam 1 menit</p> <p>e. Mengukur suhu di aksila</p> | <p><b>S:</b></p> <p>a) Ayah An.A mengatakan anak sudah lebih ceria dan banyak bercerita</p> <p>b) Perawat diruangan mengatakan An. A masih tampak lemah dan lelah</p> <p><b>O:</b></p> <p>a) An. A masih tampak pucat, lemah dan lelah</p> <p>b) Tampak sianosis pada bibir, lidah, dan jari</p> <p>c) An. A tampak sudah tidak sesak</p> <p>d) <i>Clubbing</i></p> |       |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  | <p>f. Memonitor saturasi oksigen</p> <p>g. Memonitor intake dan output pasien</p> <p>h. Memposisikan pasien fowler dan semi fowler</p> <p>i. Melakukan penilaian <i>capillary refill time</i> (CRT)</p> <p>j. Mendengarkan suara napas</p> <p>k. Mendengarkan suara jantung</p> <p>l. Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi dan ekspirasi</p> <p>m. Membantu memberikan terapi obat propanolol 3 x 5 mg, dan paracetamol 120 mg</p> <p>n. Menganjurkan An. A untuk melakukan posisi jongkok apabila terasa sesak saat dirumah</p> <p>o. Menganjurkan orangtua untuk menjaga dan memantau kesehatan anak</p> | <p><i>finger</i> pada kuku</p> <p>e) TD (105/60 mmHg)</p> <p>f) RR (25 x/i)</p> <p>g) HR (136 x/i)</p> <p>h) Suhu (36,7 C)</p> <p>i) SpO2 (80%)</p> <p>j) CRT &gt;2 detik</p> <p>k) Iktus cordis teraba pada ICS VI 1 jari medial garis midclavícula kiri</p> <p>l) Terdengar bunyi murmur halus pada jantung</p> <p>m) An. A tampak tidak terpasang oksigen binasal lagi</p> <p><b>A:</b><br/>Penurunan curah jantung</p> <p><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan oleh perawat diruangan</p> |  |
| Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan | a. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman,   | <b>S:</b><br>a) Perawat diruangan mengatakan  |  |

|  |                              |   |   |  |
|--|------------------------------|---|---|--|
|  | dengan sekresi yang tertahan | usaha napas)<br>b. Mendengarkan bunyi napas<br>c. Mengukur TD<br>d. Menghitung nadi<br>e. Mengukur suhu di aksila<br>f. Menilai CRT<br>g. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)<br>h. Melihat gerakan dinding dada<br>i. Memberikan posisi semi fowler dan fowler<br>j. Menganjurkan An. A melakukan batuk efektif<br>k. Memberikan minum hangat<br>n. Memberikan obat n asetil sistein 2 x 100 mg, ambroxol 3 x 15 mg, dan ceftriaxon 2 x 600 mg | An. A sudah tidak sesak<br>b) Perawat diruangan mengatakan An. A masih batuk berdahak dan pilek namun sudah berkurang<br><b>O:</b><br>a) An. A tampak sudah tidak sesak<br>b) An. A tampak masih batuk berdahak dan pilek<br>c) Tampak oksigen binasal sudah tidak terpasang<br>d) Terdengar rhonki basah halus nyaring di kedua lapang paru<br>e) TD (105/60 mmHg)<br>f) RR (25 x/i)<br>g) HR (136 x/i)<br>h) Suhu (36,7 C)<br>i) SpO2 (80%)<br>j) CRT >2 dtk<br><b>A:</b><br>Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian<br><b>P:</b><br>Intervensi dilanjutkan oleh perawat diruangan |  |
|--|------------------------------|---|---|--|

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memonitor status nutrisi An. A</li> <li>b. Membantu memberikan diit MCDJ 6 x 150 cc lewat NGT</li> <li>c. Memonitor asupan makanan</li> <li>d. Memonitor intake dan output cairan</li> <li>e. Memantau BB anak</li> <li>f. Melakukan pemeriksaan konjungtiva anak</li> <li>g. Menganjurkan orang tua untuk memperhatikan dan meningkatkan gizi anak</li> </ul> | <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Perawat diruangan mengatakan An. A masih lemas dan lesu, dan BB An. A belum mengalami kenaikan</li> <li>b) Perawat diruangan mengatakan An. A masih mendapatkan diit MCDJ 6 x 150 cc</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) An. A masih tampak lemas dan lesu</li> <li>b) Mukosa bibir An. A tampak pucat, sianosis dan kering</li> <li>c) An. A masih terpasang NGT</li> <li>d) Bising usus 5-7 x/i</li> <li>e) BB (12 kg)</li> <li>f) TB (105 cm)</li> <li>g) IMT (10,91) = gizi buruk</li> <li>h) An. A tampak kurus</li> </ul> <p><b>A:</b><br/>Defisit nutrisi</p> <p><b>P:</b><br/>Intervensi dilanjutkan oleh perawat diruangan</p> |  |
|  | Pola napas tidak efektif berhubungan dengan                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman,</li> </ul>   | <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Perawat diruangan mengatakan</li> </ul>   |  |

|  |                         |   |   |  |
|--|-------------------------|---|---|--|
|  | <p>penurunan energi</p> | <p>usaha napas)<br/> b. Memposisikan pasien fowler dan semi fowler<br/> c. Memberikan minum hangat<br/> d. Menghitung pernapasan<br/> e. Menghitung nadi<br/> f. Mengukur TD<br/> g. Mengukur suhu<br/> h. Mendengarkan bunyi napas<br/> i. Menilai CRT<br/> j. Melihat gerakan dinding dada<br/> k. Memonitor saturasi oksigen</p> | <p>An. A sudah tidak sesak dan sudah dilepas oksigen</p> <p><b>O:</b><br/> a) An. A tampak sudah tidak sesak<br/> b) Tidak tampak pernapasan cuping hidung<br/> c) Masih terdengar bunyi napas ronkhi<br/> d) Tidak tampak adanya tarikan dinding dada<br/> e) An. A masih batuk berdahak dan pilek namun sudah berkurang<br/> f) TD (100/60 mmHg)<br/> g) RR (25 x/i)<br/> h) HR (136 x/i)<br/> i) Suhu (36,7 C)<br/> j) SpO2 (80%)<br/> k) CRT &gt;2 dtk<br/> l) An. A tampak sudah tidak terpasang oksigen binasal</p> <p><b>A:</b><br/> Masalah pola napas tidak efektif sudah teratasi</p> <p><b>P:</b><br/> Intervensi dihentikan</p> |  |
|--|-------------------------|---|---|--|

|  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
|  | <p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dan kelemahan</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memonitor pola dan jam tidur An. A</li> <li>b. Memonitor TTV pasien</li> <li>c. Membantu An. A melakukan latihan rentang gerak pasif/aktif</li> <li>d. Menganjurkan An. A melakukan aktifitas secara bertahap</li> <li>e. Menganjurkan An. A melakukan napas dalam</li> <li>f. Memberikan semangat dan memotivasi An.A dan keluarga</li> <li>g. Menganjurkan An. A untuk melakukan posisi jongkok apabila merasa sesak napas</li> <li>h. Menganjurkan An.A untuk isitrahah yang cukup</li> </ul> | <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Perawat ruangan mengatakan An. A masih tampak lemah dan lesu, dan saturasi oksigen An. A sudah mulai bagus</li> <li>b) Perawat ruangan mengatakan An. A jarang tidur siang, dan susah tidur</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) An. A masih tampak lemas, lelah dan lesu</li> <li>b) An. A tampak pucat dan sianosis</li> <li>c) TD (100/60 mmHg)</li> <li>d) RR (25 x/i)</li> <li>e) HR (136 x/i)</li> <li>f) Suhu (36,7 C)</li> <li>g) SpO2 (80%)</li> <li>h) CRT &gt;2 dtk)</li> <li>i) An. A tampak mampu mempraktekkan teknik napas dalam</li> <li>j) Pola tidur siang An. A (1-2 jam) dan tidur malam (7-8 jam)</li> <li>k) An. A tampak lebih bersemangat</li> <li>l) Aktifitas An.A dibantu perawat dan</li> </ul> |  |
|--|---|--|---|--|

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | keluarga<br><b>A:</b><br>Masalah<br>intoleransi<br>aktifitas belum<br>teratasi<br><b>P:</b><br>Intervensi<br>dilanjutkan oleh<br>perawat<br>diruangan |  |
|--|--|--|---|--|