

KARYA TULIS ILMIAH

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



**SARAH NOVITA
NIM : 223110311**

**PRODI D 3 KEPERAWATAN PADANG
 JURUSAN KEPERAWATAN
 KEMENKES POLTEKKES PADANG
 2025**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Diajukan Ke Program Studi Diploma III Keperawatan Padang
Kemenkes Poltekkes Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Ahli Madya Keperawatan



**SARAH NOVITA
NIM : 223110311**

**PRODI D 3 KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
2025**

PERSETUJUAN PEMBIMBING



HALAMAN PENGESAHAN



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karna berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D 3 keperawatan jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang. Tugas Akhir ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Ibu Hj. Tisnawati S.Kep,S.St,M.Kes selaku pembimbing utama dan Ibu Ns. Delima,S. Kep,S.Pd.M.Kes selaku pembimbing pendamping serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Renidayati,S.Kp,M.Kep, Selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang
2. Bapak Tasman,S.Kp, M.Kep, Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
3. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti,M. Kep Selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
4. Ns. Indri ramadini S.Kep,M.Kep selaku pembimbing akademik dalam berlangsungnya pendidikan program studi D3 keperawatan padang
5. Dosen, tenaga pendidik dan *stuff* Kemenkes Poltekkes Padang
6. Teristimewa untuk cinta pertamaku dan pintu surgaku yaitu ayahanda Nofiardi dan ibunda Ety Sarma yang selalu memberikan cinta dan kasih sayang,semangat,doa dan dukungan baik secara moril dan materil yang tiada henti kepada penulis. Terimakasih selalu mengusahakan apapun untuk penulis. Terimakasih untuk selalu berada di sisi penulis dan menjadi alasan bagi penulis untuk menyelesaikan pendidikan ini hingga memperoleh gelar. Ayah,ibu,putri kecilmu sudah dewasa dan siap melanjutkan kehidupan dan mimpi yang lebih tinggi lagi.
7. Kepada adikku tersayang Syarif Ardiansyah terimakasih telah memberikan semangat untuk penulis dalam menyelesaikan pendidikan ini.

8. Terimakasih kepada kakek dan nenek karna selalu memberikan semangat,motivasi dan dukungan tiada henti untuk cucu perempuan nya ini dalam menyelesaikan pendidikan ini.
9. Sahabat Penulis Fenda Fatma, Sarah Novita, Anisa Fahira Pasha Terimakasih atas dukungan dan telah bersedia menjadi pendengar keluh kesah yang baik selama perkuliahan. Terimakasih karena telah memotivasi penulis untuk terus belajar dan meraih pencapaian besar berikutnya.
10. Terimakasih kepada sahabat saya Haniva Zahrani yang selalu menemani dan menjadi pendengar yang baik,selalu memberikan motivasi dan doa terbaik kepada penulis. Terima kasih atas kebersamaan dan canda tawa yang telah diberikan. Kamu telah menjadi penyemangat di kala lelah, teman curhat yang menyenangkan, dan sahabat yang selalu ada. Semoga persahabatan kita terus berlanjut dan terus abadi.
11. Kepada pemilik NIM 23111234 penulis mengucapkan terimakasih karna telah bersama penulis. Terimakasih untuk semangat dan dukungan yang diberikan selama proses perkuliahan hingga penggerjaan Karya Tulis Ilmiah ini. Terimakasih telah menjadi rumah tempat berkeluh kesah yang banyak menampung cerita cerita penulis. Terimakasih untuk cinta,kasih sayang dan sabarnya yang tiada batas untuk penulis.
12. Terakhir, terimakasih kepada wanita sederhana yang memiliki impian yang besar,namun terkadang sulit dimengerti isi kepalanya yaitu penulis diriku sendiri,Sarah Novita seorang anak sulung yang berjalan memasuki usia 21 tahun, sangat keras kepala dan penuh ambisi namun sifat nya seperti anak kecil seusianya. Terimakasih telah berusaha sekutu tenaga dan bertahan dari hantaman badai kehidupan untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai sampai selesai. Berbahagialah selalu dengan dirimu sendiri. Rayakan kehadiranmu sebagai berkah dimana pun kamu menjelaskan kaki. Jangan sia-siakan usaha dan doa yang selalu kamu langitkan. Semoga langkah kebaikan selalu menertaimu, dan semoga Allah selalu meridhai setiap langkahmu serta menjagamu dalam lindungan-Nya,Amin.

Akhir kata, peneliti menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan, dan saran yang membangun dari semua pihak untuk mencapai kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Padang, 16 Januari 2025

Penulis

JURUSAN KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG

Karya Tulis Ilmiah

Sarah Novita

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

Isi : vii + 88 Halaman + 1 Bagan + 2 Tabel + 14 Lampiran

ABSTRAK

Penyakit jantung bawaan sangat berdampak pada kualitas hidup anak, ditandai dengan gangguan menyusu,sianosis,sesak nafas,serta hambatan dalam pertumbuhan dan perkembangan.Tahun 2023, terdapat 13 anak yang dirawat di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit jantung bawaan.

Desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus, dilaksanakan pada Oktober 2024 hingga Mei 2025 di ruang PICU IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang. Populasi adalah anak dengan penyakit jantung bawaan berjumlah dua orang, dan sampel diambil satu orang menggunakan teknik *purposive sampling*. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi, dengan instrumen berupa format pengkajian dan alat pemeriksaan fisik. Data dianalisis dengan membandingkan hasil penelitian dengan teori dan penelitian sebelumnya.

Hasil penelitian pada An. M (1 bulan 4 hari) mengalami sesak napas, ujung jari hingga pergelangan tangan kiri menghitam, serta sesak bertambah saat menangis. Anak juga sulit menyusu. Diagnosis keperawatan utama adalah penurunan curah jantung. Intervensi yang dilakukan memonitor tanda vital, monitor balance cairan,monitor saturasi oksigen. Implementasi keperawatan yaitu mengukur tekanan darah, menghitung frekuensi pernafasan dan nadi,monitor saturasi oksigen, memposisikan semi fowler. Evaluasi keperawatan pada hari kelima menunjukan sesak sedikit berkurang, namun intervensi masih dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Diharapkan perawat di IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang dapat merencanakan merencanakan pemulangan secara optimal dengan memberikan edukasi tanda bahaya pascapemulangan pada pasien PJB.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan,Anak,Penyakit jantung bawaan

Daftar Pustaka : 42 (2018-2025)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

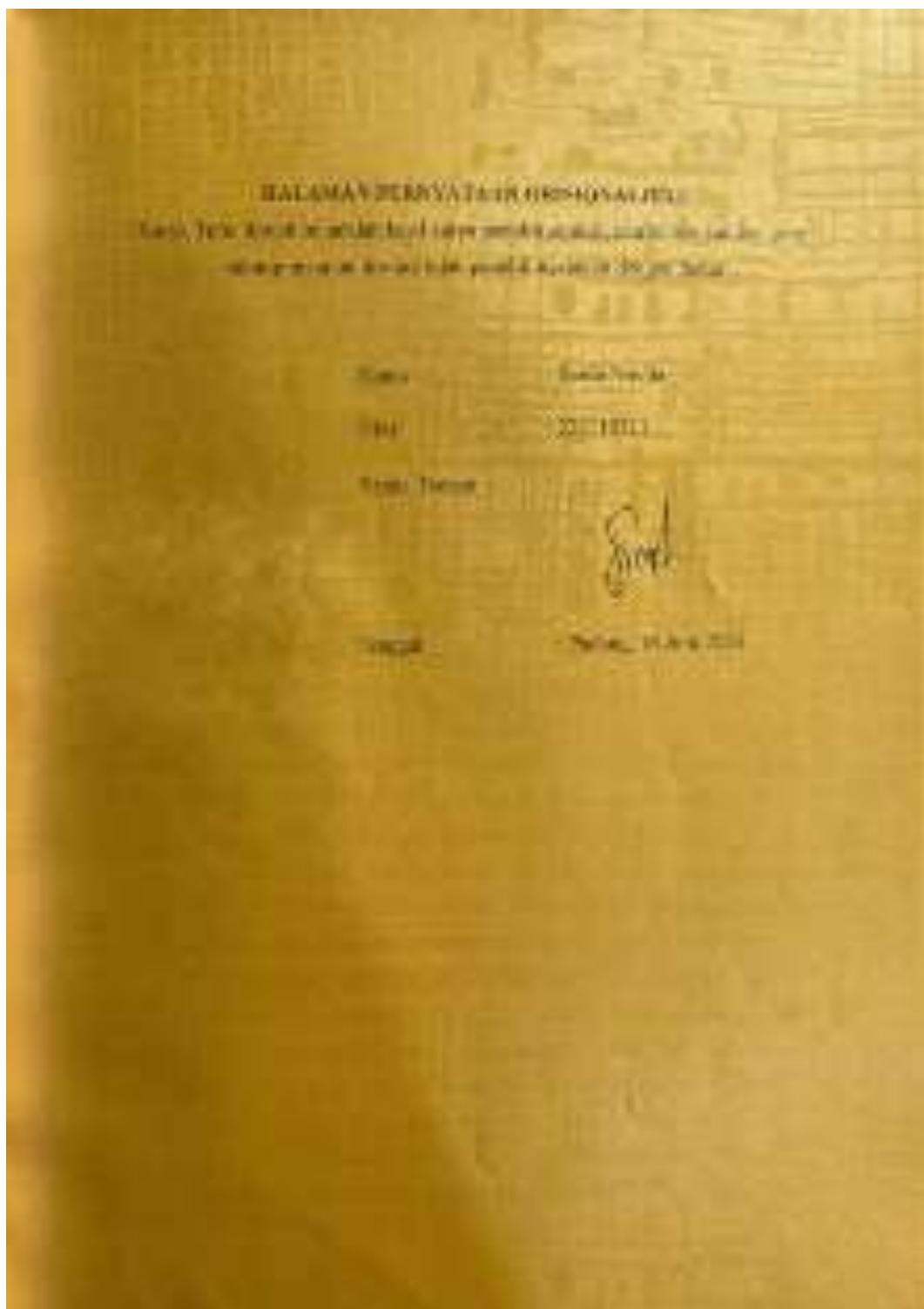


Nama : Sarah Novita
NIM : 223110311
Tempat/Tanggal Lahir : Lubuk Sikaping, 13 Maret 2004
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Menikah
Nama orang Tua
Ayah : Nofiardi
Ibu : Ety Sarma
Alamat : JR.III Koto Tinggi, Sundata

Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	Sekolah Dasar	SD Negeri 12 Koto Tinggi	2010-2016
2.	Sekolah Menengah Pertama	SMP Negeri 1 Lubuk Sikaping	2016-2019
3.	Sekolah Menengah Atas	SMA Negeri 1 Lubuk Sikaping	2019-2022
4.	D-III Keperawatan	Kemenkes Poltekkes Padang	2022-Sekarang

HALAMAN PERNYATAAN ORISIONALITAS



PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yogyakarta, 2020

Nama Mahasiswa	Yoga Widya
NIM	201911011
Program Studi	Latihan Siswa
Tingkat Mahasiswa	2020
Semester	Maestro Tesis
Nama Pembimbing Skripsi	H. Sugiharto, S.Pd., M.Pd.
Nama Pengawas Skripsi	Dr. Dwieta, S.Pd., M.Pd.

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya pribadi dan belum pernah
diumumkan di tempat lain, baik dalam bentuk

*Atribut Kepemimpinan Para Anak Ilangan Pemuda, Jaringan Komunitas
ini (KJN) di Sekolah Dasar Anak (SDA) Dr. M. H. Thamrin Medan*

Untuk setiap penulis yang menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya pribadi
dan belum pernah diumumkan di tempat lain.

Berita ini dituliskan dengan tangan dan ditandatangani di bawah ini.

Yogyakarta, 2020

Yoga Widya



Yoga Widya

2020

DAFTAR ISI

PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK	vii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	viii
HALAMAN PERNYATAAN ORISIONALITAS	ix
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR BAGAN.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan penulisan	6
D. Manfaat penelitian.....	6
BAB II	8
A. Konsep Dasar Kasus Penyakit Jantung Bawaan	8
1. Pengertian penyakit jantung bawaan	8
2. Etiologi penyakit jantung bawaan	8
3. Klasifikasi penyakit jantung bawaan.....	9
4. Patofisiologi.....	13
5. WOC (sumber:Aspiani (2017),Kasron (2016)	19
6. Manifestasi Klinis.....	21
7. Komplikasi	23
8. Penatalaksanaan PJB	26
9. Pemeriksaan penunjang	28
B. Konsep Asuhan Keperawatan Kasus Penyakit Jantung Bawaan	29
1. Pengkajian keperawatan	29

2. Diagnosa Keperawatan.....	33
3. Intervensi keperawatan.....	34
4. Implementasi Keperawatan	44
5. Evaluasi Keperawatan	44
BAB III.....	45
METODE PENELITIAN	45
A. Desain Penelitian.....	45
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	45
C. Populasi Dan Sampel	45
D. Alat Atau Instrumen Pengumpulan Data	46
E. Teknik Pengumpulan Data.....	47
F. Jenis-jenis Data	49
G. Prosedur Pelaksanaan Penelitian.....	49
H. Analisis data.....	50
BAB IV	51
DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS.....	51
A. Deskripsi kasus.....	51
1. Pengkajian	51
2. Diagnosa keperawatan.....	53
3. Rencana keperawatan	55
4. Implementasi keperawatan	57
5. Evaluasi keperawatan	58
B. Pembahasan kasus.....	61
1. Pengkajian keperawatan	61
2. Diagnosis keperawatan.....	69
3. Intervensi keperawatan.....	73
4. Implementasi keperawatan	77
5. Evaluasi keperawatan	81
BAB V.....	85
PENUTUP	85
A. Kesimpulan	85

B. Saran.....	86
DAFTAR PUSTAKA	88

DAFTAR BAGAN

Gambar 2.1 WOC penyakit jantung bawaan.....19

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 rentang frekuensi nadi normal pada anak	31
Tabel 2. 2 Perencanaan keperawatan	34

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Gantt Chart
- Lampiran 2 : Denver II
- Lampiran 3 : Lembar Konsultasi Pembimbing 1
- Lampiran 3 : Lembar Konsultasi Pembimbing 2
- Lampiran 5 : Surat Izin Survei Awal Dari Institusi Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 6 : Surat Izin Survei Awal Dari RSUP Dr.M.Djamil Padang
- Lampiran 7 : Surat Izin Penelitian Dari Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 8 : Surat Izin Penelitian Dari RSUP Dr.M.Djamil Padang
- Lampiran 9 : Surat Persetujuan *Inform Consent* Menjadi Partisipan
- Lampiran 10 : Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 11 : Surat Selesai Penelitian Dari RSUP Dr.M.Djamil Padang
- Lampiran 12 : Laporan Asuhan Keperawatan Anak Dengan PJB
- Lampiran 13 : Grafik Zscore WHO
- Lampiran 14 : Tabel Antropometri Penilaian Status Gizi Anak

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Penyakit jantung bawaan atau istilah nya PJB merupakan kondisi dimana adanya kelainan pada jantung baik itu kelainan pada struktur, katup, susunan arteri, pembuluh darah dinding jantung dan hal hal terkait dengan fungsi jantung ¹. Penyakit jantung kongenital ditemukan pada 8-10 bayi setiap 1000 kelahiran hidup. Angka kejadian PJB di Asia sekitar 9,3 per 1000 kelahiran hidup. Perkiraan angka PJB di Indonesia adalah 50.000 bayi dari angka kelahiran 2,3% penduduk Indonesia ². PJB merupakan penyebab kematian tersering dari seluruh kelainan bawaan. Selain itu, PJB teridentifikasi sebagai salah satu penyebab kematian tersering pada satu tahun pertama kehidupan. Angka kematian akibat PJB bervariasi di setiap negara, dengan negara Indonesia yang memiliki angka kematian akibat PJB yang tinggi. Angka kematian PJB, 50% terjadi dalam 6 bulan pertama kehidupan, 80% pada usia 1 tahun kehidupan ³.

Penyakit jantung bawaan diklasifikan menjadi dua kelompok garis besar yaitu asianotik dan sianotik. PJB asianotik merupakan kelainan pada jantung yang tidak ditandai dengan adanya kebiruan dimukosa tubuh. Kelainan yang termasuk PJB asianotik adalah *Patent Ductus Arteriosus* (PDA), *Ventricular Septal Defect* (VSD), *Atrial Septal Defect* (ASD), *Aortic Stenosis* (AS), dan *Stenosis Pulmonal* (SP). Sedangkan PJB sianotik adalah kelainan pada jantung yang ditandai dengan adanya kebiruan dimukosa tubuh. Kelainan yang termasuk kedalam PJB sianotik adalah *Tetralogy Fallot* (TOF), *Atresia Triskupid*, dan *Pulmoner Transposisi Arteri Besar* (TAB) ².

Faktor resiko dari PJB bisa terjadi karena dua faktor yaitu faktor genetik dan faktor lingkungan. Faktor genetic biasanya dipengaruhi oleh keturunan atau riwayat penyakir dalam keluarga. Sedangkan faktor lingkungan bisa berupa

infeksi meternal seperti virus rubella, penggunaan obat-obatan yang dikonsumsi selama masa kehamilan, dan juga mengkonsumsi minuman beralkohol yang berlebihan. Faktor dari lingkungan tersebut merupakan faktor pemicu meningkatnya terjadi kasus PJB pada anak⁴.

World Health Organization (WHO, 2023) memperkirakan 6% bayi diseluruh dunia lahir dengan kelainan bawaan yang mengakibatkan ratusan ribu kematian. Kelainan bawaan menyebabkan 240.000 bayi baru lahir meninggal dunia dalam 28 hari kelahiran setiap tahun. Kelainan bawaan menyebabkan 170.000 kematian lebih lanjut pada anak-anak antara usia 1 bulan dan 5 tahun. Kejadian penyakit jantung bawaan di tahun 2017 adalah 17,9/1.000 di seluruh dunia, termasuk 19,1/1.000 pada anak laki-laki dan 16,6/1.000 pada anak perempuan. Cacat septum ventrikel dan cacat septum atrium merupakan subtipe PJB yang paling umum dengan insiden 5,29/1000 dan mencakup sekitar 29,6% dari seluruh kasus PJB⁵.

Angka kematian penyakit jantung bawaan adalah 81 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian akibat penyakit jantung bawaan mayor sebesar 64,7%, dan angka kematian proporsional sebesar 12,0%. Untuk bayi baru lahir dengan penyakit jantung bawaan, tingkat kelangsungan hidup pada hari ke 28 kehidupan berkurang hampir 70%. Selain itu, kejadian dan kematian PJB pada dasarnya heterogen di seluruh dunia⁶.

Angka kejadian PJB diperkirakan mencapai 43.200 kasus dari 4,8 juta kelahiran hidup (9: 1000 kelahiran hidup) setiap tahunnya. Kasus jantung kongenital di Indonesia pada tahun 2022, menempati urutan ke-5 kategori 10 besar penyebab kematian pada anak sebesar 3%⁷. Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI) sekitar 8 – 10 bayi dari 1000 kelahiran hidup dan 30% diantaranya telah memberikan gejala pada minggu-minggu pertama kehidupan⁸.

Data Survei Kesehatan Indonesia (SKI, 2023) didapatkan prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosa dokter yaitu 0,85% dengan jumlah total keseluruhan mencapai 877.531 jiwa. Dan penyakit jantung berdasarkan prevalensi penyakit jantung pada anak ang berumur <1 tahun yaitu sebanyak 0,12%, anak umur 1-4 tahun sebanyak 0,12%, anak berumur 5-14 tahun sebanyak 0,11%. Prevalensi penyakit jantung pada anak yang belum sekolah yaitu 0,60%⁹.

Data dari Laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Provinsi Sumatera Barat pada tahun 2018 didapatkan prevalensi penyakit jantung pada anak di Sumatera Barat anak yang berumur <1 tahun yang mengalami penyakit jantung bawaan yaitu sebanyak 0,19%, anak umur 1-4 tahun sebanyak 0,55%, anak anak umur 5-14 tahun sebanyak 0,82%. 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.

Data rekam medik RSUP Dr. M. Djamil padang, didapatkan jumlah pasien anak pada tahun 2022 terdapat 74 orang yang mengalami PJB yang dibagi atas 65 orang yang rawat jalan dan 8 orang yang di rawat. Pada tahun 2023 jumlah pasien anak yang dirawat sebanyak 13 orang. Dan pada tahun 2024 dalam 3 bulan terakhir yaitu oktober sampai desember jumlah pasien anak PJB yang dirawat sebanyak 4 orang.

Tanda dan gejala pada PJB sangat bervariasi dan tidak selalu terdeteksi pada saat kehamilan. Gejala PJB yang dimiliki oleh satu bayi belum tentu juga dimiliki oleh bayi lain. Pada tanda dan gejala umum dari PJB ada beberapa yang bisa dikenali seperti tampak nya kebiruan pada seluruh badan,bayi

kesulitan dalam bernafas, BBLR, pertumbuhan dan perkembangan bayi yang tampak terhambat¹.

Dampak dari penyakit jantung bawaan pada anak adalah gangguan saat menyusu, berkeringat saat menyusu, kebiruan terutama di lidah dan selaput lendir mulut, gangguan pertumbuhan, dapat terlihat aktivitas (misal pasien tampak tidak se-aktif teman- teman sebayanya) dan sesak napas. Pada pasien yang sudah lebih besar dapat mengeluhkan adanya nyeri dada saat beraktivitas dan juga keringat yang berlebihan. Hal ini disebabkan oleh kompresi tubuh atau usaha tubuh untuk tetap menjaga suhu tubuh tetap normal, disaat jantung dipaksa keras untuk memompa darah keseluruh tubuh. Jika dibiarkan kelainan jantung bawaan pada anak akan menimbulkan beberapa komplikasi antara lain adalah sebagai berikut, yaitu trombosis serebri, abses otak , endokarditis bakterialis, gagal jantung kongestif, hipoksia¹⁰.

Mekanisme gangguan hemodinamik akibat kelainan jantung yang memberikan gejala yang menggambarkan kelainan. Adanya gangguan pertumbuhan, sianosis, berkurangnya toleransi latihan, kekerapan infeksi saluran nafas berulang, dan terdengarnya bising jantung, merupakan petunjuk awal terdapatnya kelainan jantung pada seorang bayi atau anak. Gejala yang terjadi ketika anak sudah besar sangat terlihat jelas dari aktivitasnya. Ketika anak melakukan aktivitas berlebih maka anak akan mudah lelah⁴.

Penatalaksanaan PJB pada anak-anak tergantung pada jenis masalah jantung, kadang-kadang penyakit jantung bawaan mungkin tidak memiliki efek jangka panjang pada kesehatan anak dan mungkin tidak diperlukan pengobatan. PJB yang memerlukan perawatan serius setelah diagnosis mungkin melibatkan obat-obatan yang dapat diberikan untuk mengobati gejala atau komplikasi pada PJB. Jika keadaan anak makin bertambah parah direkomendasikan untuk dilakukan katerisasi jantung dan juga tindakan pembedahan seperti operasi jantung⁴

Peran perawat dalam merawat anak PJB antara lain meningkatkan oksigenasi dengan menempatkan anak pada posisi fowler atau semi fowler, pantau tanda-tanda vital, pantau warna kulit anak dan satirasi oksigen dengan seksama, meningkatkan nutrisi yang adekuat. Nutrisi dari ASI atau susu foemula dapat diberikan secara oral atau melalui selang pemberian makan (*gavase*), pada anak yang dewasa berikan makan dalam jumlah yang sedikit tapi sering untuk mencegah kelelahan berlebihan pada anak. Mencegah infeksi dengan mengajarkan kebersihan tangan dan mendidik anak serta keluarga ¹¹

Survei awal yang dilakukan pada tanggal 27 Desember 2024 di ruang PICU Anak RSUP dr. M.Djamil Padang didapatkan satu orang bayi berusia 7 bulan dengan diagnosa penyakit jantung bawaan asianotik (PDA)+ trakeostomi dengan waktu rawatan hari ke 23 hari. Berdasarkan hasil observasi ditemukan anak tampak lemah,nafas cuping hidung,bibir tampak pucat dan tampak sesak,pada saat observasi anak terpasang ventilator dan *nasogastric tube*. Diagnosa yang ditegakkan pada bayi tersebut yaitu penurunan curah jantung,pola nafas tidak efektif ,dan defisit nutrisi. Sedangkan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu pemasangan ventilator, mengatur posisi pasien, dan memberikan obat sesuai terapi.

Berdasarkan latar belakang diatas,maka peneliti menerapkan asuhan keperawatan pada anak dengan kasus penyakit jantung bawaan di ruang PICU anak kebidanan dan anak RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2025.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah peneliti uraikan di atas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Kasus Penyakit Jantung Bawaan di Ruangan IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang?”

C. Tujuan penulisan**1. Tujuan umum**

Mampu mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Kasus Penyakit Jantung Bawaan di Ruangan IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025

2. Tujuan Khusus

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

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 2025

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

Merupakan penyakit jantung bawaan (PJB) yang ditemukan pada bayi dan anak berupa malformasi dari pembuluh darah besar dan struktur jantung serta fungsinya ¹². Penyakit jantung bawaan (PJB) merupakan penyakit dengan kelainan pada struktur jantung atau fungsi sirkulasi jantung yang dibawa dari lahir akibat adanya gangguan atau kegagalan perkembangan struktur jantung pada fase awal perkembangan janin. Prevalensi PJB di seluruh dunia sangat bervariasi sekitar 8 hingga 10 per 1000 kelahiran bayi hidup ¹³.

Berbagai faktor dianggap berpotensi menjadi etiologi PJB diantaranya factor genetic, maternal dan faktor lingkungan. Penyakit ini membutuhkan penanganan yang kompleks dan tepat pada saat bayi mulai terdiagnosa. Apabila tidak ditangani dengan baik, maka bayi tersebut memiliki angka harapan hidup yang rendah. Perkiraan angka PJB di Indonesia adalah 50.000 bayi dari angka kelahiran 2,3% penduduk Indonesia ¹².

2. Etiologi penyakit jantung bawaan

Sebagian besar penyakit jantung bawaan berkaitan dengan masalah yang terjadi saat kehamilan, diawal perkembangan jantung anak ². 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 ¹⁴.

Beberapa kondisi seperti faktor genetic,faktor lingkungan,maternal,infeksi virus,paparan radiasi atau obat obatan yang dikonsumsi selama kehamilan dapat menjadi faktor pemicu dalam malformasi jantung ¹⁵.

Penyebab penyakit jantung kongenital belum dapat diketahui secara pasti. Namun demikian terdapat faktor predisposisi yang mempengaruhi terjadinya penyakit ini terjadi adalah ¹²

a) Faktor prenatal,meliputi :

- 1) Ibu hamil yang mengkonsumsi alcohol pada masa kehamilan
- 2) Umur ibu saat kehamilan < 40 tahun
- 3) Ibu hamil yang terinfeksi penyakit rubella
- 4) Ibu yang menderita penyakit Diabetes Melitus (DM) yang bergantung pada insulin.
- 5) Ibu yang meminum obat-obatan penenang atau jamu.
- 6) Bayi yang lahir prematur (yaitu kurang dari 37 minggu)
- 7) Ibu yang mengalami obesitas karna menderita DM tipe 2

b) Faktor Genetik, meliputi:

- 1) Anak yang lahir sebelumnya menderita penyakit jantung bawaan.
- 2) Ayah atau ibu yang menderita penyakit jantung bawaan.
- 3) Kelainan kromosom misalnya sindrom down.
- 4) Anak yang lahir dengan kelainan bawaan yang lain.

3. Klasifikasi penyakit jantung bawaan

Penyakit jantung bawaan dapat diklasifikasikan menjadi dua kelompok yaitu asianotik dan sianotik ⁴.

1. 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) *Ventrikel septal defek (VSD)*

Ventrikel septal defek (VSD) adalah kelainan jantung bawaan berupa lubang pada septum interventrikuler, lubang tersebut hanya satu atau lebih yang terjadi akibat kegagalan fungsi septum interventrikuler sesama janin dalam kandungan¹⁵. VSD merupakan defek pada setiap bagian septum ventrikel, sebagian besar adalah tipe membranosa. Tekanan yang lebih tinggi pada ventrikel kiri, menyebabkan sirkulasi arteri sistem tahanannya lebih tinggi daripada sirkulasi pulmonal. Aliran darah melalui defek ke arteri pulmonalis. Peningkatan volume darah yang dipompakan ke paru-paru yang menghasilkan peningkatan tahanan pembuluh pulmonal. Peningkatan tekanan di ventrikel kiri ke kanan pulmonal menyebabkan hipertropi otot jantung. Jika ventrikel kanan tidak dapat menampung peningkatan kerja yang meningkat atrium kanan akan mengalami pembesaran.

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskler Indonesia (PERKI, 2015), VSD adalah kelainan jantung bawaan berupa satu lubang pada septum interventikuler atau lebih (Swiss Cheese VSD) yang terjadi akibat kegagalan fungsi septum interventikuler 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)*

ASD merupakan salah satu kelainan jantung kongenital pada anak yang tergolong pada penyakit jantung bawaan (PJB) non sianotik. ASD adalah kelainan jantung bawaan karena terdapat defek pada sekat atrium sehingga menimbulkan pirau dari atrium kiri ke atrium kanan¹⁵. Pada beberapa kasus ASD dapat mengalami penutupan spontan pada bayi yang berusia kurang dari 3 bulan diperkirakan 14%-66%.

Terdapat 3 tipe ASD yaitu: ASD sekundum yang merupakan tipe yang paling umum (50%-70%) dimana terjadi defek dibagian tengah sekat trium; ASD primum (30% dari kasus ASD), terjadi defek di bagian bawah sekat atrium; ASD sinus venosus (sekitar 10% dari kasus ASD), terjadi defek didekat muara vena cava inferior atau vena cava superior¹⁶.

c) *Patent ductus arteriosus* (PDA)

PDA atau ductus arteriosus persisten adalah ductus arteriosus yang tetap membuka setelah bayi lahir. Terdapat saluran postnatal yang persisten antara arteri pulmonal dan aorta descendens. Kelainan ini banyak terjadi pada bayi bayi yang lahir premature. Insiden PDA sekitar 10-15% dari seluruh penyakit jantung bawaan dengan penderita perempuan melebihi laki laki yakni 2:1⁴. Pada PDA kecil umumnya pasien asianotik, pada defek yang besar dapat terjadi gejala gagal jantung kongestif. Tanda dan gejala adanya aliran ke paru yang berlebihan pada PDA yang besar akan terlihat saat usia 1–4 bulan dimana tahanan vaskuler paru menurun dengan cepat, Gagal jantung kongestif akan timbul disertai infeksi paru.

d) *Stenosis pulmonal* (SP)

Pada stenosis pulmonalis (SP) adalah adanya penyempitan pada katup aorta yang dapat diakibatkan penebalan katup.terjadi obstruksi aliran keluar ventrikel kanan atau arteri pulmonalis dan cabang-cabangnya. Bayi dan anak dengan stenosis ringan umumnya asimptomatik dan tidak sianosis sedangkan neonatus dengan stenosis berat atau kritis akan terlihat takipneu dan sianosis.

e) *Aortic Stenosis* (AS)

AS merupakan danya penyempitan pada katup pulmonal yang menyebabkan penurunan aliran darah ke paru.. Kelainan ini mungkin tidak terdiagnosis pada masa anak-anak karena katup berfungsi normal. Bayi dengan Stenosis Aorta derajat berat akan timbul gagal jantung kongestif pada usia minggu-minggu pertama atau bulan-bulan pertama kehidupannya.

2. 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. *Tetralogy of fallot (TOF)*

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. Faktor prenatal yang banyak dikaitkan dengan TOF adalah rubella maternal atau infeksi virus selama kehamilan, nutrisi pranatal yang buruk, penggunaan alkohol pada ibu hamil, usia ibu diatas 40 tahun, ibu dengan peniketourinaria dan diabetes.

Pada TOF terdapat kelainan pada katup pulmonal sehingga menyebabkan stenosis pulmonal, VSD, Hipertropi Ventrikel kanan dan overriding. Saat jantung kontraksi akibat adanya stenosis pulmonal maka darah yang ada di ventrikel kanan akan mengalami shunt ke jantung sebelah kiri. Keadaan dekstroposis mengakibatkan darah dari ventrikel kanan akan mengalir langsung ke aorta untuk dialirkan keseluruh tubuh. Keadaan diatas mengakibatkan terjadi percampuran darah yang teroksigenasi

dengan darah yang deoksigenasi yang menyebabkan saturasi oksigen rendah.

b. *Transposisi Arteri Besar* (TAB)

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 disebarluaskan ke seluruh tubuh, dan darah bersih dibersihkan lagi di paru-paru. TGA dapat menyebabkan bayi meninggal karena murni darah kotor mengalir ke seluruh tubuh.

4. Patofisiologi

a) *VSD (ventrikel septal defect)*

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.

b) *Atrial septal defect (ASD)*

Ventricular Septal Defect (VSD) terjadi akibat adanya kebocoran di septum interventrikular. Kebocoran ini terjadi karena keterlambatan pada pertumbuhan. Biasanya terjadi di pars muskularis atau di pars membran seadari septum. Defek tersebut dapat terletak dimanapun pada septum ventrikel, dapat tunggal atau banyak dengan bentuk dan ukuran yang

bervariasi. Kebocoran di pars muskularis biasanya kecil. Kebocoran di tempat lainnya mempunyai ukuran bermacam-macam.

Pada defek yang berukuran tidak lebih dari 1 cm, terdapat perbedaan tekanan antara ventrikel kiri dan kanan. Tekanan ventrikel kiri yang lebih besar menyebabkan arus kebocoran berlangsung dari kanan ke kiri (Shunt kiri ke kanan). Volume darah dari ventrikel kiri ini setelah melalui defek lalu masuk ke dalam arteri pulmonalis bersama-sama darah yang berasal dari ventrikel kanan. Biasanya pada defek ini tidak terjadi kebocoran, dengan demikian ventrikel kanan tidak mengalami beban volume dan tidak menjadi dilatasi. Jumlah darah yang mengalir melalui arteri pulmonalis akan bertambah, demikian pula vena-vena pulmonalis isinya akan bertambah dan mengalirkan darah ke atrium kiri. Kelebihan darah ini menyebabkan dilatasi dari atrium kiri. Ventrikel kiri, disamping volume darahnya yang bertambah, juga harus bekerja keras sehingga terjadi hipertrofi. Dengan kata lain arteri pulmonalis, atrium kiri, dan ventrikel kiri yang mengalami kelainan pada saat ini, sehingga jantung kiri membesar. Bila defek itu makin besar, maka volume darah yang mengalir ke ventrikel kiri juga bertambah. Dengan bertambahnya volume darah ini, maka tekanan ventrikel kiri menjadi dilatasi, dan arteri pulmonalis juga bertambah lebar. Selama sirkulasi ini berjalan lancar, tidak ada peningkatan tekanan di dalam arteri pulmonalis.

Defek pada septum yang besar menyebabkan keseimbangan antara tekanan pada kedua ventrikel. Ada kalanya defek itu sangat besar sehingga kedua ventrikel itu menjadi satu ruangan (Single Ventricle). Arah kebocoran pada keadaan ini tergantung pada keadaan dari arteri pulmonalis dan aorta. Bila tekanan di dalam arteri pulmonalis tinggi karena adanya kelainan pada pembuluh darah paru maka darah dari ventrikel kanan akan mengalir ke dalam ventrikel kiri. Bila di dalam

aorta terdapat tekanan yang tinggi, kebocoran berlangsung dari ventrikel kiri ke ventrikel kanan.

Darah arterial dari atrium kiri masuk ke atrium kanan. Aliran tidak deras karena perbedaan tekanan atrium kiri dan kanan tidak besar (tekanan atrium kiri lebih besar dari tekanan atrium kanan. Beban pada atrium kanan, atrium pulmonalis kapiler paru, dan atrium kiri meningkat, sehingga tekanannya meningkat. Tahanan katup pulmonal naik, timbul bising sistolik karena stenosis relatif katup pulmonal, Juga terjadi stenosis relatif katup trikuspidal, sehingga terdengar bising diastolik. Penambahan beban atrium pulmonal bertambah, sehingga tahanan katup pulmonal meningkat dan terjadi kenaikan tekanan ventrikel kanan yang permanen. Kejadian ini berjalan lambat.

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 kiriyang 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 arteriol paru yang progresif. Hipertensi pulmonal dan gagal jantung kanan akan terjadi jika keadaan ini tidak dikoreksi melalui terapi medis dan 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 (prematur 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 cendrung lebih besar ¹⁷.

d) TOF (*tetralogy of 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, desktra 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 percampuran 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).

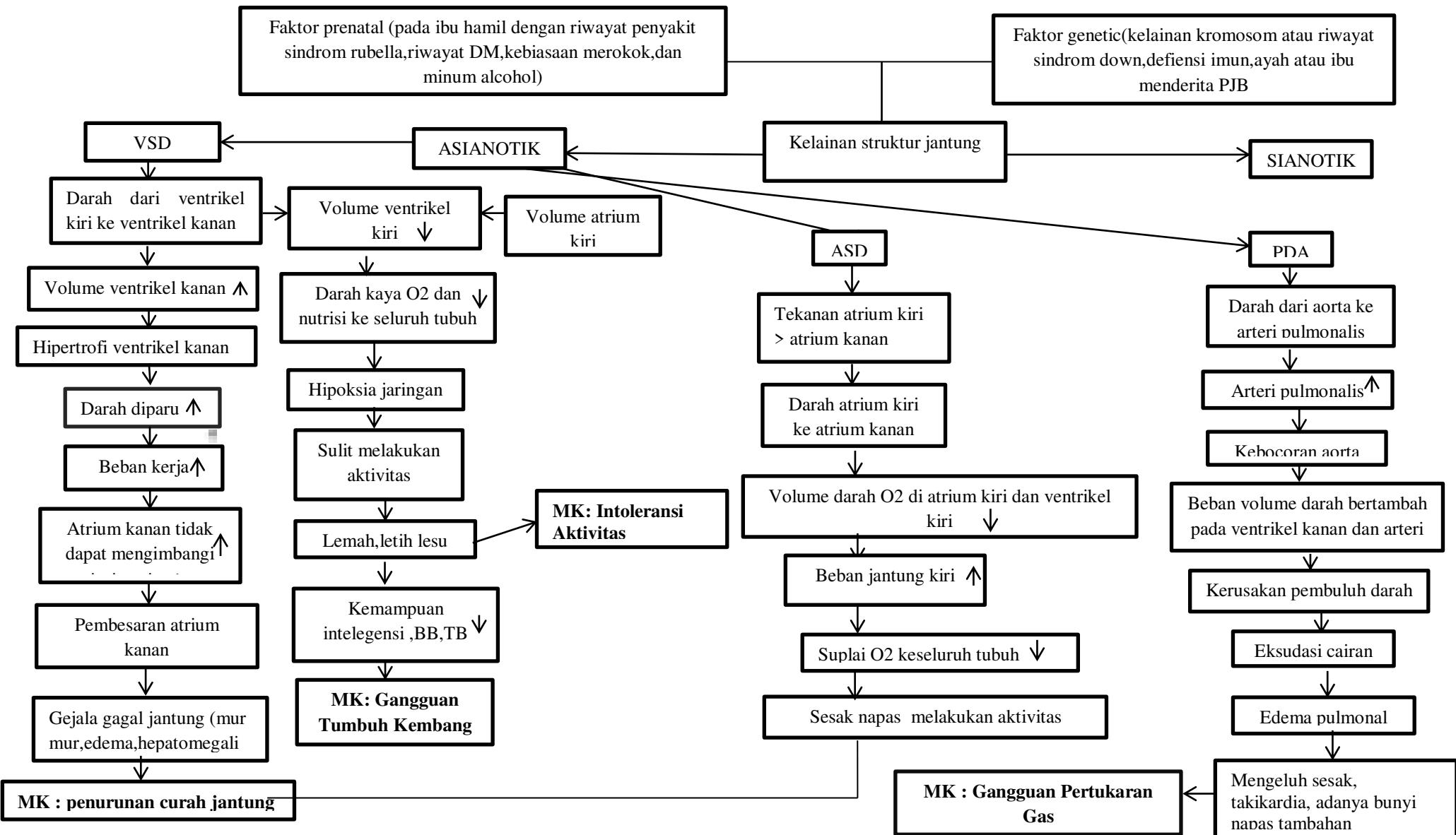
Pengembalian darah dari vena sistemik ke atrium kanan dan ventrikel kanan berlangsung normal. Ketika ventrikel kanan menguncup, dan menghadapi stenosis pulmonalis, maka darah akan dipintaskan melewati VSD ke dalam aorta. Akibatnya darah yang mengalir keseluruh tubuh tidak teroksigenasi, hal inilah yang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

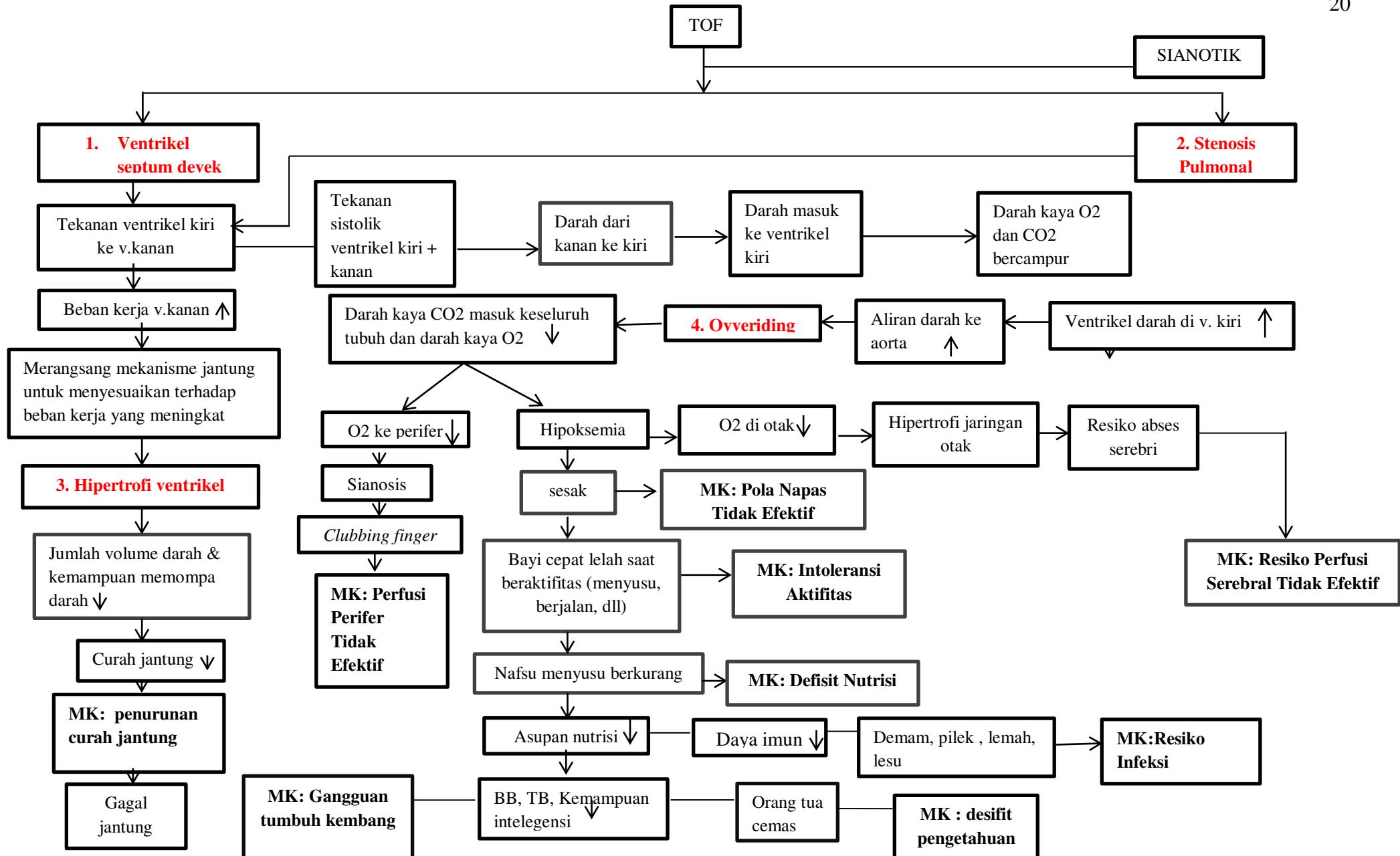
Pada keadaan tertentu seperti (dehidrasi, spasme infundibulum berat, menangis lama, peningkatan suhu tubuh atau mengedan), pasien dengan TOF mengalami hipoksia spell yang ditandai dengan sianosis (pasien menjadi biru), mengalami kesulitan bernapas, pasien menjadi sangat lelah dan pucat, kadang pasien 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)¹⁸.

e) TAB (*transposisi atreri besar*)

TAB 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 ¹⁸

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





6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis penyakit jantung bawaan bergantung pada jenis serta beratnya kelainan. PJB mudah dikenali saat neonates, namun pada PJB ringan sulit terdeteksi karena sering tidak menimbulkan gejala khusus. Dalam kebanyakan kasus, gejala PJB tidak selalu langsung dapat langsung terdeteksi. Gejala PJB ada yang bisa terdeteksi sejak dini lewat USG kehamilan, tetapi beberapa bayi mungkin sama sekali tidak menampakkan kelainan selama dalam kandungan².

Apabila ada bayi yang sudah teridentifikasi menerima PJB maka akan dilakukan Pemeriksaan non-invasif yang dapat menentukan kelainan jantung bayi adalah echocardiography trans-torakal. Pemeriksaan ini tidak menyebabkan paparan radiasi, sehingga aman bagi bayi dan anak. Waktu pemeriksaan berkisar 30-60 menit, tergantung keparahan kelainan jantung bawaan yang terjadi. Pemeriksaan PJB dilengkapi dengan pemeriksaan rontgen toraks dan elektrokardiografi. Kedua pemeriksaan ini diperlukan untuk menentukan adanya pengaruh pada sistem respirasi (paru-paru dan jalan napas) serta sistem konduksi jantung. Kombinasi semua hasil pemeriksaan, termasuk echocardiography trans-torakal, serta riwayat perjalanan penyakit digunakan untuk menegakkan diagnosa PJB. Hasil pemeriksaan tersebut juga berguna dalam menentukan rencana tindakan atau penanganan yang akan dilakukan selanjutnya¹.

a) VSD (ventrikel septal defect)

Pada kelainan ini, tanda dan gejala pada anak VSD tergantung pada besar kecilnya derek (lubang). Pada umumnya anak akan memiliki tanda gejala sebagai berikut¹⁸ :

- 1) Sesak nafas, takipnue (nafas cepat)
- 2) Bayi mengalami kesulitan ketika menyusu
- 3) Keringan yang berlebihan
- 4) Berat badan tidak bertambah, gagal tumbuh
- 5) Gagal jantung kongestif

- 6) Infeksi saluran pernafasan berulang
- b) ASD (*atrial septal defect*)

Kelainan ASD umumnya diketahui melalui pemeriksaan rutin dimana didapatkan adanya mur mur (kelainan bunyi jantung). Apabila didapatkan adanya gejala atau keluhan, umunya didapatkan adanya sesak saat beraktivitas, dispneu (kesulitan dalam bernafas), mudah lelah, dan infeksi saluran pernafasan yang berulang. Keluhan yang paling sering terjadi pada orang dewasa adalah penurunan stamina dan palpitas (dada berdebar-debar) akibat dari pembesaran atrium dan ventrikel kanan, diastolic meningkat, sistolik rendah¹⁸.

Pada kelainan yang sifatnya ringan sampai sedang, mungkin sama sekali tidak ditemukan gejala atau gejala baru timbul pada usia pertengahan. Diagnose ditegakkan berdasarkan gejala dan hasil pemeriksaan fisik:

- 1) Denyut arteri pulmonalis dapat diraba didada
- 2) Pemeriksaan dengan stetoskop menunjukkan bunyi jantung yang abnormal
- 3) Tanda tanda gagal jantung
- 4) Jika shunt besar, mur juga bisa terdengar akibat peningkatan aliran darah yang mengalir melalui katup triskuspidalis.

- c) PDA (*patent ductus arteriosus*)

PDA berukuran kecil biasanya tidak menimbulkan gejala apapun. PDA yang besar akan mengakibatkan gagal jantung, mirip dengan yang ditemukan pada bayi dengan VSD besar. Retardasi pertumbuhan fisik dapat merupakan manifestasi utama pada bayi dengan shunt besar. PDA besar akan menyebabkan tanda fisik mencolok yang disebabkan oleh tekanan nadi yang melebar, dengan yang paling menonjol, tekanan nadi perifer yang melompat. Jantung biasanya berukuran normal jika ukuran duktus kecil dan membesar jika ukuran PDA besar. Impuls apikal biasanya menonjol dan seperti bergelombang (heaving).

- d) TOF (*tetralogy of fallot*)

Tanda dan gejala yang muncul pada penderita tetraloggi of fallot yaitu sebagai berikut¹⁹:

1. Sianosis terutama pada bibir dan kuku
 2. Bayi akan kesulitan menyusu
 3. Setelah melakukan aktifitas, anak selalu jongkok (squatting) untuk mengurangi hipoksia dengan posisi knee to chest
 4. Jari tangan clubbing (seperti tabuh genderang karena kulit atau tulang di sekitar kuku jariⁱ 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 berikut¹⁸ :

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

Beberapa komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit jantung bawaan, yaitu sebagai berikut¹⁶:

- a. Sindrom eisenmenger merupakan komplikasi yang terjadi pada PJB nonsianotik 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.

- d. Hepatomegali
- e. Gangguan paru
- f. CHF (congestive Heart Failure) atau gagal jantung kongestif
- g. Endocarditis
- h. Gangguan pembuluh darah pulmonal
- i. Entrokolitis nekrosis
- j. Aritmia
- k. Pertumbuhan dan perkembangan yang tidak optimal.

Komplikasi PJB yaitu sebagai berikut ¹⁷:

- a) PDA (Paten Ductus Arteriosus)
 - 1) 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.
 - 2) 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.
 - 3) Aritmia, pembesaran hati karena PDA akan meningkatkan resiko terjadinya aritmia. Biasanya terjadi peningkatan resiko hanya dengan duktus arteriosus paten yang besar.
 - 4) Endokarditis, gagal ginjal
 - 5) Hepatomegali (jarang terjadi pada bayi prematur)
 - 6) Perdarahan gastrointestinal (GI), penurunan jumlah trombosit
 - 7) Gangguan pertumbuhan dan perkembangan.
- b) ASD (*Atrial Septal Defect*)

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

c) VSD (*Ventrikkel Septal Defect*)

Komplikasi yang dapat timbul yaitu infeksi paru, gagal jantung kongestif yang menyebabkan gagal tumbuh, hipertensi pulmonal, dan stenosis pulmonal¹⁹.

d) TF (*Tetralogy Fallot*)

1) Thrombosis serebri

Thrombosis ini lebih sering ditemukan pada usia dibawah 2 tahun. Penderita ini paling sering mengalami anemia defisiensi besi dengan kadar hemoglobin dan hematocrit dalam batas normal. biasanya terjadi dalam druraslis dan terkadang dalam arteri serbrum sering ditemukan pada polisitemia hebat.

2) Abses otak

Komplikasi abses otak biasanya dialami oleh pasien yang telah mencapai usia diaatas 2 tahun.

3) Endocarditis bakterialis

Komplikasi ini terjadi pada penderita yang tidak mengalami pembedahan, tetapi lebih sering ditemukan pada anak yang mengalami prosedur pembuatan pintasan selama masa bayi.

4) Gagal jantung kongestive

Gagal jantung kongestive dapat terjadi pada bayi yang mengalami atresia paru dan memiliki aliran darah kolateral yang besar. Kondisi ini, hampir tanpa pengecualian, akan mengalami penurunan selama bulan pertama kehidupan dan penderita menjadi sianosis akibat sirkulasi paru yang menurun.

5) Hipoksia

Hipoksia terjadi akibat stenosis pulmonal yang menyebabkan aliran darah dalam paru menurun.

8. Penatalaksanaan PJB

Perawatan penyakit jantung bawaan ini tergantung pada tingkat keparahan dari komplikasinya, dan juga dilihat dari beberapa faktor seperti usia, ukurannya, dan kesehingga umum lainnya.

a) PDA (*patent ductus atrerious*)

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 juga 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 digoksin dan diuretik. Penanganan lain yaitu dengan pemasangan kateterisasi jantung untuk menghentikan pemintasan yang terjadi pada *shunt*¹².

b) VSD (*ventrikel septal defect*)

1) Penatalaksanaan Medis

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

2) Tindakan Non Pembedahan

Penutupan VSD dengan teknik transkateter.

3) Tindakan Pembedahan

VSD ditutup dengan jaringan perikardium pasien sendiri atau material sintesis.

c) 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 preferensi¹⁷.

Terapi medis yang dapat diberikan kepada pasien dengan ASD yaitu ¹⁷:

- 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)
- d) TF (tetralogy fallot)
 - 1) Pasien dapat melakukan rawat jalan apabila mengalami derajat I, II, III yang ditandai tanpa adanya sesak nafas yang berat dan sianosis.
 - 2) Antibiotik
 - 3) Penggunaan diuretik untuk gagal jantung kongestif yang disertai edema
 - 4) Penggunaan beta bloker (propanolol) yang berfungsi dalam penurunan kekuatan kontraksi dan denyut jantung sehingga mencegah hipersianosis
 - 5) Penatalaksanaan asidosis menggunakan NaHCO₃
 - 6) Metode bedah/ terapi definitif
 - 7) Posisikan pasien dengan postur lutut di tekuk ke dada (knee-chest position)

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

- a. Blalock-Taussig Shunt (BT-Shunt), adalah prosedur shunt yang dianastomosis sisi sama sisi dari arteri subklavia ke arteri pulmonal
- b. Waterson Shunt, adalah membuat anastomosis intraperikardial dari aorta asending ke arteri pulmonal kanan, dan biasanya dilakukan pada bayi
- c. Potts Shunt, adalah anastomosis antara aorta desenden dengan arteri pulmonal yang kiri. Teknik ini jarang digunakan.
- d. Total Korektif, yang terdiri atas penutupan VSD, valvotomi pulmonal dan reseksi infundibulum yang mengalami hipertrofi ¹⁹.

9. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan untuk diagnosa kelainan jantung yaitu ²⁰:

- 1) Ekokardiografi yaitu pemeriksaan jantung menggunakan gelombang ultrasound.
- 2) Foto rontgen dada.
- 3) 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.
- 4) Elektrokardiografi (EKG).
- 5) Pemeriksaan fisik termasuk mendengarkan suara jantung dengan stetoskop.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk penderita TF yaitu sebagai berikut ¹⁷:

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 (PCO₂), penurunan tekanan parsial oksigen (PO₂) dan penurunan klien 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 asendens 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 hipertrrofi ventrikel kanan.

d) Ekokardiografi

Memperlihatkan dilatasi aorta, overriding 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.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Kasus Penyakit Jantung Bawaan

1. Pengkajian keperawatan

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

1) Keluhan utama

Menurut ²⁰ biasanya pada klien dengan penyakit jantung bawaan (PJB) keluhan PJB yang dirasakan diantaranya mudah merasa lemah, lelah, pucat serta nampak adanya sianosis.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya anak yang mengalami penyakit jantung bawaan akan mengalami kelelahan kemudian anak mudah berhenti saat menyusu, dan juga terdapat sianosis pada mulut maupun ujung ekstermitas. saat anak sering berhenti menyusu maka BB anak akan menurun dan keringat yang berlebih pada anak. Disertai dengan demam, mual dan terjadi dyspnea. Terkadang anak juga merasakan nyeri karena adanya faktor perangsang nyeri yang bersifat spontan, dan bisa menyebabkan anak syndrome syok.

3) 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 ¹⁷. 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.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Perlu dikaji apakah ada anggota keluarga yang menderita atau memiliki riwayat penyakit jantung bawaan atau kelainan kromosom ¹⁷. Dan juga perlu dikaji adanya riwayat kematian mendadak pada saudara saudara serta riwayat keluarga dengan sindrom down.

5) Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

Penyebab penyakit jantung bawaan berkaitan dengan kelainan perkembangan embrionik, dimana pada usia kehamilan 5-8 minggu, jantung dan pembuluh darah besar dibentuk. Gangguan perkembangan antara lain diduga disebabkan oleh faktor-faktor prenatal, seperti infeksi rubella pada saat trimester pertama ¹⁴

6) Riwayat pertumbuhan

Sebagian anak yang menderita PJB dapat tumbuh dan berkembang seperti biasanya. Namun berbeda dengan anak yang menderita PJB lebih spesifik seperti ASD, VSD, PDA, dan TF pertumbuhan terganggu pada fase tumbuh kembang. Anak biasanya tampak kurus, mudah sakit dan mudah terinfeksi seperti infeksi pernapasan. disamping itu anak mudah kelelahan sehingga gangguan motorik yang tampak pada perkembangan anak ²⁰.

7) Riwayat aktivitas

Keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, 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 sianosis²⁰.

c. Pemeriksaan fisik

1) Vital sign

Frekuensi nadi berkisar 120/130x/menit,namun bisa lebih cepat, dyspnea, suhu normal, tidak Nampak adanya infeksi.

Tabel 2. 1 rentang frekuensi nadi normal pada anak

Usia	Frekuensi nadi/menit
0-3 bulan	100-160
3-6 bulan	90-120
6-12 bulan	80-120
1-10 tahun	70-130
10-18 tahun	60-100

2) Kepala

Biasanya ditemukan rambut mudah rontok,tidak ada nampaknya lesi

3) Wajah

Biasanya wajah tampak pucat, kelelahan dan ikterik

4) Mata

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

5) Hidung

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

6) Mulut

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

7) Leher

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

8) Thorak

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 takipnea.

9) Jantung

Anak dengan ASD ditemukan adanya takikardia, jantung berdebar-debar, denyut arteri pulmonalis terasa, dan auskultasi didapatkan bunyi jantung abnormal seperti mur-mur. Hal ini diakibatkan adanya peningkatan aliran darah pada katup pulmonalis. Adanya pergeseran letak anatomis jantung yaitu pada RIC 2 dan 3 untuk diastolik, serta RIC 4 dan 5 untuk sistolik.

10) Kulit

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

11) Ekstermitas

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

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan standar diagnosis keperawatan Indonesia ²¹, diagnosis yang mungkin muncul pada anak dengan penyakit jantung bawaan (PJB) yaitu sebagai berikut:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload, dan perubahan afterload.
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, ketidakmampuan menelan dan mencerna makanan, faktor psikologis.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan, imobilitas.
4. Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik, dan defisiensi stimsus.
5. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru.
6. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
7. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, penurunan konsentrasi hemoglobin, penurunan aliran arteri atau vena.
8. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan fibrasi atrium, stenosis atrium.
9. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventrilasi-perfusi, dan perubahan membran alveolus-kapiler.
10. Defisit pengetahuan pada orang tua tentang penyakit anak berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

3. Intervensi keperawatan

Tabel 2. 2 Perencanaan keperawatan

N O	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1.	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload, dan perubahan afterload. (Hal :34, SDKI)</p> <p>Definisi: Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.</p> <p>Gejala Dan Tanda</p> <p>Mayor:</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perubahan irama jantung (Palpitasi) b. Perubahan preload (Lelah) c. Perubahan afterload (Dispnea) d. Perubahan kontraktilitas 1. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) 2. Orthopnea 3. Batuk <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perubahan irama jantung 1. Bradikardia atau takikardia 2. Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi b. Perubahan preload 1. Edema 2. Distensi vena jugularis 3. CVP meningkat/menurun <p>Perubahan afterload</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. TD meningkat/menurun 2. Nadi perifer teraba lemah 3. CRT >3 detik 4. Oliguria 5. Warna kulit pucat/ sianosis d. Perubahan kontraktilitas 1. Terdengar suara jantung S3 / S4 2. Ejection fraktion (EF) menurun <p>Gejala dan Tanda</p>	<p>Curah jantung (Hal:20,SLKI) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kekuatan nadi perifer meningkat b) Palpitasi menurun c) Bradikardia menurun d) Takikardia menurun e) Gambaran EKG aritmia menurun f) Lelah menurun g) Edema menurun h) Distensi vena jugularis menurun i) Dispnea menurun j) Oliguria menurun k) Pucat atau sianosis menurun l) Orthopneamenurun m) Murmur jantung menurun n) BB meningkat o) CRT membaik 	<p>Perawatan jantung (Hal: 317,SIKI) Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, orthopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) b) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan BB, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, rhonki, basah, oliguria, batuk, kulit pucat) c) Monitor tekanan darah d) Monitor intake dan output cairan e) Monitor BB setiap hari pada waktu yang sama f) Monitor saturasi oksigen g) Monitor keluhan nyeri dada h) Monitor EKG 12 sadapan i) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) j) Monitor nilai laboratorium jantung k) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat <p>Terapeutik:</p>

	<p>Minor:</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perilaku atau emosional 1. Cemas 2. Gelisah <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Murmur jantung b. BB bertambah c. Pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun d. Pulmonary vascular resistance (PVR) meningkat/menurun e. Hepatomegali f. Cardiacindex (CI) menurun 		<ul style="list-style-type: none"> a. Posisikan pasien semi Fowler atau Fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman b. Berikan diet jantung yang sesuai c. Gunakan stocking elastis atau pneumatic intermiten, sesuai indikasi d. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat e. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress f. Berikan dukungan emosional dan spiritual g. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi b) Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap c) Anjurkan pasien dan keluarga mengukur BB harian, dan mengukur intake output cairan harian <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kolaborasi pemberian aritmia, jika perlu
2.	<p>Defisit nutrisi erhubungan dengan kurangnya asupan makanan, ketidakmampuan menelan dan mencerna makanan, faktor psikologis (Hal: 56, SDAKI)</p> <p>Definisi:</p> <p>Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p>	<p>Status nutrisi (Hal: 121, SDAKI)</p> <p>Setelah dilakukan Asuhan keperawatan selama.....diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat b. Serum albumin 	<p>Manajemen nutrisi (Hal: 200, SDAKI)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identifikasi status nutrisi b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c) Identifikasi makanan yang disukai d) Identifikasi kebutuhan kalori

	<p>Gejala dan Tanda</p> <p>Mayor</p> <p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <p>a. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang normal</p> <p>Gejala dan Tanda</p> <p>Minor</p> <p>Subjektif:</p> <p>a. Cepat kenyang seetelah makan</p> <p>b. Kram/nyeri abdomen</p> <p>c. Nafsu makan menurun</p> <p>Objektif:</p> <p>a. Bising usus hiperaktif</p> <p>b. Otot pengunyah lemah</p> <p>c. Otot menelan lemah</p> <p>d. Membran mukosa pucat</p> <p>e. Sariawan</p> <p>f. Serum albumin turun</p> <p>g. Rambut rontok berlebihan</p> <p>h. Diare</p>	<p>meningkat</p> <p>c. Berat badan membaik</p> <p>d. IMT membaik</p> <p>e. Bising usus membaik</p>	<p>dan jenis nutrien</p> <p>e)Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric</p> <p>f) Monitor asupan makanan</p> <p>g) Monitor BB</p> <p>h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a)Fasilitasi menentukan pedoman diet</p> <p>b) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>c) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>d) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>e) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi:</p> <p>a) Anjurkan posisi duduk,jika mampu</p> <p>b) Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p> <p>b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>
3.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen,kelemahan,imobilitas. (Hal: 128, SDKI)</p> <p>Definisi:</p> <p>Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktifitas sehari-hari</p> <p>Gejala Dan Tanda</p> <p>Mayor</p> <p>Subjektif:</p>	<p>Toleransi aktifitas (Hal:149, SLKI)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama.....diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>b. Saturasi oksigen meningkat</p>	<p>Manajemen energi (Hal: 176, SIKI)</p> <p>Observasi:</p> <p>a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>b) Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>c) Monitor pola dan jam tidur</p>

	<p>a. Mengeluh lelah</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat <p>Gejala Dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dispnea saat/setelah aktifitas b. Merasa tidak nyaman setelah beraktifitas c. Merasa lemah <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat b. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas c. Gambaran EKG menunjukkan iskemia d. Sianosis 	<p>c. Keluhan lelah 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>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis cahaya, suara, kunjungan) b) Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif c) Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan d) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Anjurkan tirah baring b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang d) Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
4.	<p>Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik, dan defisiensi stimulus (Hal: 232,SDKI).</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif: (Tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tidak mampu melakukan keterampilan atau perilaku khas sesuai usia (fisik,bahasa,motorik,psikososial) b. Pertumbuhan fisik terganggu <p>Gejala Dan Tanda</p>	<p>Status perkembangan (Hal: 124, SLKI)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama....diharapkan status perkembangan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a.Keterampilan/perilaku sesuai usia meningkat b. Kemampuan melakukan perawatan diri meningkat c. Respon sosial meningkat d.Pola tidur membaik 	<p>Perawatan perkembangan (Hal:338, SIKI)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak b. Identifikasi isyarat perilaku dan fisiologis yang ditunjukkan bayi (mis luar,tidak nyaman) <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.Pertahankan sentuhan seminimal mungkin pada bayi prematur

	<p>Minor</p> <p>Subjektif: (Tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tidak mampu melakukan perawatan diri sesuai usia b. Afek datar c. Respon social lambat 	<p>Status pertumbuhan (Hal: 125, SLKI) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama... diharapkan status pertumbuhan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. BB sesuai usia meningkat b. Panjang/TB sesuai usia meningkat c. IMT meningkat d. Asupan nutrisi meningkat 	<p>b. Berikan sentuhan yang bersifat gentle dan tidak ragu-ragu</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Minimalkan nyeri d. Minimalkan kebisingan ruangan e. Pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal f. Motivasi anak berinteraksi dengan anak lain g. Sediakan aktifitas yang memotivasi anak berinteraksi dengan anak yang lainnya h. Fasilitasi anak melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan kepada orang tua atau pengasuh tentang milestone perkembangan anak dan perilaku anak b. Anjurkan orang tua menyentuh dan menggendong bayinya c. Anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya d. Ajarkan anak teknik asertif <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Rujuk untuk konseling, jika perlu
5.	<p>Pola napas tidak efektif erhubungan dengan hambatan upaya napas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru (Hal: 26, SDKI)</p> <p>Definisi: Inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dispnea <p>Objektif :</p>	<p>Pola napas (Hal: 95,SLKI) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama... diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ventilasi semenit meningkat b) Dispnea menurun c) Penggunaan otot bantu nafas menurun d) Pemanjangan fase ekspirasi menurun 	<p>Manajemen jalan napas (Hal: 186,SIKI)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor pola napas (frekuensi,kedalaman, usaha napas) b. Monitor bunyi napas tambahan (mis,gurgling,mengi, wheezing,ronkhi kering) <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Posisikan semi fowler atau fowler b. Berikan minum

	<p>a. Penggunaan otot bantu pernapasan</p> <p>b. Fase ekspirasi memanjang</p> <p>c. Pola napas abnormal (mis takipneia, bradipneia, hiperventilasi, kussamaul, cheyne-strokes)</p> <p>Gejala Dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Orthopnea <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pernapasan pursed-lip b. Pernapasan cuping hidung c. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat d. Ventilasi semenit menurun e. Kapasitas vital menurun f. Tekanan ekspirasi menurun g. Tekanan inspirasi menurun h. Ekskusi dada berubah 	<p>e) Frekuensi napas membaik</p> <p>f) Kedalaman napas membaik</p>	<p>hangat</p> <p>c. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>d. Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi b. Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, eks pektoran, mukolitik, jika perlu
6.	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (Hal: 304,SDKI)</p> <p>Definisi: Beresiko mengalami peningkatan tererang organisme patogenik</p>	<p>Tingkat infeksi (Hal:139, SLKI)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama..... diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kebersihan tangan meningkat b. Kebersihan badan meningkat c. Nafsu makan meningkat d. Demam menurun e. Kemerahan menurun f. Nyeri menurun g. Bengkak menurun h. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan infeksi (Hal: 278, SIKI)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Batasi jumlah pengunjung b. Berikan perawatan kulit pada area edema c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c. Ajarkan etika batuk d. Ajarkan cara

			<p>memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>
7.	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, penurunan konsentrasi hemoglobin, penurunan aliran arteri atau vena. (Hal: 37,SDKI)</p> <p>Definisi: Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat Menganggu metabolisme tubuh</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif: (Tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pengisian kapiler >3 detik b. Nadi perifer menurun atau tidak teraba c. Akral teraba dingin d. Warna kulit pucat e. Turgor kulit menurun <p>Gejala Dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Parastesia b. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Edema b. Penyembuhan luka lambat c. Indeks ankie- brachiak <0,90 d. Bruit femoral 	<p>Perfusi perifer (Hal: 84, SLKI)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama diharapkan</p> <p>perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Denyut nadi perifer meningkat b. Warna kulit pucat menurun c. Pengisian kapiler membaik d. Akral membaik e. Turgor kulit membaik 	<p>Perawatan sirkulasi (Hal: 345,SIKI)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Periksa sirkulasi perifer (mis nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankele-brachial index) b. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis diabetes, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi b. Hindari pengukuran

			<p>tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</p> <p>c. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</p> <p>d. Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>e. Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>f. Lakukan hidrasi</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p>
8.	<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan fibrasi atrium, stenosis atrium. (Hal: 51, SDKI)</p> <p>Definisi: Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak</p>	<p>Perfusi serebral (Hal:86, SLKI) Setelah dilakukan Asuhan keperawatan selama..... diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tingkat kesadaran meningkat b. Tekanan intrakranial menurun c. Sakit kepala menurun d. Gelisah menurun e. Nilai rata-rata tekanan darah membaik f. Kesadaran membaik 	<p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (Hal:205,SIKI)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) b. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis TD meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran)

		<p>menurun)</p> <p>c. Monitor MAP, CVP, PAWP, PAP, CPP</p> <p>d. Monitor gelombang ICP</p> <p>e. Monitor status pernapasan</p> <p>f. Monitor intake dan output cairan</p> <p>g. Monitor cairan serebro-spinalis (mis warna, konsistensi)</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>b. Berikan posisi semi fowler</p> <p>c. Hindari manuver valsava</p> <p>d. Cegah terjadinya kejang</p> <p>e. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>f. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal</p> <p>g. Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika 59 Poltekkes Kemenkes Padang perlu</p> <p>b. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</p> <p>c. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p>	
9.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventrilasi-perfusi, dan perubahan membran alveolus-kapiler.	<p>Pertukaran gas (Hal: 94,SLKI)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama.... diharapkan</p>	<p>Pemantau respirasi (Hal; 247)</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Monitor frekuensi,</p>

	<p>(Hal: 22, SDKI)</p> <p>Definisi: Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler.</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dispnea Objektif: <ul style="list-style-type: none"> a. PCO2 meningkat/ menurun b. PO2 menurun c. Takikardia d. Ph arteri meningkat/ menurun e. Bunyi nafas tambahan <p>Gejala Dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pusing b. Penglihatan kabur Objektif: <ul style="list-style-type: none"> a. Sianosis b. Diaforesis c. Gelisah d. Napas cuping hidung e. Pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/irregular, dalam/dangkal) f. Warna kulit abnormal (mis pucat, kebiruan) g. Kesadaran menurun 	<p>pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tingkat kesadaran meningkat b. Dispnea menurun c. Bunyi nafas tambahan menurun d. Napas cuping hidung menurun e. PCO2 membaik f. PO2 membaik g. Takikardia membaik h. Sianosis membaik i. Pola napas membaik j. Warna kulit membaik 	<p>irama, kedalaman dan upaya napas</p> <ul style="list-style-type: none"> b. Monitor pola napas c. Monitor adanya produksi sputum d. Monitor adanya sumbatan jalan napas e. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru f. Auskultasi bunyi napas g. Monitor saturasi oksigen h. Monitor nilai AGD i. Monitor hasil x-ray toraks <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien b. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
10.	<p>Defisit pengetahuan pada orang tua tentang penyakit anak berhubungan dengan kurang terpapar informasi.</p> <p>(Hal: 246, SDKI)</p> <p>Definisi: Ketidadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan</p>	<p>Tingkat pengetahuan (Hal: 146, SLKI) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama..... diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perilaku sesuai anjuran meningkat 	<p>Edukasi Kesehatan (Hal: 65, SIKI)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sediakan materi

	<p>topik tertentu</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor Subjektif:</p> <p>a. Menanyakan masalah yang</p>	<p>b. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</p> <p>c. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat</p> <p>d. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</p>	<p>dan media pendidikan kesehatan</p> <p>b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>c. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p>
--	---	---	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pengelolaan serta perwujudan dari intervensi yang telah direncanakan oleh perawat. Implementasi merupakan suatu tindakan dengan tujuan spesifik dan sesuai dengan kebutuhan pasien. Tujuan adanya implementasi adalah untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah spesifik mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengendalian penyakit, pemulihan serta peningkatan mekanisme coping²⁰.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah hasil dari perbandingan yang sistematis dan terencana antara intervensi dengan tujuan yang telah ditentukan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan, melibatkan pasien, keluarga, serta tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi juga merupakan proses dalam menilai timdakan keperawatan dan untuk mengetahui apakah pemenuhan kebutuhan pasien sudah didapatkan secara optimal. Tahapan evaluasi juga berisikan dokumentasi keperawatan. Proses evaluasi didokumentasikan dalam format SOAP, yaitu subjektif, objektif, analisis, dan plan. Subjektif berarti pernyataan atau keluhan pasien/orang lain. Objektif berarti data yang diukur. Analisis adalah interpretasi/kesimpulan berdasarkan data subjektif dan objektif. Plan berarti target dan rencana yang dilakukan atas masalah yang telah diidentifikasi²⁰.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan berbentuk studi kasus yang memaparkan gambaran asuhan keperawatan, dimana rancangan penelitian meliputi pengkajian satu unit secara intensif. Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk membuat gambaran tentang keadaan pasien secara objektif dengan pendekatan studi kasus ²². Penelitian ini mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien anak dengan penyakit jantung bawaan.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan diruangan IRNA Kebidanan dan Anak RSUP. Dr .M.Djamil Kota Padang. Waktu penelitian dimulai pada bulan Oktober 2024 sampai April 2025. Asuhan keperawatan akan dilakukan selama 5 hari.

C. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah seluruh subjek yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki populasi ²². Populasi dalam penelitian ini yang akan diambil peneliti adalah seluruh anak dengan PJB Asianotik yang dirawat di IRNA Kebidanan dan RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi, hal tersebut berarti setiap subjek dari populasi memiliki peluang yang sama sebagai sampel dan setiap sampel representatif terhadap populasi. Hal ini menunjukan pentingnya peneliti menentukan besarnya jumlah sampel pada penelitian yang dilakukan ²³.

Pemilihan responden dengan menggunakan cara *Non probability Sampling* dengan teknik *Purposive Sampling*, dimana teknik penentuan sample dengan pertimbangan tertentu. pemilihan sampel dengan menggunakan *Purposive Sampling* adalah teknik pengambilan sampel sesuai keinginan dari peneliti itu sendiri.

Sampel penelitian ini adalah satu orang anak yang mengalami PJB yang dirawat di ruang PICU Anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

Adapun kriteria sampel penelitian ini adalah:

a) Kriteria Inklusi

- Orang tua pasien yang bersedia menjadi responden
- Anak yang tercatat mengalami PJB asianotik
- Anak yang dirawat inap di ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP. Dr. M. Djamil Padang

b) Kriteria Eksklusi

- Pasien pulang atau meninggal sebelum 5 hari penelitian
- Anak yang mengalami komplikasi berat (gagal jantung) atau mengalami perburukan

D. Alat Atau Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data berupa format tahapan proses keperawatan atau format asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai pada evaluasi.

- a. 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/ pemeriksaan penunjang, dan program pengobatan.
- b. Format analisa data terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, data, etiologi, dan masalah.
- c. Format diagnosa keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor

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

E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data menggunakan multi sumber bukti (triangulasi) artinya teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang ada. Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama. Peneliti melakukan observasi, wawancara, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama secara serempak²⁴.

a. Observasi

Observasi dalam hal ini, peneliti terlibat dengan intervensi yang berkaitan dengan kegiatan sehari-hari pasien yang sedang diamati. Observasi yang didapat seperti pasien tampak pucat, kurang aktif dalam beraktivitas, tampak menggunakan oksigen, nafsu makan berkurang, lemah saat menyusu.

b. Wawancara

Wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu. Wawancara digunakan peneliti untuk menemukan permasalahan yang diteliti, tetapi peneliti juga ingin mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam²⁴.

Wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu wawancara terpimpin dengan menggunakan format pengkajian keperawatan anak kepada orang tua anak untuk mengetahui kondisi anak secara jelas dan mendapatkan informasi primer dengan tepat. Wawancara yang didapat dari orang tua seperti adanya riwayat rubella saat kehamilan, merokok atau mengkonsumsi alkohol saat kehamilan, usia ibu di atas 40 tahun, dan adanya anggota keluarga yang menderita penyakit jantung kongenital, serta adanya riwayat jongkok setelah anak berjalan beberapa menit.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan cara pengumpulan data dengan melakukan pemeriksaan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang tidak sesuai dengan keadaan normal. Dalam metode pemeriksaan fisik ini, peneliti melakukan pemeriksaan meliputi: keadaan umum partisipan dan pemeriksaan *head to toe* dan pemeriksaan dilakukan dengan prinsip *IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi)*.

Pemeriksaan fisik yang didapatkan seperti akral dingin, *clubbing finger*, nafas pendek, adanya nafas cuping hidung, konjungtiva anemis, dan pada pemeriksaan jantung terdengar bunyi yang abnormal(mur-mur).

d. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli²⁴. Peneliti menggunakan dokumen dari ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang untuk menunjang penelitian yang akan dilakukan. Dokumentasi keperawatan berbentuk catatan hasil pemeriksaan diagnostik seperti rontgen toraks ditemukan pembesaran jantung (kardiomegali), hasil ekokardiografi ditemukan hipertrofi pada ventrikel kanan, analisis gas darah ditemukan peningkatan PCO₂ dan penurunan O₂, pada pemeriksaan

hemoglobin ditemukan nilai hemoglobinya menurun dan nilai hematokritnya meningkat.

F. Jenis-jenis Data

1. Data Primer

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

2. Data Sekunder

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

G. Prosedur Pelaksanaan Penelitian

Adapun prosedur penelitian yang dilakukan oleh peneliti diantaranya adalah :

a) Prosedur Administrasi

Prosedur administrasi meliputi :

- a. Peneliti mengurus surat izin penelitian dari instansi asal penelitian yaitu Poltekkes Kemenkes Padang.
- b. Peneliti mendatangi Diklat RSUP Dr.M.Djamil Padang menyerahkan surat izin penelitian dari institusi untuk mendapatkan surat rekomendasi ke Ruangan IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang.
- c. Peneliti mendapatkan surat izin penelitian dari Diklat RSUP Dr.M.Djamil Padang dan menyerahkan ke Ruangan IRNA

Kebidanan dan Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang.

- d. Peneliti melakukan pemilihan sampel sebanyak 1 orang pasien penyakit jantung bawaan dengan berkoordinasi dengan kepala ruangan dan pembimbing.
- e. Peneliti mendatangi partisipan serta keluarga dan menjelaskan tentang tujuan penelitian hingga partisipan dan keluarga menyetujui untuk dijadikan sampel dalam penelitian
- f. Partisipan dan keluarga menandatangani informed consent.

H. Analisis data

Analisa yang dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisa semua temuan pada tahapan proses asuhan keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada kedua pasien Penyakit Jantung Bawaan. Data yang ditemukan saat pengkajian dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data subjektif dan objektif, sehingga dapat dirumuskan diagnosa keperawatan, kemudian menyusun rencana keperawatan serta melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan. Analisis selanjutnya akan membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien kelolaan dengan teori dan penelitian terdahulu.

BAB IV

DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi kasus

Pasien anak laki laki berumur 1 bulan 4 hari di rawat di ruang PICU anak, masuk melalui rujukan RSUD padang panjang pada tanggal 15 Februari 2024. Pasien masuk dengan keluhan sesak nafas dan ujung jari sampai pergelangan tangan sebelah kiri menghitam. Pasien dengan diagnosa pneumonia neonatal +PJB Asianotik ASD. ibu merupakan G1P1A0H1, anak lahir dengan usia kehamilan 38 minggu dengan ibu riwayat Diabetes melitus yang sudah di derita sejak 3 tahun yang lalu. Pada saat pasien baru pertama kali masuk TD 90/60 mmHg, HR 137x/i, RR 58x/i, suhu 38°C, saturasi 96%.

1. Pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 17 Februari 2025 pukul 10.00 WIB, pasien dengan hari rawatan ke 3, ibu pasien mengatakan anak tampak lemah, bertambah sesak saat menangis, ujung jari sampai pergelangan tangan sebelah kiri menghitam, ibu pasien mengatakan anak sulit untuk menyusu karena lemah saat menghisap, ibu mengatakan bahwa anak nya masih batuk tapi sudah tidak terlalu sering. Ibu mengatakan bahwa anak di pasang oksigen dari di rawat di RSUD Padang Panjang. Anak terpasang ventilator dengan FiO2 40%, OGT dan juga penghangat badan. Hasil pengukuran TD: 111/75 mmhg, RR:40x/m, HR: 120x/M dan suhu 36,5°C.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien sedang, dari hasil buku rekam medik didapatkan BB 3,3kg dan PB 50cm dan hasil pengukuran LILA 10,5 cm lingkar kepala 35 cm, kesimpulannya berdasarkan penilaian Zscore anak mengalami BB dan PB kurang.

An.M lahir di RSUD Padang Panjang dengan usia kehamilan 38 minggu secara SC. Ibu mengatakan setelah lahir anak di rawat di RS selama 1 bulan karena anak susah bernafas dan membutuhkan oksigen sehingga memerlukan perawatan. Anak lahir dengan berat badan 3300 gram dan panjang badan 50 cm. Ibu mengatakan An.M baru 2 kali mendapatkan imunisasi BCG dan HB0. Ibu mengatakan bahwa ia menderita penyakit Diabetes melitus dan sudah di derita selama 3 tahun belakangan, dan ayah An.M adalah seorang perokok aktif. Ibu juga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan anak nya.

Pola nutrisi dan cairan ibu mengatakan saat sehat anak diberikan ASI bukan susu formula/susu bantu, anak sering berhenti saat menyusu, ketika sakit anak diberikan susu formula dari rumah sakit yang telah diracik oleh ahli gizi, diberikan melalui OGT kepada pasien sebanyak 8x35 cc.

Pola istirahat dan tidur anak selama dirawat dirumah sakit anak sulit untuk tidur dan sering terjaga anak paling lama tidur 3 jam. BAK pasien selama dirawat di RS yaitu 4-5x/hari dengan jumlah urine lebih kurang 300 per hari, anak terpasang pempers. BAB frekuensi 1x/hari, warna kuning kehijauan, dengan konsistensi lembek.

Pemeriksaan thorax didapatkan dada tampak simetris kiri dan kanan, pergerakan dada sama, tidak adanya retraksi dinding dada, fremitus teraba sama kiri dan kanan, saat dilakukan perkusi terdengar suara redup saat di dengar dengan stetoskop terdengar ronchi. Pemeriksaan jantung ictus cordis tidak terlihat, ictus cordis teraba 1 cm di RIC V mid clavicula sinistra, suara jantung terdengar mur-mur. Pemeriksaan abdomen tidak tampak adanya distensi abdomen, tidak ada lesi, bising usus normal saat dilakukan perkusi terdengar timpani. Pemeriksaan

ekstremitas atas tampak sedikit sianosis diujung jari, akrab teraba hangat, capillary refil kembali lambat lebih dari 2 detik,terdapat edema di ujung jari sampai pergelangan tangan sebelah kiri,pada ekstermitas bawah akrab teraba hangat tapi tampak mulai membiru ujung ujung jari dan tidak ada edema

Data penunjang yang didapatkan dari hasil laboratorium pada tanggal 15 februari 2025 yaitu APTT 22.9 detik (normal 26.1),PT 14 detik (normal 11-13.5),hemoglobin 9.5 g/dL (normal 13.5-17.5),WBC 8270 (normal 4.000-11.000),PLT 42.000 (150.000-400.000), natrium 145 mmol/L (135-145), kalium 3.3 mmol/L (normal 3.5-5.0), klorida 106 mmol/L (normal 96-106),GDR 67 ml/jam,ureum 26 mg/dl (normal 7-20),kreatinin 0.3 mg/dl (normal 0.6-1.2).

Pada pemeriksaan rontgen thorax terdapat evaluasi RO thorax kesan tampak infiltrat dikedua lapang paru. Echocardiogram dilatasi RA dan RV,ASD+,TR savere,AR mild moderate,RWMA+,LVH-,kontraktilitas LV baik,kontraktilitas RV baik. An.M mendapatkan terapi obat IVFD KaEN 1B maintence res 10% 300 cc/24 jam,meropenem 3x150 IV,bicnat oral 1x1,5 tab po,heparin 0,75 mg/12 jam,D5 25 cc/8jam.

2. Diagnosa keperawatan

Dari hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik diaatas,didapatkan 4 masalah keperawatan yang bisa ditegakkan untuk An.M yaitu, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload,bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan,resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Berdasarkan hasil pengkajian,masalah keperawatan yang muncul pada An.M adalah **Penurunan curah jantung berhubungan dengan**

perubahan afterload yang ditandai dengan An.M tampak lesu dan lemah,anak tampak sesak,sianosis pada ujung ujung jari. Ibu An.M mengatakan bahwa An.M sulit untuk menghisap ASI ibu nya,dan juga anak tampak tidak terlalu banyak gerak.TD:111/75 mmhg,RR 40x/I,HR 120x/I,suhu 36,5 C,CRT >2 detik,SpO2 98%. Ictus cordis teraba 1 cm di RIC V mid clavicula sinistra,terdengar bunyi mur mur halus pada jantung,adanya retraksi dinding dada. An.M mendapatkan terapi obat bicnat oral 1x1,5 tab.

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan data objektif ada nya sekret dijalan nafas,anak tampak sesak dan lemah lesu,adanya bunyi nafas tambahan ronhki,hasil rontgen thorax terdapat tampak infiltrat di kedua lapang paru. Dan data subjektif yang ditemukan ibu An.M mengatakan anak nya masih batuk dan sekarang batuk nya sudah berkurang tapi masih ada. An.M terpasang ventilator. An.M mendapatkan terapi obat meropenem 3x150 mg IV.

Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan yang ditandai dengan anak tampak lemah dan lesu,anak hanya tidur saja,mukosa bibir tampak pucat dan kering,BB 3,3 kg. Dan juga ditandai dengan penambahan frekuensi ASI dari 8x25cc menjadi 8x35 cc. berdasarkan z score anak mengalami BB kurang

BB : 3,3 kg

PB : 50 cm

BB/U= -3SD <-2SD BB kurang

PB/U= -3SD <-2SD pendek

BB/PB=-2SD + 1SD gizi baik

Berdasarkan z score,An.M mengalami BB kurang dan PB pendek

Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan penggunaan ventilator dan jalur intravena, dari data objektif terdapat ruam kemerahan pada bagian kedua paha dan disekitar area kulit tempat pemasangan intravena. Data subjektif yang didapatkan ibu An.M mengatakan bahwa khawatir dengan bayi nya terkena infeksi karena banyak selang dan alat yang terpasang pada anak nya. Ibu mengatakan bahwa An.M sempat mengalami demam pada saat hari rawatan pertama di ruang PICU. Oleh karena itu anak mendapatkan terapi obat paracetamol 4x35mg, ampicillin 3x150 mg/hari.

3. Rencana keperawatan

Intervensi atau rencana yang akan dilakukan pada An.M sesuai dengan diagnosa yang telah sudah ada adalah perawatan jantung, manajemen jalan napas, manajemen nutrisi, pencegahan infeksi.

Pada diagnosis **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload** dengan kriteria hasil lelah menurun, dispnea menurun, pucat/sianosis menurun, murmur jantung menurun, tekanan darah membaik. Rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu **Perawatan jantung : Observasi** yaitu, identifikasi tanda/gejala primer, penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP), Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitas, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat), monitor tekanan darah, monitor intake dan output cairan, Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama, monitor saturasi oksigen, periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas, periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat. **Terapeutik** yaitu, posisikan pasien semi fowler/fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman, berikan diet jantung yang sesuai, berikan oksigen untuk

mempertahankan saturasi oksigen $> 94\%$. **Edukasi** yaitu, anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian, anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan. **Kolaborasi** yaitu, berikan obat antiaritmia, jika perlu.

Pada diagnosis **Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** dengan kriteria hasil : Dispnea menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik. Rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu **Manajemen jalan napas: Observasi** yaitu, monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis.wheezing, ronchi kering). **Terapeutik** yaitu, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen (jika perlu), lakukan fisioterapi dada (jika perlu), lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik. **Edukasi** yaitu, anjurkan asupan cairan 200 ml/hari (jika tidak kontraindikasi), **Kolaborasi** yaitu, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik (jika perlu).

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

Pada diagnosis **Resiko infeksi berhubungan dengan efek rosedur invasif** dengan kriteria hasil :demam menurun,kemerahan menurun,kebersihan tangan meningkat,kebersihan badan meningkat. Rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan yaitu **Pencegahan infeksi Observasi** yaitu monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik. **Teraupetik** yaitu batasi jumlah pengunjung,berikan perawatan kulit pada area edema,cuci tangab sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dari lingkungan pasien. **Edukasi** yaitu jelaskan tanda dan gejala infeksi,ajarkan cara memcuci tangan dengan benar,anjurkan meningkatkan asupan nutrisi,anjurkan meningkat asupan cairan. **Kolaborasi** yaitu kolaborasi pemberian imunisasi,jika perlu.

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.

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

Pada diagnosis **Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan**, tindakan keperawatan yang telah dilakukan diantaranya, memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), memosisikan pasien fowler dan semi fowler, menghitung pernapasan, mendengarkan bunyi napas, menghitung nadi, mengukur tekanan darah, mengukur suhu di aksila, menilai CRT, melihat gerakan dinding dada, dan memonitor saturasi oksigen, memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), melihat gerakan dinding dada, melakukan suction berkala.

Pada diagnosa **Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan**, tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah mengukur tekanan darah, menghitung nadi, menghitung pernapasan, mengukur suhu, memperkirakan berat badan ideal pasien, membantu memberikan susu lewat OGT sebanyak 8x35 cc.

Pada diagnoa **Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif**,tindakan keperawatan yang telah dilakukan melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, mengukur tekanan darah, menghitung nadi, menghitung pernapasan, mengukur suhu,memberikan perawatan infus pada paha yang mengalami ruam kemerahan,dan memantau kelancaran infus.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan dari tanggal 17 Februari 2025- 21 februari 2025 dengan metode penilaian subjektif, objektif, assesment, dan planning (SOAP) untuk mengetahui keefektifan dari tindakan yang telah dilakukan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan setiap hari selama 5 hari berturut-turut untuk masing-masing diagnosis didapatkan hasil sebagai berikut:

Diagnosis pertama **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload** menunjukkan adanya perubahan pada hari keempat dimana S: ibu mengatakan sesak anak mulai berkurang tapi masih sesak O: Anak tampak pucat dan ujung ujung jari mulai membiru, tampak sesak, lemah, CRT >2 detik, TD 110/92 mmHg, P 53x/menit, N 133x/menit, Suhu 37°C, Saturasi 92%.,ada jaringan nekrotis diujung jari sebelah kiri A: penurunan curah jantung belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan dengan monitor tanda-tanda vital, monitor balance cairan klien, monitor hemodinamik.

Evaluasi pada hari ke-5 yaitu tanggal 21 februari 2025 masalah belum teratasi dengan S : ibu mengatakan bahwa sesak anak mulai berkurang O: anak tampak sianosis pada bibir dan ujung jari jari , tampak sesak, lemah, capillary refill time tidak kembali dalam dua detik (> 2 detik), terdengar bunyi murmur halus pada jantung, ictus cordis teraba jelas 1 cm di RIC V mid clavicular sinistra, TD 90/65 mmHg, P 42x/menit, N 130x/menit, Suhu 36,9°C, Saturasi 98%, A penurunan curah jantung belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan dengan monitor tanda-tanda vital, monitor balance cairan klien, monitor hemodinamik.

Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan menunjukkan adanya perubahan pada hari keempat dimana S: ibu mengatakan sesak anak mulai berkurang, batuk anak mulai berkurang O: anak tampak sesak, terdengar bunyi bronkovesikular, rhonki basah halus nyaring di kedua paru, irama jantung reguler, terdengar bising sistolik terutama di RIC 2 parasternal sinistra, TD 110/92 mmHg, P 53x/menit, N 133x/menit, Suhu 37°C, Saturasi 92%.,A: masalah bersihkan j nafas tidak efektif belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan dengan monitor tanda-tanda vital, monitor pola nafas.

Evaluasi pada hari ke-5 masalah belum teratasi, dengan S: ibu mengatakan sesak anak mulai berkurang, ibu mengatakan anak masih ada batuk tapi sudah berkurang, anak masih tampak sesak, O: anak masih tampak lemah, anak tampak sesak, terdengar bunyi nafas ronki TD 90/65 mmHg, P 42x/menit, N 130x/mnit, Suhu 36,9°C, Saturasi 98%, A: masalah bersihan nafas tidak efektif belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan dengan monitor tanda-tanda vital, monitor pola nafas.

Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan belum teratasi pada hari ke-5, dengan S: ibu mengatakan berat badan anak belum mengalami perbaikan sampai saat ini dan anak masih lemah, O: anak tampak lemah, berat badan: 3,3 kg, anak terpasang OGT, anak mendapatkan susu formula 8x35 cc, A: masalah resiko defisit nutrisi belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan dengan monitor berat badan dan monitor asupan makanan.

Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif belum teratasi pada hari ke-5, dengan S: ruam merah pada paha An.m tempat pemasangan infus sentral sudah berkurang dan juga terdapat ruam bekas pemasangan infus longlai di aksila sebelah kiri. dan terdapat ruam di bagian punggung belakang O: Anak tampak lemah dan lesu, tampak sianosis di ujung jari-jari, ada jaringan nekrotis di ujung ujung jari sebelah kiri dan edema pada tangan sebelah kiri, CRT >2 detik, TD: 90/60 mmHg, N: 130x/menit P: 42x/menit, S: 36,9, Saturasi 98%, A: masalah resiko infeksi belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan, Monitor hemodinamik, Monitor TTV.

B. Pembahasan kasus

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang keterkaitan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada An.M dengan penyakit jantung bawaan asianotik diruangan PICU IRNA kebidanan dan Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang yang dilakukan mulai tanggal 17 Februari – 21 Februari 2025. Kegiatan ini meliputi pendeskripsian pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan, membuat intervensi keperawatan,dan mendeskripsikan implementasi keperawatan serta evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian keperawatan

Pasien anak laki laki berumur 1 bulan 4 hari di rawat di ruang PICU anak, masuk melalui rujukan RSUD padang panjang pada tanggal 15 Februari 2024. Pasien masuk dengan keluhan sesak nafas dan ujung jari sampai pergelangan tangan sebelah kiri menghitam. Pasien dengan diagnosa pneumonia neonatal +PJB Asianotik ASD. Pada saat pasien baru pertama kali masuk TD 90/60 mmHg, HR 137x/i, RR 58x/i, suhu 38°C, saturasi 96%.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 17 Februari 2025 pukul 10.00 WIB,pasien dengan hari rawatan ke 3 , ibu pasien mengatakan anak tampak lemah,bertambah sesak saat menangis,ujung jari sampai pergelangan tangan sebelah kiri menghitam, ibu pasien mengatakan anak sulit untuk menyusu karena lemah saat menghisap, ibu mengatakan bahwa anak nya masih batuk tapi sudah tidak terlalu sering. Ibu mengatakan bahwa anak di pasang oksigen dari di rawat di RSUD Padang Panjang. Anak ,terpasang ventilator dengan FiO2 40%, OGT dan juga penghangat badan. Hasil pengukuran TD:111/75 mmhg,RR:40x/m, HR: 120x/M dan suhu 36,5•C.

Menurut penelitian Asmayadi, 2018 salah satu penyakit jantung bawaan asianotik yang paling sering ditemukan baik pada anak maupun orang dewasa adalah Atrial Septal Defect (ASD) merupakan efek yang terjadi pada sekat yang memisahkan antara atrium kiri dan atrium kanan²⁵. Berbeda dengan penelitian Lydia yaitu gangguan hemodinamik akibat kelainan jantung bawaan dapat memberikan gejala yang menggambarkan derajat kelainan. Adanya gangguan pertumbuhan,berkurangnya toleransi latihan, kekerapan infeksi saluran napas berulang, dan terdengarnya bising jantung, dapat merupakan petunjuk awal terdapatnya kelainan jantung pada seorang bayi atau anak⁴.

Menurut analisa peneliti keluhan yang terdapat pada An.M seperti sesak nafas dan daya hisap lemah saat menyusui sesuai dengan teori yang ada. Hal ini dapat terjadi karena terdapat lubang di dinding antara dua ruang atas jantung, yaitu antara atrium kanan dan atrium kiri. Lubang ini seharusnya tidak ada, karena setelah lahir, darah dari dua atrium harus dipisahkan. Normalnya darah yang dari paru-paru mengandung banyak oksigen masuk kedalam atrium kiri, lalu mengalir ke ventrikel kiri. Lalu masuk darah tersebut masuk aorta kemudian darah dipompa keseluruh tubuh. Tapi karena ada lubang (ASD), sebagian darah dari atrium kiri justru mengalir ke atrium kanan. Karena tekanan tekanan diatrium kiri lebih tinggi dibanding atrium kanan (kondisi ini disebut shunt kiri ke kanan). Menyebabkan atrium kiri dan ventrikel kiri akan mengalami kekurangan volume darah yang kaya oksigen, karena sebagian besar darah tersebut mengalir ke atrium kanan sehingga volume darah yang kaya oksigen yang dipompakan keseluruh tubuh berkurang. Akibatnya anak akan mengalami sesak nafas, mudah lelah pada saat beraktivitas, dan pada anak yang masih bayi akan kesulitan dalam menyusui karena daya hisap lemah dan mudah lelah. Dimana kondisi yang menunjukan Nadi 120x/menit dan pernapasan 58x/menit pada saat awal masuk,

menyebabkan adanya tachycardia dan tachypnea, yang dapat mengindikasikan hipoksia, gagal jantung, atau gangguan ventilasi. Peningkatan denyut jantung dan laju pernapasan biasanya merupakan respons tubuh untuk mengkompensasi peningkatan beban jantung dan gangguan aliran darah akibat shunting kiri-ke-kanan, yang dapat menyebabkan gangguan oksigenasi dan memperburuk kondisi pasien.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien sedang, dari hasil buku rekam medik didapatkan BB 3,3kg dan PB 50cm dan hasil pengukuran LILA 10,5 cm, lingkar kepala 35 cm, kesimpulannya berdasarkan penilaian Zscore anak mengalami BB dan PB kurang.

Menurut penelitian Annisa et al, LILA < 11,0 cm pada bayi 2 bulan bisa menjadi peringatan dini kemungkinan risiko defisit nutrisi atau gagal tumbuh, terutama jika disertai gejala klinis lain (seperti berat badan tidak naik, bayi lemas, tidak aktif menyusu). Namun, untuk diagnosis gizi buruk atau stunting, tetap diperlukan penilaian menyeluruh termasuk BB/U dan BB/PB. pemberian ASI ekslusif sangat berpengaruh pada peningkatan berat badan pada bayi, pada bayi dengan kelainan kongenital biasanya sering berhenti saat menyusu, hal ini terjadi karena bayi mengalami sesak saat disusui dan dapat mempengaruhi berat badan pada bayi dikarenakan ketidakadekuatan cairan/nutrisi yang masuk kedalam tubuh sehingga memperlambat kenaikan berat badan pada bayi bahkan menyebabkan penurunan berat badan sehingga bayi beriko mengalami gizi kurang bahkan stunting²⁷.

Menurut analisa peneliti berat badan yang mengalami penurunan pada An.M karena terjadinya penurunan curah jantung yang mengakibatkan jantung tidak adekuat untuk memompa darah keseluruh tubuh yang mengandung oksigen dan nutrisi, hal ini menyebabkan nutrisi pasien

tidak terpenuhi. Berkurangnya darah yang beredar kedalam tubuh menyebabkan pertumbuhan anak terhambat, serta anak sulit untuk melakukan akifitas karena sesak napas yang mengakibatkan anak malas untuk menyusu, berat badan tidak bertambah sehingga anak kekurangan nutrisi.

Riwayat kesehatan dulu anak lahir pada usia kehamilan 38 minggu dan dilahirkan secara caesarae. Masalah waktu kehamilan yaitu ibu yang mengalami diabetes mellitus dan ayah seorang perokok aktif yang biasa merokok didalam rumah saat ibu hamil.

Ada beberapa faktor yang menjadi penyebab terjadinya penyakit jantung bawaan seperti faktor prenatal : ibu menderita penyakit rubela, ibu mengkonsumsi alkoholisme, umur ibu lebih dari 40 tahun, ibu meminum obat-obatan penenang atau jamu, bayi yang lahir prematur (kurang dari 37 minggu), ibu yang menderita penyakit Diabetes Melitus (DM) yang bergantung pada insulin, dan ibu yang mengalami obesitas karna menderita DM tipe 2. Faktor genetik seperti, anak yang lahir sebelumnya menderita penyakit jantung bawaan, ayah atau ibu menderita penyakit jantung bawaan, kelainan kromosom seperti sindrom down¹².

Menurut penelitian soebandi et al, ibu hamil yang mengidap diabetes melitus, khususnya diabetes pregestasional (baik tipe 1 maupun tipe 2 yang telah ada sebelum kehamilan), memiliki risiko lebih tinggi untuk melahirkan bayi dengan kelainan jantung bawaan, termasuk ASD. Hiperglikemia maternal yang terjadi pada masa awal kehamilan, terutama pada trimester pertama, dapat mengganggu proses organogenesis janin, termasuk pembentukan struktur jantung. Gangguan tersebut dapat menyebabkan kegagalan penutupan septum atrium secara sempurna, sehingga terbentuklah defek pada dinding atrium. paparan janin terhadap kadar glukosa darah ibu yang tinggi secara kronis dapat

memicu stres oksidatif serta memengaruhi regulasi gen yang penting dalam embriogenesis sistem kardiovaskular. Proses ini turut berkontribusi terhadap peningkatan insidensi kelainan struktural jantung seperti ASD²⁶.

Menurut analisa peneliti PJB yang dialami anak disebabkan karena ibu yang menderita diabetes mellitus hal ini dapat terjadi karena dapat menganggu pembentukan janin pada awal kehamilan yang disebabkan oleh kadar glukosa darah yang tidak stabil sehingga menyebakan anak yang dilahirkan beresiko mengalami kelainan jantung kongenital meningkat, termasuk ASD. Selain itu ibu hamil yang terpapar asap rokok juga dapat menyebabkan gangguan pada kehamilan. Paparan asap rokok, baik dari ibu yang merokok langsung maupun sebagai perokok pasif, terbukti dapat meningkatkan risiko terjadinya kelainan bawaan pada janin, termasuk ASD. Asap rokok mengandung zat berbahaya seperti nikotin, karbon monoksida, dan zat karsinogenik lainnya yang dapat mengganggu suplai oksigen dan aliran darah ke janin. Kekurangan oksigen ini dapat mengganggu proses pembentukan organ, terutama saat fase awal kehamilan (trimester pertama), saat jantung janin mulai terbentuk.

Hasil pemeriksaan pada An.M Terdapat bekas infus long lai pada aksila sebelah kiri,ujung jari sampai pergelangan tangan sebelah kiri menghitam dan edema. Dan juga terdapat ruam kemerahan pada sekitar area paha dan sekitar area kulit yang terpasang intravena. An.M juga mengalami demam pada saat hari pertama rawatan, dan juga An.M terpasang ventilator dari rumah sakit sebelum dirujuk.

Menurut penelitian Salawati, infeksi nosokomial merupakan salah satu penyebab meningkatnya angka kesakitan (morbidity) dan angka kematian (mortality) di rumah sakit. Infeksi nosokomial banyak terjadi di

ICU pada kasus pasca bedah dan kasus dengan pemasangan infus dan kateter yang tidak Infeksi yang muncul selama seseorang tersebut dirawat dirumah sakit dan mulai menunjukkan suatu gejala selama seseorang itu dirawat atau setelah selesai dirawat disebut infeksi nosokomial sesuai dengan prosedur standar pencegahan dan pengendalian infeksi yang diterapkan di rumah sakit²⁸.

Menurut analisa peneliti sama dengan teori yang ada, ruam yang muncul pada bagian tubuh An. M kemungkinan besar disebabkan oleh infeksi nosokomial. Hal ini dapat terjadi karena An. M menggunakan beberapa alat invasif secara bersamaan, seperti selang OGT, ventilator, dan kateter intravena sentral, yang semuanya memiliki risiko tinggi terhadap infeksi apabila prosedur perawatannya tidak dilakukan secara optimal. Dalam penerapan prinsip aseptik menjadi sangat penting. Prinsip aseptik merupakan upaya sistematis untuk menjaga lingkungan dan tindakan medis tetap bebas dari mikroorganisme patogen penyebab infeksi. Praktik ini mencakup penggunaan alat-alat yang telah disterilisasi, pelaksanaan cuci tangan yang tepat, serta penerapan teknik prosedural yang benar guna meminimalkan risiko kontaminasi. Dengan menerapkan prinsip aseptik secara konsisten, risiko infeksi nosokomial pada pasien dengan tindakan invasif dapat ditekan, sehingga proses penyembuhan dapat berlangsung lebih cepat dan aman.

Hasil pemeriksaan fisik yang ditemukan yang tidak normal pada An.M adalah saat dilakukan perkusi terdengar suara redup, saat di dengar dengan stetoskop terdengar ronchi. Pemeriksaan jantung terdengar suara jantung terdengar mur-mur.

Menurut penelitian Eva Miranda et al, pemeriksaan fisik pada anak yang menderita PJB, pada jantung saat di auskultasi didapatkan bising jantung atau bunyi tambahan (murmur) pada garis sternal kiri, dan dapat

mengakibatkan terjadinya stenosis pulmonal atau aorta dengan gejala edema, sinosis, dan sesak nafas saat melakukan aktifitas. Pada thorax saat diinspeksi dijumpai peningkatan frekuensi pernapasan dengan atau tanpa retraksi dinding dada. Pada palpasi teraba desakan dinding paru yang meningkat terhadap dinding dada, pada perkusi mungkin terdengar suara redup karena peningkatan volume darah paru, dan saat dilakukan auskultasi terdengar ronchi. Sianosis juga dapat disebabkan oleh cacat yang memungkinkan tercampurnya oksigen dan darah terdeoksigenasi di dalam ruang jantung atau arteri besar²⁹.

Menurut penelitian Lidya pemeriksaan fisik pada anak dengan PJB akan terdengar intensitas bunyi jantung ke-2 yang meningkat, murmur pansistolik di sela iga 3-4 kiri sternum dan murmur⁴.

Menurut analisa peneliti, anak yang mengalami PJB terdapat bunyi suara tambahan pada jantung (mur-mur) hal ini sesuai dengan teori yang ada. kelainan anatomi jantung yang terjadi sejak masa embrional dan dapat melibatkan sekat jantung, katup, atau pembuluh darah besar. Kelainan ini menyebabkan perubahan jalur atau kecepatan aliran darah di dalam jantung, yang kemudian menghasilkan bunyi murmur. Pada anak dengan Penyakit Jantung Bawaan (PJB), murmur jantung umumnya muncul akibat adanya gangguan pada aliran darah yang disebabkan oleh kelainan struktural jantung. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan suara redup saat perkusi yang menandakan adanya konsolidasi paru akibat cairan peradangan, serta ronki saat auskultasi yang menunjukkan adanya lendir atau cairan di saluran napas, hal ini berkaitan dengan penyakit pneumonia yang diderita oleh An.M.

Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, ditemukan beberapa rentang tidak normal. Nilai APTT tercatat 22,9 detik, lebih rendah dari batas bawah normal, yang dapat mengindikasikan kecenderungan

hiperkoagulasi. PT sedikit memanjang menjadi 14 detik, menunjukkan adanya kemungkinan gangguan pada jalur ekstrinsik pembekuan darah. Kadar hemoglobin pasien mencapai 9,5 g/dL, mengindikasikan kondisi anemia ringan. Selain itu, jumlah trombosit sangat rendah, yaitu hanya 42.000/ μ L, yang menandakan trombositopenia dan berisiko menimbulkan perdarahan. Kadar kalium juga menurun menjadi 3,3 mmol/L, mencerminkan hipokalemia yang dapat memengaruhi fungsi otot dan jantung. Ureum meningkat menjadi 26 mg/dL, yang dapat mencerminkan gangguan metabolisme atau dehidrasi ringan, sementara kadar kreatinin justru menurun menjadi 0,3 mg/dL, kemungkinan berhubungan dengan rendahnya massa otot atau kondisi gizi pasien.

Menurut penelitian indrawangsa et al, pemeriksaan laboratorium diperlukan untuk menilai derajat infeksi, gangguan metabolismik, serta fungsi organ yang mungkin terdampak. Pemeriksaan darah rutin seperti leukosit dan CRP membantu mendeteksi respons inflamasi. Analisis gas darah digunakan untuk menilai gangguan oksigenasi dan asidosis, yang sering ditemukan pada pasien dengan gangguan kardiopulmoner. Fungsi hati, ginjal, dan elektrolit diperiksa untuk mendeteksi komplikasi sistemik serta menyesuaikan pengobatan. Selain itu, pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit penting untuk menilai kompensasi terhadap hipoksemia atau kemungkinan anemia³⁰.

Menurut analisa peneliti hasil laboratorium yang didapatkan oleh An.M sudah sesuai dengan teori yang ada. Kadar hemoglobin yang rendah menunjukkan adanya anemia. Anemia pada anak dengan PJB dapat disebabkan oleh beberapa faktor, termasuk hemodilusi akibat gagal jantung kongestif, nutrisi yang buruk, atau proses inflamasi kronis akibat infeksi paru seperti pneumonia. Anemia dapat memperberat kerja jantung karena jantung harus memompa lebih cepat untuk memenuhi kebutuhan oksigen jaringan.

2. Diagnosis keperawatan

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa diagnose yang muncul pada pasien yaitu M yaitu, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload,bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yg tertahan,resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan,resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Berdasarkan diagnosis keperawatan SDKI (2017) terdapat 20 diagnosis yang muncul antara lain Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung,perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload, dan perubahan afterload. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, ketidakmampuan menelan dan mencerna makanan, faktor psikologis. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen,kelemahan,imobilitas. 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. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, penurunan konsentrasi hemoglobin, penurunan aliran arteri atau vena. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan fibrasi atrium, stenosis atrium. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventrilasi-perfusi, dan perubahan membran alveolus-kapiler. Defisit pengetahuan pada orang tua tentang penyakit anak berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Berdasarkan kasus peneliti menemukan diagnosis utama yang peneliti angkat yaitu **Penurunan curah jantung berhubungan dengan**

perubahan afterload yang ditandai dengan An.M tampak lesu dan lemah,anak tampak sesak,sianosis pada ujung ujung jari. Ibu An.M mengatakan bahwa An.M sulit untuk menghisap ASI ibu nya,dan juga anak tampak tidak terlalu banyak gerak.TD:111/75 mmhg,RR 40x/I,HR 120x/I,suhu 36,5 C,CRT >2 detik,SpO2 98%. Ictus cordis teraba 1 cm di RIC V mid clavicula sinistra,terdengar bunyi mur mur halus pada jantung,adanya retraksi dinding dada. An.M mendapatkan terapi obat bicnat oral 1x1,5 tab.

Menurut penelitian A.Dehn et al, bayi baru lahir dengan ASD menunjukkan pembesaran ventrikel kanan dan volume atrium sejak usia dini. Ini mencerminkan beban volume yang berlebihan akibat shunt kiri-ke-kanan. Peningkatan aliran darah ke sirkulasi pulmonal menyebabkan peningkatan afterload ventrikel kanan, yang dalam jangka panjang dapat mengganggu efisiensi pemompaan jantung (curah jantung), terutama jika tidak ditangani sejak dini³¹.

Menurut analisa peneliti diagnosa yang ditegakkan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload karena terjadi aliran darah berlebih ke atrium kanan yang meningkatkan tekanan paru (afterload ventrikel kanan). Peningkatan afterload ini mengganggu fungsi pompa jantung, sehingga curah jantung menurun. Gejala seperti sesak, sulit menyusu, dan berat badan sulit naik mendukung diagnosis ini.

Diagnosa kedua yaitu **Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan** ditandai dengan data objektif ada nya sekret dijalan nafas,anak tampak sesak dan lemah lesu,adanya bunyi nafas tambahan ronhki,hasil rontgen thorax terdapat tampak infiltrat di kedua lapang paru. TD:111/75 mmhg,RR 40x/I,HR 120x/I,suhu 36,5 C,CRT >2 detik,SpO2 98%. Dan data subjektif yang ditemukan ibu

An.M mengatakan anak nya masih batuk dan sekarang batuk nya sudah berkurang tapi masih ada. An.M terpasang ventilator.

Menurut penelitian Ekowati Utari et al,bersihkan jalan nafas tidak efektif yang disebabkan oleh benda asing yang berawal dari akumulasi secret yang berlebih. Obstruksi jalan nafas merupakan suatu kondisi individu mengalami ancaman pada kondisi pernapasanya yang berkaitan dengan ketidakmampuan batuk secara efektif, yang dapat disebabkan oleh sekresi yang kental atau berlebih akibat penyakit infeksi, immobilisasi, sekresi dan batuk tidak efektif ³². Bersihkan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten. Bersihkan jalan napas ditandai dengan batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing, dan/atau ronkhi kering²¹.

Menurut peneliti anak dengan PJB yang mengalami gangguan gizi cenderung memiliki daya tahan tubuh lemah, sehingga rentan terkena infeksi, termasuk infeksi saluran pernapasan. Hal ini dapat terlihat dari hasil rontgen yang menunjukkan infiltrat di kedua paru, disertai peningkatan cairan transudat dan eksudat, yang memicu peradangan pada bronkus, alveolus, dan jaringan sekitarnya. Inflamasi ini menyebabkan penumpukan sekret, sesak napas, dan demam. Sekret yang menumpuk mengganggu pertukaran oksigen dan karbon dioksida, ditandai dengan dispnea, ronkhi, dan sianosis. Tubuh merespons dengan meningkatkan frekuensi napas untuk mencukupi kebutuhan oksigen. Bila sekret tidak dikeluarkan dengan baik, napas anak makin terganggu dan sesak bertambah parah.

Diagnosa ketiga yaitu **Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan** yang ditandai dengan anak tampak lemah dan lesu,anak hanya tidur saja,mukosa bibir tampak pucat

dan kering, BB 3,3 kg, TD:111/75 mmhg, RR 40x/I, HR 120x/I, suhu 36,5 C, CRT >2 detik, SpO₂ 98%. Dan juga ditandai dengan penambahan frekuensi ASI dari 8x25cc menjadi 8x35 cc. berdasarkan z score anak mengalami BB kurang.

Menurut hasil penelitian Haryani, risiko defisit nutrisi pada anak ini disebabkan oleh menurunnya curah jantung, karena sebagian aliran darah dari aorta mengalir kembali ke arteri pulmonalis menuju paru-paru. Akibatnya, suplai darah ke jaringan tubuh menurun, termasuk pasokan oksigen dan nutrisi. Kondisi ini diperparah dengan keluhan sesak napas yang membuat anak menjadi kurang aktif dan kehilangan nafsu makan. Asupan zat gizi pun berkurang, sehingga sistem imun anak semakin melemah³³.

Berdasarkan analisis peneliti, diagnosis risiko defisit nutrisi yang dikaitkan dengan ketidakmampuan menelan dinilai sesuai dengan teori yang ada, mengingat berat badan pasien berada di bawah standar normal. Salah satu gejala umum pada anak dengan PJB adalah sesak napas, akibat penumpukan darah di pembuluh paru yang menyebabkan hipertensi pulmonal. Kondisi ini mengganggu pertukaran oksigen, sehingga anak mengalami kesulitan bernapas. Bayi dengan PJB akan semakin sesak saat menyusu langsung maupun menggunakan dot, yang akhirnya membuat asupan nutrisi tidak optimal. Oleh karena itu, pemasangan OGT dilakukan untuk memastikan kebutuhan nutrisinya tetap terpenuhi.

Diagnosa keempat yaitu **Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif** ditandai dengan penggunaan ventilator dan jalur intravena, dari data objektif terdapat ruam kemerahan pada bagian kedua paha dan disekitar area kulit tempat pemasangan intravena. Data subjektif yang didapatkan ibu An.M mengatakan bahwa khawatir

dengan bayi nya terkena infeksi karena banyak selang dan alat yang terpasang pada anak nya . Ibu mengatakan bahwa An.M sempat mengalami demam pada saat hari rawatan pertama di ruang PICU. Oleh karena itu anak mendapatkan terapi obat paracetamol 4x35mg, ampicillin 3x150 mg/hari, obat meropenem 3x150 mg IV.

Menurut penelitian Hanum et al, penyakit ini lebih parah pada bayi prematur, sehingga infeksi berat lebih sering terjadi. Selain itu, infeksi lebih sering terjadi pada bayi yang lahir di rumah sakit, yang mungkin disebabkan karena bayi terpapar kuman orang lain karena bayi tidak memiliki kekebalan terhadap kuman tersebut . Prosedur invasif pada bayi baru lahir juga meningkatkan risiko infeksi karena prosedur invasif meningkatkan risiko infeksi yang didapat di rumah sakit. Tanda dan gejala infeksi ditandai: suhu tubuh tidak stabil, denyut nadi >180 kali/menit atau < 100 kali/menit, laju nafas > 60 kali/menit, dengan retraksi atau desaturasi oksigen, letargi intoleransi glukosa (plasma glukosa > 10 mmol/L), intoleransi minum. Dampak infeksi pada bayi baru lahir dapat meliputi komplikasi serius seperti kerusakan organ, gangguan pernapasan, gangguan neurologis, dan bahkan kematian³⁴.

Menurut analisa peneliti ruam pada bayi dengan pemasangan alat invasif dapat disebabkan oleh iritasi pada kulit sensitif akibat bahan perekat atau alat medis, gesekan yang terjadi secara terus-menerus, serta kelembapan yang terperangkap di area tertutup. Selain itu, reaksi alergi terhadap bahan tertentu atau infeksi ringan akibat terganggunya lapisan pelindung kulit juga dapat memicu munculnya ruam.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnose keperawatan yang muncul. Berdasarkan kasus, tindakan keperawatan yang akan dilakukan selama 5 hari sesuai dengan perencanaan yang peneliti susun.

Pada diagnosa pertama **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload**, tindakan yang akan dilakukan yaitu Perawatan jantung yaitu, identifikasi tanda/gejala primer, penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP), Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitas, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat), monitor tekanan darah, monitor intake dan output cairan, Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama, monitor saturasi oksigen, periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas, periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat.

Menurut penelitian dian cahyawati et al , melakukan pemantauan rutin terhadap tanda-tanda vital seperti tekanan darah, frekuensi napas, denyut nadi, dan suhu tubuh bertujuan untuk menilai kondisi umum pasien. Pencatatan gejala penurunan curah jantung, seperti sesak napas dan kelelahan, juga penting untuk deteksi dini komplikasi. Pemeriksaan capillary refill time digunakan untuk menilai kecukupan aliran darah dan oksigen ke perifer. Selain itu, kerja sama dengan dokter dalam pemberian terapi farmakologis sesuai kebutuhan pasien berperan dalam mengurangi keluhan klinis dan mendukung pemulihan³⁵.

Berdasarkan analisis peneliti, intervensi pemantauan tanda vital sangat penting pada anak dengan curah jantung menurun, karena dapat memberikan gambaran kondisi kardiovaskular secara menyeluruh. Tindakan ini juga membantu meningkatkan curah jantung dan mencegah risiko gagal jantung, serta mendeteksi respons tubuh terhadap kondisi hipotensi atau hipertensi, sehingga perubahan tekanan darah bisa diketahui.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu **Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan**, yaitu Manajemen jalan napas, monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis. wheezing, ronchi kering),, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen (jika perlu).

Bersihkan jalan napas tidak efektif yaitu ketidakmampuan membersihkan dahak atau sumbatan jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap agar tetap paten²¹.

Menurut penelitian Dara jati et al, dampak yang paling berbahaya jika masalah bersihkan jalan nafas (sekret menumpuk) tidak segera ditangani yaitu terjadinya sesak nafas karena sumbatan yang terjadi pada jalan nafas. Dampak lain yang mungkin terjadi antara lain nafsu makan menurun, sehingga berat badan menurun, badan lemas, nyeri kepala, gangguan pola tidur (tidur tidak nyenyak)³⁶.

Menurut analisa peneliti intervensi berupa pemberian posisi semi Fowler atau Fowler sangat diperlukan pada anak dengan masalah bersihkan jalan napas tidak efektif. Penumpukan sputum yang tidak dapat dikeluarkan secara optimal karena batuk yang tidak efektif dapat menyebabkan obstruksi jalan napas, berisiko menimbulkan hipoksia dan sesak napas. Penyesuaian posisi tubuh bertujuan untuk memfasilitasi ekspansi paru dan membantu meredakan sesak yang dirasakan pasien.

Diagnosa yang ketiga **Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan**, tindakan yang akan dilakukan yaitu Manajemen nutrisi, identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, identifikasi perlunya penggunaan

selang nasogatrik, monitor asupan makan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium.

Menurut penelitian Nur Aisyah et al, bahwa kekurangan gizi pada anak dengan penyakit jantung bawaan (PJB) merupakan masalah kesehatan yang umum, yang sering berhubungan dengan morbiditas. Malnutrisi atau kekurangan nutrisi dapat berdampak buruk pada proses pertumbuhan anak dan meningkatkan risiko kematian. Anak-anak dengan PJB cenderung mengalami kesulitan dalam mencapai berat badan yang sesuai untuk usianya, serta mengalami keterlambatan dalam pertumbuhan fisik. Selain itu, status gizi anak-anak ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk asupan nutrisi, komponen diet yang diterima, dan kebutuhan energi tubuh yang harus dipenuhi³⁷.

Menurut peneliti diagnosa manajemen nutrisi sangat perlu dimunculkan karena untuk memonitor jumlah asupan nutrisi yang dibutuhkan oleh pasien. Dan juga mengkaji apakah ada alergi makanan pada pasien.

Diagnosa keempat yaitu **Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif**, tindakan keperawatan yang akan dilakukan yaitu Pencegahan infeksi yaitu monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dari lingkungan pasien.

Menurut penelitian Putra dan Ajani et al, risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif juga diterapkan karena pasien saat ini diinfus termasuk ke dalam kelompok risiko tinggi resiko infeksi karena sistem pertahanan tubuh belum sempurna³⁸.

Menurut analisa peneliti sama dengan teori yang ada, anak mengalami resiko tinggi terkena infeksi dikarenakan prosedur invasif, seperti

pemasangan infus, dapat meningkatkan risiko infeksi karena menembus barier alami tubuh. Pasien dengan sistem imun yang belum optimal termasuk dalam kelompok rentan terhadap infeksi. pasien dengan terpasang infus tergolong risiko tinggi, sehingga pendekatan preventif harus dilakukan secara konsisten untuk menurunkan angka kejadian infeksi.

4. Implementasi keperawatan

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

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

Menurut penelitian Alvenus Willim, pemantauan tanda-tanda vital dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan, seperti suara bising akibat

aliran darah abnormal pada sekat jantung. Waktu pengisian kapiler (CRT) yang lebih lama bisa menunjukkan bahwa jaringan tubuh kekurangan oksigen. Pirau dari kiri ke kanan menyebabkan tekanan di ventrikel kanan meningkat, sehingga aliran darah ke paru menjadi lebih banyak. Kondisi ini membuat jantung bekerja lebih keras dan dalam jangka waktu tertentu bisa menyebabkan gagal jantung³⁹.

Menurut analisa peneliti Pelaksanaan pemantauan perubahan kondisi jantung dan pembuluh darah pada anak. Pemantauan membantu mengenali respon tubuh terhadap tekanan darah rendah atau tinggi, mendekripsi suara jantung tambahan akibat pembesaran ruang jantung, serta suara napas abnormal seperti mengi yang bisa menjadi tanda awal gagal jantung. Tanda-tanda seperti kulit pucat, dingin, lembap, dan waktu pengisian kapiler yang lambat menunjukkan penurunan curah jantung.

Implementasi diagnosa kedua yaitu **Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan**, tindakan keperawatan yang telah dilakukan diantaranya, memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), memosisikan pasien fowler dan semi fowler, menghitung pernapasan, mendengarkan bunyi napas, menghitung nadi, mengukur tekanan darah, mengukur suhu di aksila, menilai CRT, melihat gerakan dinding dada, dan memonitor saturasi oksigen, memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), melihat gerakan dinding dada, melakukan suction berkala.

Menurut penelitian Thalib dan Arisah posisi semi-fowler untuk membantu memperbaiki fungsi pernapasan dan memberikan rasa nyaman, terutama bagi pasien yang mengalami gangguan pernapasan akibat akumulasi lendir di saluran napas. Posisi ini mendukung ekspansi paru-paru yang lebih optimal dan mempermudah pengeluaran sekret.

posisi semi-Fowler untuk membantu memperbaiki fungsi pernapasan dan memberikan rasa nyaman, terutama bagi pasien yang mengalami gangguan pernapasan akibat akumulasi lendir di saluran napas. Posisi ini mendukung ekspansi paru-paru yang lebih optimal dan mempermudah pengeluaran sekret.

Selain itu, dilakukan kerja sama dengan tim medis dalam pemberian obat bronkodilator guna memperlebar saluran napas dan antibiotik apabila terdapat indikasi infeksi. Tindakan kolaboratif ini bertujuan untuk mengurangi hambatan jalan napas serta mengatasi infeksi yang dapat memperburuk kondisi respirasi pasien⁴⁰.

Menurut analisa peneliti ketidakefektifan bersihkan jalan napas pada An. M, yaitu dengan memposisikan pasien dalam posisi semi fowler. Tindakan-tindakan ini penting dilakukan, seperti memantau pola napas untuk mengetahui apakah terjadi perubahan, mendengarkan bunyi napas tambahan untuk mendeteksi bunyi seperti mengi atau ronkhi, serta memantau dahak guna mengetahui apakah ada dahak yang masih tertahan di saluran napas.

Implementasi diagnosa ketiga yaitu **Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan**, tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah mengukur tekanan darah, menghitung nadi, menghitung pernapasan, mengukur suhu, memperkirakan berat badan ideal pasien, membantu memberikan susu lewat OGT.

Menurut penelitian Mardiaty, Peningkatan asupan nutrisi yang cukup sangat penting untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak, salah satunya melalui pemberian ASI atau susu formula. Menjaga status gizi anak sangat diperlukan, terutama pada anak dengan penyakit jantung bawaan (PJB), karena mereka memiliki laju metabolisme yang

tinggi akibat gangguan fungsi jantung serta meningkatnya denyut jantung dan laju pernapasan⁴¹.

Menurut analisa peneliti pemberian makanan seperti ASI atau susu formula sedikit tapi sering dapat membantu dalam meningkatkan kebutuhan asupan nutrisi pada anak secara perlahan. Dengan meningkatnya asupan makanan akan meningkatkan kekebalan tubuh anak.

Implementasi diagnosa keempat yaitu **Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif**, tindakan keperawatan yang telah dilakukan melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, mengukur tekanan darah, menghitung nadi, menghitung pernapasan, mengukur suhu, memberikan perawatan infus pada paha yang mengalami ruam kemerahan, dan memantau kelancaran infus.

Menurut penelitian Putra Ajani et al, Mencuci tangan dan menjaga kebersihan saat memasang infus sangat penting untuk mencegah infeksi. Jika tangan tidak bersih atau alat yang digunakan tidak steril, kuman bisa masuk ke tubuh melalui jarum infus dan menyebabkan infeksi, terutama di pembuluh darah. Karena itu, harus selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, serta memastikan semua peralatan bersih dan steril saat memasang infus, agar risiko infeksi bisa dikurangi³⁸.

Menurut analisa peneliti sistem kekebalan tubuh anak yang belum sepenuhnya berkembang membuat mereka lebih rentan terhadap infeksi, sehingga mencuci tangan secara rutin dan memastikan pemasangan infus dilakukan dengan prosedur steril sangat penting untuk mencegah penyebaran kuman dan infeksi.

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. M, tindakan keperawatan selanjutnya yaitu membuat evaluasi keperawatan dengan metode subjektif, objektif, analisa, planning (SOAP).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari dengan diagnosa **penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload** menunjukkan adanya perubahan pada hari keempat sesak anak berkurang, namun anak masih lemah, dengan CRT >2 detik, TD 110/92 mmHg, P 53x/menit, N 133x/menit, suhu 37°C, saturasi 92%, dan jaringan nekrotis di ujung jari kiri, penurunan curah jantung belum teratasi. Pada evaluasi hari ke-5, sesak berkurang, namun anak masih sianosis, lemah, dengan CRT >2 detik, murmur jantung, ictus cordis teraba, TD 90/65 mmHg, P 42x/menit, N 130x/menit, suhu 36,9°C, saturasi 98%. Diagnosa tetap penurunan curah jantung. Intervensi dilanjutkan dengan pemantauan tanda vital, cairan, dan hemodinamik.

Menurut penelitian Alvenus Willim, pemantauan tanda-tanda vital dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan, seperti suara bising akibat aliran darah abnormal pada sekat jantung. Waktu pengisian kapiler (CRT) yang lebih lama bisa menunjukkan bahwa jaringan tubuh kekurangan oksigen. Pirau dari kiri ke kanan menyebabkan tekanan di ventrikel kanan meningkat, sehingga aliran darah ke paru menjadi lebih banyak. Kondisi ini membuat jantung bekerja lebih keras dan dalam jangka waktu tertentu bisa menyebabkan gagal jantung³⁹.

Menurut analisa peneliti penurunan curah jantung terjadi karena otot jantung yang lemah akibat terlalu kerasnya usaha memompa darah ke seluruh tubuh. Hal ini mengakibatkan anak menjadi lemah, cepat lelah, pasokan oksigen ke tubuh berkurang, dan CRT >2 detik. Kriteria hasil yang diharapkan mencakup tekanan darah normal, denyut jantung, nadi, dan CRT yang dalam batas normal. Namun, pada An. M, masih ditemukan denyut nadi tinggi, CRT >2 detik, sehingga intervensi masih diteruskan.

Diagnosa yang kedua **Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan**, menunjukan pada hari ke-4 sesak dan batuk anak mulai berkurang, namun anak masih tampak sesak dengan bunyi rhonki basah, TD 110/92 mmHg, P 53x/menit, N 133x/menit, suhu 37°C, dan saturasi 92%. Diagnosa: masalah bersihan jalan napas belum teratasi, intervensi dilanjutkan.

Pada hari ke-5, meskipun batuk berkurang, anak masih tampak sesak dan lemah, dengan TD 90/65 mmHg, P 42x/menit, N 130x/menit, suhu 36,9°C, dan saturasi 98%. Diagnosa tetap sama, intervensi dilanjutkan.

Menurut penelitian Dara Jati dampak yang paling berbahaya jika masalah bersihan jalan nafas (sekret menumpuk) tidak segera ditangani yaitu terjadinya sesak nafas karena sumbatan yang terjadi pada jalan nafas³⁶.

Menurut analisa peneliti setalah melakukan asuhan keperawatan pada An.M selama 5 hari didapatkan evaluasi keperawatan terhadap bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan yaitu pernapasan masih tinggi, dispnea berkurang, batuk berkurang, sehingga masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi seutuhnya. Dan juga saturasi oksigen pasien 92%, meningkat dari 98% pada hari ke 4

dan 5, meskipun kondisi pneumonia dan PJB ASD tetap memerlukan pemantauan lebih lanjut. Frekuensi pernapasan turun dari 53x/i menjadi 42x/i,meskipun masih dalam angka yang tinggi, yang mengindikasikan adanya upaya kompensasi tubuh terhadap hipoksia. Nadi yang menurun dari 133x/i menjadi 130x/i menunjukkan adanya sedikit perbaikan, namun tetap dalam rentang takikardia, mencerminkan stres sistemik akibat gangguan oksigenasi dan infeksi, intervensi dilanjutkan.

Evaluasi pada diagnose ketiga yaitu **Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan**,hari ke-5, masalah belum teratasi,berat badan anak belum naik dan anak masih lemah. o: anak tampak lemah, bb 3,3 kg, terpasang ogt, mendapat susu formula 8x35 cc, TD 90/65 mmHg, P 42x/menit, N 130x/menit, suhu 36,9°C, dan saturasi 98%., risiko defisit nutrisi belum teratasi,lanjutkan pemantauan berat badan dan asupan makanan.

Menurut penelitian Mardiaty Salah satu tindakan pada anak dengan PJB adalah menjaga pertumbuhan berat dan tinggi badan tetap sesuai usia. Hal ini dilakukan dengan memberikan makanan bergizi seimbang yang kaya nutrisi untuk mendukung tumbuh kembang anak. Tinggi dan berat badan perlu dipantau secara rutin, serta mencatat asupan dan keluaran cairan secara akurat. Berikan makanan dalam porsi kecil namun sering, agar anak tidak mudah lelah saat makan⁴¹.

Menurut analisa peneliti, masalah ini muncul akibat penumpukan darah di pembuluh paru yang menyebabkan hipertensi pulmonal dan mengganggu pertukaran oksigen, sehingga anak menjadi sesak. Pada anak dengan PJB, menyusu langsung atau lewat dot bisa memperparah sesak, sehingga dipasang OGT untuk memastikan kebutuhan nutrisi tercukupi. Nutrisi tinggi zat gizi diperlukan untuk mendukung

pertumbuhan. Kriteria hasil: asupan gizi, berat badan, dan status nutrisi dalam batas normal.

Evaluasi diagnosa keempat yaitu **Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif** belum teratasi pada hari ke-5,dengan ruam merah di paha bekas pemasangan infus sentral mulai membaik, namun masih terlihat ruam di area bekas infus longlai di aksila kiri serta di punggung. Secara objektif, anak tampak lemah dan lesu, terdapat sianosis dan jaringan nekrotik di ujung jari kiri, serta edema pada tangan kiri. CRT >2 detik, tekanan darah 90/60 mmHg, nadi 130x/menit, pernapasan 42x/menit, suhu 36,9°C, dan saturasi oksigen 98%. Masalah risiko infeksi belum teratasi, sehingga intervensi dilanjutkan dengan pemantauan hemodinamik dan tanda-tanda vital.

Menurut penelitian Widayanti et al, menjaga kesterilan saat pemasangan infus sangat penting untuk mencegah masuknya kuman ke dalam tubuh, terutama pada anak dengan PJB yang daya tahan tubuhnya lemah. Prosedur yang tidak steril dapat memicu infeksi, mengalami ruam di sekitar bekas infus dan tanda-tanda gangguan sirkulasi akibat kemungkinan infeksi sistemik⁴²

Menurut analisa peneliti infeksi terjadi karena pemasangan infus sentral dan longline yang menjadi jalan masuk kuman, terutama jika tidak steril. Ruam di kulit bisa menandakan iritasi atau infeksi lokal. Kondisi anak yang lemah, ada sianosis, jaringan nekrotik, dan CRT >2 detik menunjukkan kemungkinan infeksi sudah memengaruhi sirkulasi. Selain itu, anak dengan PJB lebih rentan karena daya tahan tubuhnya lemah.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada An.M dengan Pneumonia + PJB Asianotik diruang PICU IRNA kebidanan dan Anak RSUP Dr.M.Djamil Padang, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada An.M yang berurur 1 bulan 4 hari didapatkan data pasien keluhan sesak nafas, tampak lesu dan lemah,bibir pucat, anak kesulitan dalam menyusui karna daya hisap yang lemah, mudah lelah, sesak bertambah jika menangis dan menyusu, dan ujung jari sampai pergelangan tangan sebelah kiri menghitam, berat badan 3.3 kg dan tinggi badan 50 cm.

2. Diagnosa keperawatan

Dari hasil pengkajian didapatkan 4 masalah keperawatan yang bisa ditegakkan untuk An.M yaitu, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload,bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yg tertahan,resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan,resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi atau rencana yang akan dilakukan pada An.M sesuai dengan diagnosa yang telah sudah ditemukan adalah perawatan jantung, manajemen jalan napas, manajemen nutrisi, pencegahan infeksi.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun, implementasi keperawatan pada An. M dilakukan pada tanggal 17 Februari 2025 sampai 21 Februari 2025. Implementasi yang

dilakukan yaitu memonitor tanda-tanda vital, mendengarkan bunyi jantung, mendengarkan bunyi napas, melihat gerakan dinding dada, melakukan penilaian capillary refill time (CRT), memberikan terapi obat, memonitor dan membantu memberikan susu formula 8x35 cc lewat OGT.

5. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan yang dilakukan selama 5 hari pada pasien dalam bentuk SOAP untuk diagnosa. penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Penurunan curah jantung berhubungan dengan afterload pada hari ke-5 belum teratasi, bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan pada hari ke-5 belum teratasi, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan pada hari ke-5 belum teratasi, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif pada hari ke-5 teratasi sebagian sehingga intervensi keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

B. Saran

1. Bagi Petugas Perawat Ruan Rawat Inap Anak

Peneliti menyarankan agar perawat melakukan pengkajian secara komprehensif untuk mengidentifikasi berbagai kemungkinan masalah keperawatan yang mungkin muncul, tidak hanya terbatas pada masalah utama. Perawat juga diharapkan memberikan perhatian terhadap pelaksanaan rencana asuhan yang telah disusun dan menjaga kesinambungan intervensi agar hasilnya lebih optimal. Studi kasus ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi perawat di ruang IRNA Kebidanan dan Anak RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan, khususnya pada pasien

dengan penyakit jantung bawaan, serta melanjutkan intervensi pada diagnosis yang belum teratasi dan merencanakan pemulangan (discharge planning) secara tepat dengan menjelaskan dan memberi edukasi tentang tanda tanda bahaya kedua orang tua saat pasien dinyatakan boleh pulang.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat terus meningkatkan kualitas pembelajaran, khususnya dalam bidang keperawatan dan kedokteran anak. Penyediaan literatur terbaru mengenai penyakit jantung bawaan pada anak perlu ditingkatkan untuk mendukung proses pembelajaran dan menumbuhkan minat baca mahasiswa.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi ilmiah dan acuan dalam pengembangan ilmu keperawatan. Selain itu, hasil studi ini dapat dijadikan bahan pembelajaran bagi mahasiswa dan peneliti pemula dalam memperluas pengetahuan mengenai asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit jantung bawaan.

4. Bagi Pasien Dan Keluarga

Keluarga diharapkan mampu memberikan perawatan yang baik kepada anggota keluarga yang sedang sakit dengan memperhatikan kebersihan lingkungan, menerapkan pola hidup bersih dan sehat, serta menjaga asupan gizi yang seimbang. Kebiasaan seperti mencuci tangan sebelum makan, setelah buang air besar, dan menjaga kebersihan diri secara umum perlu menjadi perhatian agar anggota keluarga lainnya terhindar dari risiko penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

1. Anies. penyakit jantung & pembuluh darah diagnosis,solusi,dan pencegahannya. anies. Farmadiani C, editor. yogyakarta: arruzz media; 2021.
2. Neneng F. keperawatan anak. In bandng: CV.Media saisns indonesia; 2022.
3. Kemenkes. No TiA Heart-to-Heart Conversation Addressing the Challenges of Congenital Heart Disease from Fetal to Adult (Joint session)tle. 2024; Available from: <https://lms.kemkes.go.id/courses/5340f6c4-665c-48aa-b2d3-c94e02190087>
4. Lydia Lestari D. Penyakit Jantung Bawaan pada Anak. Sci J. 2023;2(4):134–42.
5. World Health Organization. Congenital disorders Key facts Overview. 2023;1–7.
6. Thomford Nicholas Ekow. Clinical Spectrum of congenital heart defects (CHD) detected at the child health Clinic in a Tertiary Health Facility in Ghana: a retrospective analysis. 2020;
7. kemenkes. wujudkan-transformasi-layanan-rujukan-rs-jantung-harapan-kita-jadi-rs-pertama-transplantasi-jantung-di-indonesia. 2022; Available from: <https://kemkes.go.id/eng/wujudkan-transformasi-layanan-rujukan-rs-jantung-harapan-kita-jadi-rs-pertama-transplantasi-jantung-di-indonesia>
8. Yunita Amna E, Studi Pendidikan Dokter P. Prevalensi Penyakit Jantung Anak Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin. J Sains Ris | [Internet]. 2021;11(November):591. Available from: <http://journal.unigha.ac.id/index.php/JSR>
9. Indonesian Ministry Of Health Development Policy Board. Indonesian Health Survey (Survei Kesehatan Indonesia) 2023. Minist Heal. 2023;1–68.
10. Ngastiyah. perawatan anak sakit. Makasar: ECG; 2014.
11. kyle terri, Carman S. buku ajar keperawatan pediatri vol.3 [Internet]. Makassar, editor. jakarta: Jakarta : EGC., 2016; 2016. Available from: <https://onesearch.id/Author/Home?author=Terri+Kyle>
12. Wilujeng AP, Dkk. Keperawatan Anak. Vol. 3, Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952. 2022. 15 p.
13. Wiryana M. Buku Kardiologi dan Kedokteran Vaskular. Vol. 2, Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952. 2020.

14. majid. asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler. palembang: pustaka baru press; 2018.
15. Munandar ASK. Buku Keperawatan Anak. 2021. 468 p.
16. Pintaningrum Y, Rahmat B, ermawan Romi. Buku Ajar Ilmu Penyakit Jantung. PT Percetakan Bali. 2019;129–42.
17. Aspiani. Asuhan keperawatan klien gangguan kardiovaskuler NIC & NOC. Jakarta: Jakarta : Trans info meda. 2017; 2017.
18. kasron. Keperawatan sistem kardiovaskuler. Jakarta: CV. Trans info media, 2016; 2016.
19. kasron. Buku ajar gangguan sistem kardiovaskuler. yogyakarta: Yogyakarta: Nuha Medika, 2012; 2012.
20. Umara AF, Kes M, Istiqomah IN, Megasari AL. Asuhan Keperawatan Sistem Kardiovaskuler. 2023. 1–143 p.
21. PPNI. SDKI. Jakarta: Dewan pengurus pusat PPNI; 2017.
22. Nursalam. Ilmu keperawatan pendekatan praktis Nursalam (2015) [Internet]. 2015. 1–416 p. Available from: <https://www.scribd.com/document/369416381/3-2Metodologi-Nursalam-EDISI-4-21-NOV>
23. Nurfalah Setyawati, Hartyowidi Yuliawuri SR. Metodologi Riset Kesehatan [Internet]. Eureka Media Aksara. 2023. 89 p. Available from: <http://www.nber.org/papers/w16019>
24. Sugiyono. Metode penelitian kualitatif,kuantitatif. Bandung: CV. Alfabeta; 2020.
25. Asmayadi LA. Assessment of Tricuspid Function Atrial Septal Defect (ASD) in Patient with Echocardiography. ARKAVI Arsip Kardiovaskular Indones. 2018;3(2):2009–11.
26. Soebandi JK, Pada K, Yang P, Di B, Jantung P. Jurnal Kesehatan dr. Soebandi. 8(1).
27. Hamid Annisa, Hadju Veni D et al. JGMI: The Journal of Indonesian Community Nutrition Vol. 9 No. 1, 2020. 2020;9(1):51–62.
28. Salawati L. PENGENDALIAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUANG INTENSIVE CARE UNIT RUMAH SAKIT. 2012;47–52.
29. Eva Miranda Marwali, Yoel Purnama, Poppy Surwianti Roebiono.

- Modalitas Deteksi Dini Penyakit Jantung Bawaan di Pelayanan Kesehatan Primer. *J Indones Med Assoc*. 2021;71(2):100–9.
30. Indrawangsa IPS, Indradika IG, Putra P. Defek septum ventrikel dengan komplikasi pneumonia dan gagal tumbuh pada bayi usia 4 bulan di RSUD Wangaya : sebuah laporan kasus. 2024;15(2):561–7.
 31. Dehn AM, Dannesbo S, Sellmer A, Høffner L, Blixenkrone-Møller E, Sillesen AS, et al. Atrial Septal Defect: Larger Right Ventricular Dimensions and Atrial Volumes as Early as in the First Month After Birth—a Case–Control Study Including 716 Neonates. *Pediatr Cardiol* [Internet]. 2023;44(7):1578–86. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00246-023-03211-z>
 32. Bangsa H, Selatan A, Anak-anak S. PASIEN PNEUMONIA DI RSUD AJIBARANG CASE STUDY OF IN EFFECTIVE AIRWAY CLEANING ON PNEUMONIA PATIENTS IN AJIBARANG HOSPITAL Ken Utari Ekowati 1 , Hernowo Budi Santoso 2 , Tri Sumarni 3 muncul pada pasien dengan pneumonia menjadi Keperawatan Indonesia untuk. 2022;10:10–9.
 33. Ulia I, Haryani S. Pengelolaan Defisit Nutrisi Pada Bayi Dengan Malnutrisi Di Desa Mranggen Kidul. *J Ilm Keperawatan (Scientific J Nursing)*. 2021;7(2):266–81.
 34. Hanum F, Simanjuntak SM, Nurjanah N, Yani JA, Indonesia UA, Studi P, et al. PENGARUH OROPHARYNGEAL KOLOSTRUM TERHADAP GEJALA INFEKSI PADA BAYI PREMATUR DI RUANG. 2024;10(2):150–60.
 35. Dian Cahyawati R, Sari Purbaningsih E, Sazilli D, Kunci K. Asuhan Keperawatan Pada Tn.U Dengan Diagnosa Medis Congestive Heart Failure. *Mejor Med J Awatara*. 2024;2(2):24–33.
 36. Dara Jati D, Widyagama Husada S. Studi Kasus : Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Pada Anak. *Media Husada J Nurs Sci* [Internet]. 2024;5(2):131–8. Available from: <https://ojs.widyagamahusada.ac.idcasestudyhttps://doi.org/10.33475/mhjns. diisiredaksi>
 37. Flynn J, Utamayasa IKA, Rahman MA, Widjaja NA. Risk factors of malnutrition and growth faltering in children with congenital heart disease. *J Med Pharm Chem Res*. 2025;7(5):1026–37.
 38. Mei B, Putra A, Ajani AT, Yessi H, Asmaria M, Novera M. Jurnal Keperawatan Medika Jurnal Keperawatan Medika. *J keperawatan*. 2023;2(1):110–22.

39. Alvenus Willim H, Sanni Prahasti D, Cipta H, Anita Utami A. Aspek klinis dan tatalaksana gagal jantung pada anak: tinjauan pustaka. Discov | Intisari Sains Medis [Internet]. 2020;11(3):1456–66. Available from: <http://isainsmedis.id/>
40. Thalib AH, St. Arisah. Penerapan Manajemen Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Sebagai Terapi Kepatenan Jalan Nafas Pada Pasien Dengan Penyakit Pneumonia Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rs TK II Pelamonia. J Mitrasehat. 2023;12(2):262–72.
41. Mardiat M, Sembiring T, Ali_Faranita_Pratita M. Hubungan Antara Penyakit Jantung Bawaan Dengan Kecukupan Asupan Makanan. AVERROUS J Kedokt dan Kesehat Malikussaleh. 2018;3(1):21.
42. Widayati F, Arief YS, Pradanie R, Studi P, Ners P, Keperawatan F, et al. Peningkatan patensi pemasangan iv line pada neonatus dengan penggunaan elastic bandage. 1996;(031).

LAMPIRAN

卷之三

人體的免疫系統會對抗病原體，但過敏反應是因為免疫系統對某些無害的抗原產生過敏反應。

如果說你已經有了自己的公司，那麼你就可以自己來經營自己的公司了。

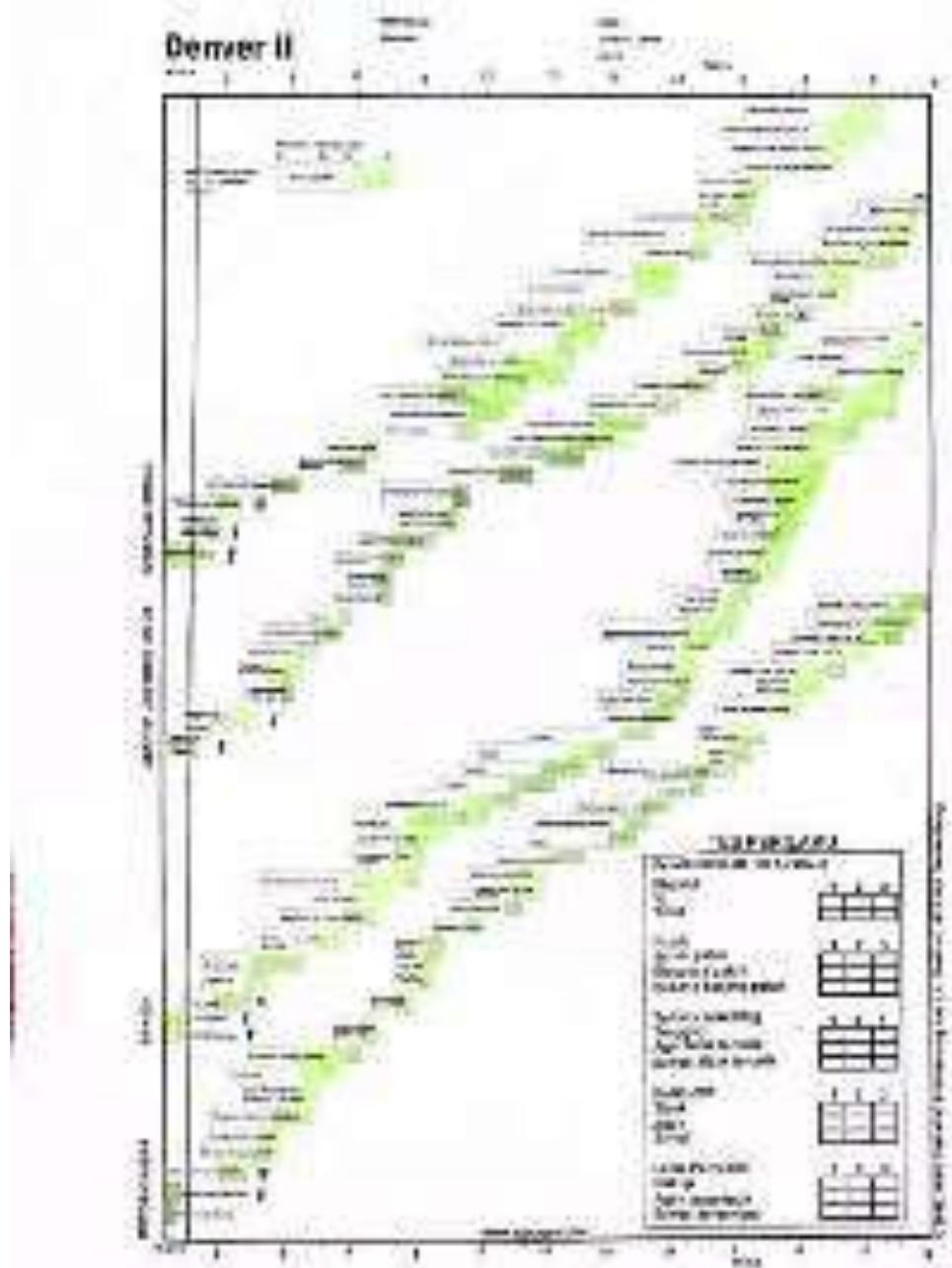
2000-01-02

LITERATURE

— 3 —

2020-2021年

卷之三



**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
SKOR DILAKUKAN PADA PENGIRIMAN KEPADA
POLITEKNIK SAINS DAN TEKNOLOGI**

Male	15106 (50.8)
Non	7111 (24.4)
Relationship	Spouse/Partner 36, 32.3% and child 36.1%
Other	Authors/Experiments: 7.6% Other People: 10.6% and Unknown: 2.6% (not stated: 0.2%) (n = 30,770) (1995-1996)

No	Tanggal	Kegiatan dan Rencana Penerapan	Tujuan
1.	Senin, 14 Oktober 2014	1. Kegiatan pokok. 2. ACC, dsb.	1
2.	Rabu, 22 Oktober 2014	Rencana pokok 1 1. Pada hari ini, ketemu dengan ketua dan anggota DPD 2. Tindaklanjut data pengajuan 3. Tindaklanjut pengajuan	1
3.	Senin, 27 Oktober 2014	Rencana pokok 1 dan 2 1. Tindaklanjut data pengajuan 2. Tindaklanjut pengajuan 2014 3. Tindaklanjut pengajuan	1
4.	Senin, 28 Oktober 2014	Rencana pokok 1 1. Perbaikan pengajuan 2. Memberi saran 3. Tindaklanjut pengajuan	1
5.	Senin, 13 November 2014	1. Rencana pokok pengajuan 2. Dikti-L, pengajuan pengajuan 3. Tindaklanjut pengajuan	1
6.	Senin, 31 Desember 2014	1. Rencana pokok 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 2. Perbaikan pengajuan 3. Tindaklanjut pengajuan	1
7.	Senin, 10 Januari 2015	1. Rencana pokok 11/12 2. Perbaikan pengajuan 3. Lengkap pengajuan 4. Dikti-L pengajuan	1
8.	Rabu, 15 Januari 2015	ACC, pengajuan dan update pengajuan	1

10.	Surat L.	Surat hasil penilaian akhir penilaian	+
11.	Surat L.	Surat hasil penilaian akhir penilaian	+
12.	Surat L.	Surat hasil penilaian akhir penilaian	-
13.	Surat L.	Surat hasil penilaian akhir penilaian	+
14.	Surat L.	Surat hasil penilaian akhir penilaian	+
15.	Surat L.	Surat hasil penilaian akhir penilaian	+
			-

Mengetahui
Dapat dianggap benar



PERMATA CINTA TEGAR DAN TELAH BERPENGARUH
PADA KINERJA KERJA DAN KONSEP KONSEP KERJA DAN
PENGARUH KONSEP KONSEP KERJA DAN

Name: Brian McNamee
Phone: 222-13011
Proceeding: No. 18-1000, S. Sup. Ct. of M. J. Bus.
Address: 1000 E. First Street, Suite 100, Sacramento, CA 95814-2616

No.	Termin	Kontroll- und Reaktionen (Punktwert)	Zeichnung
1	Erstsemester ab Ende 2021	1. Erinnerungswort 2. AUS 100% 3. Kontroll- und Reaktionen (Punktwert)	
2	Frühjahr 2022 - Semester 2021	1. Reaktionen: kein Verhältnis zwischen Reaktion und Kontroll (Punktwert 100%) 2. Reaktionen: keine Reaktion 3. Reaktionen: keine Reaktion	
3	Semester 2. Semester 2021	Kontroll- und Reaktionen (Punktwert 100%) 1. Reaktionen: komplett das gesamte Diagramm 2. Reaktionen: keine 20% markiert 3. Reaktionen: komplett leer	
4	Frühjahr 1. Semester 2021	Kontroll- und Reaktionen (Punktwert 100%) 1. Reaktionen: kein Verhältnis zwischen Reaktion und Kontroll 2. Reaktionen: komplett leer 3. Reaktionen: komplett leer	
5	Frühjahr 2. Semester 2021	1. Reaktionen: kein Verhältnis zwischen Reaktion und Kontroll 2. Reaktionen: komplett leer 3. Reaktionen: komplett leer	
6	Frühjahr 1. Semester 2022	1. Kontroll- und Reaktionen (Punktwert 100%) 2. Reaktionen: keine Reaktion 3. Reaktionen: keine Reaktion	
7	Frühjahr 6. Semester 2022	1. Kontroll- und Reaktionen (Punktwert 100%) 2. Reaktionen: keine Reaktion 3. Reaktionen: keine Reaktion 4. Reaktionen: keine Reaktion	
8	Frühjahr 15. Semester 2022	AUS 100% (gesetztes und tatsächliches Ergebnis)	

8.	Malu, A Makassar 2327 Kode: 031542 2.02	Kecil dan lebur pada 1000	23
10.	Kunci Makassar 2327 Kode: 031542 2.02	1. Kunci dan kunci kunci kunci 2. Kunci dan kunci	21
12.	Malu, A Makassar 2327 Kode: 031542 2.02	2. Kunci dan kunci	22

Magazine
Express IT Services printing





Kemenkes

REFERENCES

- 26. *Joint Interagency Funded Regional Air Quality Monitoring Consortium's B6-01-02-A-01*
- 27. *RFY 1 RDO4 E03*
- 28. *Interim Sampling Plan for the B6-01-02-A-01*

2020-07-20

Model: 77-3021 MF GENERAL TIRE
Period: 1977-1981 GM GM-1000

Example 7.17

13

100

1000-1000

Strategic design distinguishes the Program from other similar DCEs. It leverages local Emissions trading System (ETS) experience, Policy, and Economic Instruments. Policies (using SRES450/450a, 2050/2050a), and design of such a system depends on the specific needs of the local economy and its relationship with the ETS.

There is only a small amount of available protein. The available protein has to be converted to amino acids.

Positive Yerushalmi Sefardim L'Amor



Document ID: 1234567890



Digitized by srujanika@gmail.com

43 P. 2000

TELEGRAM
MURKIN 1970. MAY 23 1970

1. Ge. *haukha* (Burm.) *haukha* (1)
2. Ge. *haukha* (Burm.) *haukha*

Dear **Autism Manager**,
Re: **Lisa Kornblith**
Subject: **Re: "Autism" (cont'd)**

Salvatore Scattolon, portavoce sindacale di Lavori, nel corso della manifestazione, ha dichiarato: «È stata una giornata di protesta, di rifiuto, di rabbia. I lavoratori hanno protestato perché vogliono che il loro lavoro sia rispettato, perché vogliono che la loro vita sia rispettata».

NAME: David Morris
PHONE: (318) 456-1111

1995: Einheitsstaat, ein deutsches Wahlkreis-System und ein neuer

CELESTE, 21½ months, informed 4. Peter Dugdale, 2010, *magia* (magician),
London, England, United Kingdom

"We'll be happy to help you. Please call us for your free planning session at 800-544-8888, Ext. 100, or write: The Estate Planning Center, P.O. Box 4000, Dept. 100, San Jose, CA 95140-4000."

Opiswanian v rame společnosti, kde probíhá všechny funkce výroby a distribuce místního

وَالْمُؤْمِنُونَ

卷之三

1975-1976, 100.

Ques. 102. *Principles of
Physics* by J. D. Jackson
Pr. 1250/-
1972

Digitized by srujanika@gmail.com



Kemenkes

कालांतर वार्षिकी

■ www.bangkit-purwakarta.com
■ www.bangkit-purwakarta.com

Chilean
Tobacco
Company

11620-200

Supplementary

— 30 —

THE BOSTONIAN

Selanjutnya dengan dikonfirmasi oleh penulis, Proyek Riset Tesis ini tidak pernah dilaksanakan. Selain itu, penulis tidak pernah mendapat pengalaman dalam mengikuti Seminar Nasional dan Internasional. Selain itu, penulis tidak pernah mendapat pengalaman dalam mengikuti Seminar Nasional dan Internasional.

SD	RASDA	PERC	PROBLEMI ERIGOGICI X21	Esame Screening Anap.
1	Tumori Seminari	2000/2000	Av. 100. Capillarizzazione della vena e dilatazione Progressivo fermoamento linfatico di tutto l'RNA Infezione da virus H.I.V. C-M. Cytomegalovirus Hepatitis	28. Janvier - 26. Martt 1995

Тем самым было замечено, что реальная обработка изображения может быть не точной.

• 100% Compostable Packaging



Environ Biol Fish (2008) 82:319–326

Einwanderung in neue Regionen führt zu einem sozialen und kulturellen Kontakt mit anderen Gruppen, der die sozialen und kulturellen Strukturen der bestehenden Gruppe verändert.



FCI - Official dogue de Bordeaux Club

第二步
第二步

074 42 714-1

Author: [John Doe](#)
Created: [2021-01-01](#)
Version: [1.0](#) Published on 2021-01-01 by John Doe

www.orientations-konzept.de Orientierungsberatung und Orientierung

• Aus dem Autorenatlas wurde Paulus ausgewählt, da er mit dem Begriff „Erlösung“ die größte Anzahl von Begriffen und Begriffen mit Begriffen verbindet.

Oppositionen kann gegen die Wahl eines Kandidaten aus dem eigenen Wahlkreis nicht bestehen.

1945-1946

© 2011 Pearson Education, Inc.



Kernentwicklungen Öffentlicher Verkehrswesen

6334 1875 1000 1000

These data provide evidence for the hypothesis that

NAME : Dr. Tony Aranil, Jr. D.M.D., BSC, DIT, FDSRCS
S.P. : 19945312000128001
ADDRESS : 3rd Floor, Aranil Clinic, Paseo de Roxas, Cainta, Rizal

2000 INSTITUTE OF MEDICAL BIOLOGY

1997-9 : South Africa
Dr. P.P. 1997-99
1997-9 : 2.000 hours of fieldwork between Durban

“Bereitstellungen zu jenen technischen Anlagen, die auf dem Gebiete der Produktion von Rohstoffen und Erzeugnissen der Industrie eingesetzt werden, sind in der Regel nicht zu verhindern.



FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

Waktu Pengkajian	Hari	Tanggal	Jam
	Senin	17 Februari 2025	10.00 WIB

Rumah Sakit	: RSUP Dr.M.djamil Padang					
Ruangan	: PICU 1					
Tanggal Masuk RS	: 15 Februari 2025					
No. Rekam Medik	: 01.25.25.29					
Sumber informasi	: Keluarga					
I. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA						
1. IDENTITAS ANAK						
Nama / Panggilan	An.M					
Tanggal lahir / Umur	13 januari 2025/ 1 bulan 4 hari					
Jenis kelamin	Laki-laki					
Agama	Islam					
Pendidikan	-					
Anak ke / jumlah saudara	1/1					
Diagnosa Medis	Pneumonia neonatal + PJB Asianotik ASD					
2. IDENTITAS ORANGTUA		IBU	AYAH			
Nama	Ny.S		Tn.M			
Umur	25 tahun		29 tahun			
Agama	Islam		Islam			
Suku bangsa	Minang		minang			
Pendidikan	SLTP		SLTA			
Pekerjaan	IRT		Wiraswasta			
Alamat	Jl. A.Ytani ransam Sibando padang panjang timur		Jl. A.Ytani ransam Sibando padang panjang timur			
3. IDENTITAS ANGGOTA KELUARGA						

No	Nama (Inisial)	Usia (bl/th)	Jenis Kelamin	Hub.dg KK	Pendi dikan	Status kesehatan	Ket

II. RIWAYAT KESEHATAN

KELUHAN UTAMA	An.M masuk melalui rujukan dari RSUD Padang Panjang pada tanggal 15 februari 2025 jam 17.00 WIB dibawa oleh orang tua nya dengan keluhan sesak napas dan ujung jari sampai pergelangan tangan kiri menghitam sejak 5 hari yang lalu.
----------------------	--

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 17 februari 2025 jam 10.00 WIB, An.M tampak membiru, terpasang ventilator, OGT, penghangat badan dan juga infus yaitu KN1B dan D5 dan terpasang infus pam heparin. Pada bagian aksila kiri ada bekas infus longlai. Ujung jari sampai pergelangan tangan sebelah kiri menghitam dan ada edema. Pada saat dilihat ekstermitas bawah sudah membiru di ujung kakinya. Pada saat dilakukan pengkajian pada kedua orang tuanya mengatakan anak sudah mengalami sesak nafas sejak lahir dan sebelumnya dirawat di RSUD Padang Panjang.

2. Riwayat kesehatan dahulu

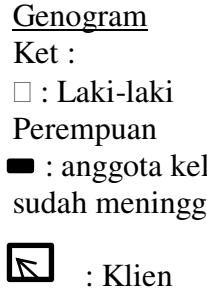
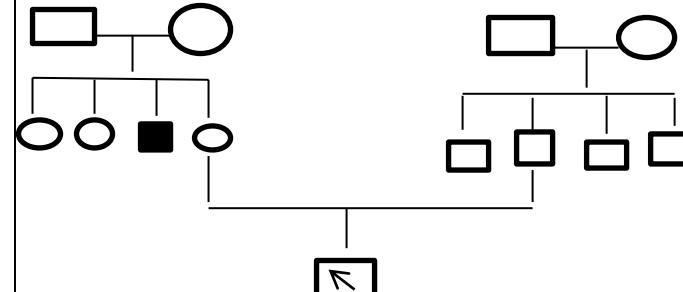
Anak lahir dengan SC di RSUD Padang panjang dengan riwayat sesak nafas dari lahir dan membiru dikulitnya. D An.M dirawat di RSUD Padang Panjang selama satu bulan sebelum dirujuk ke RSUP Dr.M.DJamil.

a. Prenatal

Riwayat gestasi	G1P1A0H0
HPHT	20 Maret 2024
Pemeriksaan kehamilan	Puskesmas (Bidan)
Frekuensi	Teratur
Masalah waktu hamil	Diabetes Melitus
Sikap ibu terhadap kehamilan	Positif
Emosi ibu pada saat hamil	Labil
Obat-obatan yang digunakan	Tablet tambah darah dan Insulin setiap hari
Perokok	Tidak
Alkohol	Tidak

b. Intranatal

Tanggal persalinan	13 januari 2025
BBL / PBL	3.300 gr / 50 cm
Usia gestasi saat lahir	38 minggu
Tempat persalinan	Rumah Sakit
Penolong persalinan	Dokter
Jenis persalinan	<i>Sectio Caesaria (SC)</i>

Penyulit persalinan	tidak ada	
c. Post natal (24 jam) (*pengkajian ini untuk masalah kelainan kongenital)		
APGAR skor	<p>A= 1 (warna kulit biru pada ekstremitas, warna kulit pink pada tubuh)</p> <p>P=1(<100x/menit)</p> <p>G=1 (Bayi meringis atau menangis lemah saat distimulasi)</p> <p>A = 2 (Bergerak aktif)</p> <p>R = 1 (pernapasan lemah, tidak teratur)</p> <p>Total: 6</p>	
Pemberian Vit K	Ada	
Koord. reflek hisap dan reflek menelan	Baik	
Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	ada	
BBLR : Perawatan kangguru	Tidak	
Kelainan kongenital	PJB Asianotik (ASD)	
3. Riwayat Kesehatan Keluarga		
Anggota keluarga pernah sakit	Tidak ada anggota keluarga yang sakit PJB, jantung dan penyakit kongenital lainnya, tetapi Ny.S mengatakan bahwa ia menderita penyakit DM sudah sejak 3 tahun yang lalu	
Riwayat penyakit keturunan	Ny.S mengatakan bahwa ada penyakit keturunan dari keluarga ibu yaitu DM	
<u>Genogram</u> Ket : 		
III. RIWAYAT IMUNISASI		
BCG	Ada	Simpulan : tidak lengkap
HB0	Ada	
Polio	Tidak ada	

DPT, HB, HiB	Tidak ada	
Campak	Tidak ada	

IV. RIWAYAT PERKEMBANGAN

Hasil Penilaian Perkembangan anak
dengan Denver II

- a. personal sosial
 - An.M mampu tersenyum spontan (p)
 - An.M belum mampu membalas senyum (F)
 - An.M mampu menatap muka (P)
- b. motorik halus
 - An.M belum mampu mengikuti lewat garis tengah (F)
 - An.M belum mampu mengikuti ke garis tengah (F)
- c. bahasa
 - An.M belum mampu mengatakan doo/aah(F)
 - anak mampu bersuara (P)
- d. motorik kasar
 - An.M belum mampu mengangkat kepala 45 (F)
 - An.M belum mampu mengangkat kepala nya (F)

kesimpulannya
perkembangannya An.M belum sesuai usianya

V. Lingkungan

Rumah : Permanen,milik pribadi

Halaman perkarangan : cukup luas dan bersih

Jamban/WC : WC jongkok

Sumber air minum : sumur/dimasak

Sampah : dibakar

VI. PENGKAJIAN KHUSUS

A. ANAK

1) Pemeriksaan Fisik

- | | |
|--------------|---------|
| a. Kesadaran | GCS: 15 |
|--------------|---------|

	Compos mentis
b. Tanda Vital	Suhu :36,5°C RR :40x/m HR : 120x/m TD : 111/75mmHg
c. Posture	BB :3,3 kg PB/TB : 50 cm Berdasarkan Zscore: umur 1 bulan BB : 3,3 kg PB : 50 cm BB/U = (-3SD)-(-2SD) BB kurang PB/U =(-1SD) pendek BB/PB =(-2SD)-(1SD) gizi baik Berdasarkan z score, An.M mengalami BB kurang
d. Kepala	Bentuk : Normal Kebersihan : Bersih Lingkar kepala : 35 cm Fontanel anterior : tidak Fontanel posterior : menutup Benjolan : tidak ada Data lain : -
e. Mata	Simetris kiri dan kanan Sklera : tidak ikterik Konjungtiva : tidak anemis Reflek cahaya : positif Palpebra : tidak edema Pupil : isokor Data lain : -
f. Hidung	Letak : Simetri Pernapasan cuping hidung : Ada Kebersihan : Bersih Data lain : tampak sesak, terpasang oksigen 2 lpm
g. Mulut	Warna bibir tampak pucat, mukosa bibir kering, Kebersihan rongga mulut : bersih Data lain : terpasang ventilator, terpasang OGT, lidah terdapat putih putih
h. Telinga	Bentuk : Simetris

	Kebersihan : Bersih Posisi puncak pina : Sejajar kantus mata Pemeriksaan pendengaran : baik Data lain :
i. Leher	Pembesaran kelenjer getah bening : tidak ada Data lain :
j. Dada	
- Toraks	Inspeksi : dada tampak simetris,tidak ada retraksi dinding dada Auskultasi : ronkhi Palpasi : fremitus kiri dan dan kanan sama Perkusi : redup Lingkar dada : 35,6 cm
-paru	Inspeksi : tidak ada retraksi Palpasi : sulit dinilai Perkusi : sonor Auskultasi : bronkovesikuler,rhonki basah halus nyaring dikedua paru
- Jantung	Inspeksi : ictus cordis tidak nampak Auskultasi : mur mur halus Palpasi : Ictus cordis teraba 1 c di RIC V mid clavicula sinistra
k. Abdomen	Inspeksi : Tidak nampak benjolan Auskultasi : bising usus (+) Palpasi : soepel,hepr dan lien tidak teraba Perkusi : timpani Lingkar perut : 34,9 cm
l. Kulit	Turgor : Kembali cepat Kelembaban: Lembab Warna: Pucat Data lain : -
m. Ekstremitas	Lingkar lengan atas : 10,5 cm Atas Capillary refill : < 3 dtk

	Data lain yang ditemukan : tampak sianosis diujung ujung jari dan ujung jari sampai pergelangan tangan sebelah kiri menghitam			
n. Ekstremitas Bawah	Tampak sianosis di ujung ujung jari,tidak ditemukan gangguan fungsi gerak,akral teraba hangat			
o. Genitalia dan anus	Laki-laki Bentuk : Normal Ukuran penis : Normal Data lain : daerah genetalia dan anus tampak normal			
p. Pemeriksaan tanda rangsangan meningeal	1. Kaku kuduk 2. Kernig sign 3. Brudzinsky sign 4. Refleks babyski		: negatif	
2) Temperamen dan daya adaptasi	<i>Easy child</i> Karakteristik santai			
	<i>Difficult child</i> Sering menangis			
	<i>Slow-to-warm up child</i>			
3) Pengkajian Resiko Jatuh	Skala Resiko Jatuh Humpty Dumpty untuk Pediatri			
	Parameter	Kriteria	Nilai	Skor
	Usia	< 3 Tahun	4	4
		3 – 7 Tahun	3	
		7 – 13 Tahun	2	
		≥ 13 Tahun	1	
	Jenis Kelamin	Laki – Laki	2	2
		Perempuan	1	
	Diagnosa	Diagnosa neurologi	4	
		Perubahan oksigenasi (diagnosa, respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dsb)	3	3
		Gangguan perilaku / psikiatri	2	
		Diagnosa lainnya	1	

	Gangguan kognitif	Tidak menyadari keterbatasan dirinya	3										
		Lupa akan adanya keterbatasan	2										
		Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	1									
	Faktor lingkungan	Riwayat jatuh / bayi diletakkan di tempat tidur dewasa	4										
		Pasien menggunakan alat bantu / bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi / perabotan rumah	3										
		Pasien diletakkan di tempat tidur	2	2									
		Area diluar rumah sakit	1										
	Respon Terhadap : 1. Pembedahan / sedasi / anastesi 2. Menggunakan medikamente.	Dalam 24 jam	3										
		Dalam 48 jam	2										
		48 jam atau tidak menjalani pembedahan / sedasi / anastesi.	1	1									
		Penggunaan multiple : sedatif, obat hypnosis, barbiturat, fenotiazin, anti depresan, pencahar, deuretik, narkose	3										
		Penggunaan salah satu obat diatas	2										
		Penggunaan medikasi lainnya / tidak ada medikasi	1										
Skor Asesmen Resiko Jatuh : Skor Minimum 13 resiko tinggi													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Tingkat Risiko</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Skor Humpty Dumpty</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Tindakan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Risiko Rendah</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">7 – 11</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Pencegahan jatuh standar</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Risiko Tinggi</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">≥ 12</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Pencegahan jatuh resiko tinggi</td> </tr> </tbody> </table>					Tingkat Risiko	Skor Humpty Dumpty	Tindakan	Risiko Rendah	7 – 11	Pencegahan jatuh standar	Risiko Tinggi	≥ 12	Pencegahan jatuh resiko tinggi
Tingkat Risiko	Skor Humpty Dumpty	Tindakan											
Risiko Rendah	7 – 11	Pencegahan jatuh standar											
Risiko Tinggi	≥ 12	Pencegahan jatuh resiko tinggi											
4) Kebiasaan sehari-hari													
a. Nutrisi dan cairan		Ny.S mengatakan saat sehat anak diberikan ASI dan sering berhenti saat menyusu											

	Ketika sakit An.A di berikan susu formula sebanyak 8x 35 cc melalui OGT	
b. Istirahat dan tidur	<u>Siang</u> <u>Sehat :</u> Ny.S mengatakan ketika sehat An.A tidur cukup dan normal Sakit : Ketika sakit An.M tampak gelisah dan susah tidur Sakit	<u>Malam</u> <u>Sehat :</u> Ny.S mengatakan ketika sehat An.A tidur cukup Sakit : An.M sulit tidur dan sering terjaga ketika lapar, sedikit rewel,gelisah.
c. Eliminasi	<u>BAK</u> <u>Sehat</u> Ny.S mengatakan bahwa setiap harinya anak BAK 5-7x/hari dengan jumlah lebih kurang 500cc <u>Sakit</u> Selama dirawat di RS anak BAK 4-5x/hari dengan jumlah 400cc <u>BAB</u> <u>Sehat</u> Ny.S mengatakan ketika sehat An.M BAB 1x/hari <u>Sakit</u> <u>ketika sakit An.M BAB 1x/hari</u>	
	Bayi menggunakan diapers : iya	
d. Personal higiene	Frek. Mandi : 1 x/hr Cuci rambut : 1 x/mg Masalah :.....	
e. Aktivitas bermain	An.M tampak lebih suka ditidurkan diaatas tempat tidur daripada di gendong	

VI. DATA PENUNJANG

Laboratorium	dari hasil laboratorium pada tanggal 15 februari 2025 yaitu APTT 22.9 detik (normal 26.1),PT 14 detik (normal 11-13.5),hemoglobin 9.5 g/dL (normal 13.5-17.5),WBC 8270 (normal 4.000-11.000),PLT 42.000 (150.000-400.000), natrium 145 mmol/L (135-145), kalium 3.3 mmol/L (normal 3.5-5.0), klorida 106 mmol/L (normal96-106),GDR 67 ml/jam,ureum 26 mg/dl (normal 7-20),kreatinin 0.3 mg/dl (normal 0.6-1.2).
Radiologi	Pada pemeriksaan rontgen thorax terdapat evaluasi RO thorax kesan tampak infiltrat dikedua lapang paru. Echocardiogram dilatasi RA dan RV,ASD+,TR savere,AR mild moderate,RWMA+,LVH-,kontraktilitas LV baik,kontraktilitas RV baik

Terapi medis	terapi obat IVFD KaEN 1B maintence res 10% 300 cc/24 jam,meropenem 3x150 IV, paracetamol 4x35 mg,bicnat oral 1x1,5 tab po,heparin 0,25 mg dijadikan 50 cc dicampur dengan Nacl 0,9 % /1,2 jam,D5 25 cc/8jam, dan oksigen binasal 2 liter per menit.
--------------	---

**Perawat Yang Melakukan
Pengkajian**

(
Nama lengkap & tanda tangan

ANALISA DATA

Data	Penyebab	Masalah
<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny.R mengatakan anak tampak sesak dan bertambah saat menyusu • Ny.R mengatakan anak tampak lemah <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • An. M tampak sesak • An. M tampak lemah • Bibir An.M tampak pucat • Ujung ujung jari tampak mulai membiru • Terdengar bunyi murmur pada jantung • Adanya ronchi <p>CRT >2 detik</p> <p>TD: 111/75 mmHg</p> <p>N: 120x/menit</p> <p>P: 40x/menit</p> <p>S: 36,5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasil rontgen tampak rontgen thorax terdapat evaluasi RO thorax kesan tampak infiltrat dikedua lapang paru. • Echocardiogram dilatasi RA dan RV, ASD+, TR savere, AR mild moderate, RWMA+, LV H-, kontraktilitas LV baik, kontraktilitas RV baik 	Perubahan Afterload	Penurunan curah jantung
<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny. M mengatakan anak masih ada batuk tapi sering sudah tidak • Ny.M mengatakan anak tampak sesak • Ny.M mengatakan anak tampak lemah <p>DO :</p>	Sekresi tertahan	Bersihan jalan nafas tidak efektif

<ul style="list-style-type: none"> • An. M tampak sesak • An. M tampak lemah • Adanya ronkhi CRT >2 detik TD: 111/75 mmHg N: 120x/menit P: 40x/menit S: 36,5 		
<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny. S mengatakan ketika sehat anak sulit untuk menyusu karena lemah saat menghisap <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • An. M tampak lemah dan lesu • Mukosa bibir tampak pucat dan kering <p>BB = 3.3 kg</p> <p>Berdasarkan z score (status gizi anak):</p> <p>BB : 3,3 kg</p> <p>PB : 50 cm</p> <p>BB/U= (-3SD)-(-2SD) BB kurang</p> <p>PB/U=(-1SD) pendek</p> <p>BB/PB=(-2SD)-(1SD) gizi baik</p> <p>Berdasarkan z score, An. M mengalami BB kurang</p>	<p>Ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>Resiko defisit nutrisi</p>
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny. S mengatakan bahwa khawatir dengan bayi nya terkena infeksi karena banyak selang dan alat yang terpasang • Ny. S mengatakan bahwa An. M sempat 	<p>Efek prosedur r invasif</p>	<p>Resiko infeksi</p>

<p>mengalami demam pada hari rawatan pertama di Ruang PICU</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Terdapat ruam dan kemerahan pada bagian kedua pahadan disekitar area kulit tempat pemasangan intravena		
--	--	--

Diagnosis keperawatan

NO	Tanggal	Diagnosa keperawatan	Tanggal teratasi
1	17 febuari 2025	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload	
2	17 febuari 2025	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan	
3	17febuari 2025	Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan	
4	17 febuari 2025	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	

Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x 6 jam dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> a. lelah menurun, b. dispnea menurun, c. pucat/sianosis menurun, d. murmur jantung menurun, e. tekanan darah membaik. 	<p>Perawatan jantung :</p> <p>Observasi yaitu, identifikasi tanda/gejala primer, penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP), Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat), monitor tekanan darah, monitor intake dan output cairan, Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama, monitor saturasi oksigen, periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas, periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat.</p> <p>Terapeutik yaitu, posisikan pasien semi fowler/fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman, berikan diet jantung yang sesuai, berikan oksigen untuk</p>

		<p>mempertahankan saturasi oksigen $> 94\%$.</p> <p>Edukasi yaitu, anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian, anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan.</p> <p>Kolaborasi yaitu, berikan obat antiaritmia, jika perlu.</p>
Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yg tertahan	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x 6 jam dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dispnea menurun, b. frekuensi napas membaik, c. kedalaman napas membaik 	<p>Manajemen jalan napas: Observasi yaitu, monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis.wheezing, ronchi kering).</p> <p>Terapeutik yaitu, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen (jika perlu), lakukan fisioterapi dada (jika perlu), lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik.</p> <p>Edukasi yaitu, anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari (jika tidak kontraindikasi),</p> <p>Kolaborasi yaitu, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik (jika perlu).</p>

<p>Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x 6 jam dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> a. kekuatan otot pengunyah meningkat, b. kekuatan otot menelan meningkat, c. berat badan membaik, d. membran mukosa membaik. 	<p>Manajemen nutrisi Observasi yaitu, identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, identifikasi perlunya penggunaan selang nasogatrik, monitor asupan makan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium. Terapeutik yaitu, fasilitasi menentukan pedoman diet, hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi. Edukasi yaitu, pemberian ASI/susu formula melalui OGT</p>
<p>Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x 6 jam dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> a. demam menurun, b. kemerahan menurun, c. kebersihan tangan meningkat, d. kebersihan badan meningkat. 	<p>Pencegahan infeksi Observasi yaitu monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik. Teraupetik yaitu batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangab sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dari lingkungan pasien. Edukasi yaitu jelaskan tanda dan gejala</p>

		<p>infeksi,ajarkan cara memcuci tangan dengan benar,anjurkan meningkatkan asupan nutrisi,anjurkan meningkat asupan cairan.</p> <p>Kolaborasi yaitu kolaborasi pemberian imunisasi,jika perlu.</p>
--	--	--

Implementasi dan evaluasi

Hari/tanggal	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Senin,17 februari 2025	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload	<p>a. Melihat tanda/ gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)</p> <p>b. Menghitung frekuensi pernapasan</p> <p>c. Mengukur oksigen saturasi</p> <p>d. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi</p> <p>e. Memposisikan pasien semi Fowler/fowler</p> <p>f. Menganjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan</p> <p>g. Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi</p>	<p>S : Perawat diruangan mengatakan An. M tidak mampu menangis dengan kuat</p> <p>O:</p> <p>An. M tampak lemah</p> <p>Bibir An. M tampak sianosis</p> <p>An. M tampak sesak</p> <p>CRT >2 detik</p> <p>TD: 111/75 mmHg</p> <p>N: 120x/menit</p> <p>P: 40x/menit</p> <p>S: 36,5</p> <p>A:</p> <p>Penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor hemodinamik - Monitor TTV - Monitor balance - cairan
Senin,17 februari 2025	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan	<p>a. Menghitung pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p>	<p>S: Perawat diruangan mengatakan anak ada batuk sekali-</p>

	dengan sekresi yag tertahan	<p>b. Mendengarkan bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <p>c. Memosisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>d. Memberikan oksigen</p> <p>e. Mengukur tekanan darah dan nadi</p> <p>f. Melihat gerakan dinding dada</p> <p>g. Melakukan suction secara berkala</p>	<p>sekali Perawat diruangan mengatakan nafas An. sesak O:</p> <p>An. M tampak lemah Bibir An. M tampak sianosis dan pucat</p> <p>An. M tampak sesak CRT >2 detik</p> <p>TD: 111/75 mmHg</p> <p>N: 120x/menit</p> <p>P: 40x/menit</p> <p>S: 36,5</p> <p>A: Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor hemodinamik - Monitor TTV - Monitor balance <p>Cairan</p>
Senin,17 februari 2025	Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan	<p>a. Memberikan susu yang telah disiapkan oleh perawat untuk An.M melalui OGT sebanyak 8x35 cc</p> <p>b. mengukur tekanan darah,</p>	<p>S : Perawat diruangan mengatakan berat badan An.M belum mengalami perbaikan</p>

		<p>c. menghitung nadi, menghitung pernapasan</p> <p>d. mengukur suhu,</p> <p>e. memperkirakan berat badan ideal pasien</p>	<p>Perawat diruangan mengatakan</p> <p>O: An.M masih lemah dan lesu</p> <p>An.M masih tampak lemah dan lesu Mukosa bibir An.M masih tampak pucat dan kering</p> <p>An.M terpasang OGT BB = 3.3kg</p> <p>An.M mendapatkan Susu sebanyak 8x 35 cc</p> <p>A: Resiko defisit nutrisi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor BB - Monitor asupan makanan - Monitor hemodinamik - Monitor TTV - Monitor balance cairan
Senin,17 februari 2025	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	<p>a. monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik.</p> <p>b. batasi jumlah pengunjung,</p> <p>c. berikan perawatan kulit pada area</p>	<p>S: masih terdapat ruam merah pada paha An.m dan juga terdapat ruam bekas pemasangan infus longlai di</p>

		<p>edema</p> <p>d. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dari lingkungan pasien</p>	<p>aksila sebelah kiri.</p> <p>O: Anak tampak lemah dan lesu,tampak sianosis di ujung jari jari, ada jaringan nekrotis di ujung ujung jari sebelah kiri.</p> <p>A: masalah resiko infeksi belum teratasi.</p> <p>P: intervensi dilanjutkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor hemodinamik - Monitor TTV - Monitor balance cairan
Selasa ,18 februari 2025	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload	<p>a. Melihat tanda/ gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)</p> <p>b. Menghitung frekuensi pernapasan</p> <p>c. Mengukur oksigen saturasi</p> <p>d. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi</p>	<p>S : Perawat diruangan mengatakan An. M tidak mampu menangis dengan kuat</p> <p>O:</p> <p>An. M tampak lemah Bibir An. M tampak sianosis</p> <p>An. A tampak sesak</p> <p>CRT >2 detik</p> <p>TD: 110/92 mmHg</p> <p>N: 133x/menit</p>

		<p>e. Memposisikan pasien semi fowler/fowler</p> <p>f. Menganjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan</p> <p>g. Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi</p>	<p>P: 53x/menit S: 37 A: Penurunan curah jantung belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor hemodinamik - Monitor TTV - Monitor balance <p>Cairan</p>
Selasa,18 februari 2025	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan	<p>a. Menghitung pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b. Mendengarkan bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <p>c. Memposisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>d. Memberikan oksigen</p> <p>e. Mengukur tekanan darah dan nadi</p> <p>f. Melihat gerakan dinding dada</p> <p>Melakukan suction</p>	<p>S: Perawat diruangan mengatakan nafas An. sesak</p> <p>O: An. M tampak lemah Bibir An. M tampak sianosis dan pucat retraksi dinding dada minimal slem ada di hidung dan mulut, konsistensi encer bewarna putih</p> <p>An. M tampak sesak CRT >2 detik</p> <p>TD: 110/92</p>

		secara berkala	mmHg N: 133x/menit P: 53x/menit S: 37 A: Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan - Monitor hemodinamik - Monitor TTV - Monitor balance cairan
Selasa,18 februari 2025	Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan	a. Memberikan susu yang telah disiapkan oleh perawat untuk An.M melalui OGT sebanyak 8x35 cc b. Melihat asupan makan c. memperkirakan berat badan ideal pasien	S : Perawat diruangan mengatakan berat badan An.M belum mengalami perbaikan Perawat diruangan mengatakan O: An.M masih lemah dan lesu An.M masih tampak lemah dan lesu Mukosa bibir An.M masih tampak pucat dan kering An.M terpasang OGT BB = 3.3kg An.M mendapatkan

			<p>Susu sebanyak 8x 35 cc</p> <p>A:</p> <p>Resiko defisit nutrisi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor BB Monitor asupan makanan - Monitor hemodinamik <p>Monitor TTV</p>
Selasa ,18 februari 2025	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	<ol style="list-style-type: none"> a. monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik. b. batasi jumlah pengunjung, c. berikan perawatan kulit pada area edema cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dari lingkungan pasien 	<p>S: masih terdapat ruam merah pada paha An.m tempat pemasangan infus sentral dan juga terdapat ruam bekas pemasangan infus longlai di aksila sebelah kiri.</p> <p>O: Anak tampak lemah dan lesu,tampak sianosis di ujung jari jari, ada jaringan nekrotis di ujung ujung jari sebelah kiri dan edema pada tangan sebelah kiri</p> <p>A: masalah resiko infeksi belum teratas.</p>

			<p>P: intervensi dilanjutkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor hemodinamik - Monitor TTV - Monitor balance cairan
Rabu ,19 februari 2025	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload	<ol style="list-style-type: none"> a. Melihat tanda/ gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) b. Menghitung frekuensi pernapasan c. Mengukur oksigen saturasi d. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi e. Memposisikan pasien semi fowler/fowler f. Menganjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan <p>Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi</p>	<p>S : Perawat diruangan mengatakan An. M tidak mampu menangis dengan kuat</p> <p>O:</p> <p>An. M tampak lemah</p> <p>Bibir An. M tampak sianosis</p> <p>An. A tampak sesak</p> <p>CRT >2 detik</p> <p>TD: 101/68 mmHg</p> <p>N: 109x/menit</p> <p>P: 43x/menit</p> <p>S: 36,8</p> <p>A:</p> <p>Penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor hemodinamik - Monitor TTV - Monitor

			balance cairan
Rabu ,19 februari 2025	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yag tertahan	<p>a. Menghitung pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b. Mendengarkan bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <p>c. Memposisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>d. Memberikan oksigen</p> <p>e. Mengukur tekanan darah dan nadi</p> <p>f. Melihat gerakan dinding dada Melakukan suction secara berkala</p>	<p>S: Perawat diruangan mengatakan sesak nafas AnM mulai berkurang</p> <p>O:</p> <p>An. M tampak lemah Bibir An. M tampak sianosis</p> <p>slem ada di hidung dan mulut, konsistensi encer</p> <p>bewarna putih</p> <p>An. M tampak sesak</p> <p>CRT >2 detik</p> <p>TD: 101/68 mmHg</p> <p>N: 109x/menit</p> <p>P: 43x/menit</p> <p>S: 36,8</p> <p>A: Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor hemodinamik - Monitor TTV - Monitor balance cairan

Rabu,19 februari 2025	Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan	<p>a. Memberikan susu yang telah disiapkan oleh perawat untuk An.M melalui OGT sebanyak 8x35 cc</p> <p>b. Melihat asupan makan</p> <p>c. memperkirakan berat badan ideal pasien</p>	<p>S : Perawat diruangan mengatakan berat badan An.M belum mengalami perbaikan</p> <p>Perawat diruangan mengatakan O: An.M masih lemah dan lesu An.M masih tampak lemah dan lesu Mukosa bibir An.M masih tampak pucat dan kering An.M terpasang OGT BB = 3.3kg An.M mendapatkan Susu sebanyak 8x 35 cc</p> <p>A:</p> <p>Resiko defisit nutrisi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor BB Monitor asupan makanan - Monitor hemodinamik Monitor TTV
Rabu ,19 februari 2025	Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif	a. monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik.	S: ruam merah pada paha An.m tempat

		<p>b. batasi jumlah pengunjung,</p> <p>c. berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>d. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dari lingkungan pasien</p>	<p>pemasangan infus sentral sudah berkurang dan juga terdapat ruam bekas pemasangan infus longlai di aksila sebelah kiri.</p> <p>O: Anak tampak lemah dan lesu,tampak sianosis di ujung jari jari, ada jaringan nekrotis di ujung ujung jari sebelah kiri dan edema pada tangan sebelah kiri</p> <p>CRT >2 detik</p> <p>TD: 101/68 mmHg</p> <p>N: 109x/menit</p> <p>P: 43x/menit</p> <p>S: 36,8</p> <p>A: masalah resiko infeksi belum teratasi.</p> <p>P: intervensi dilanjutkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor hemodinamik - Monitor TTV - Monitor balance cairan
--	--	---	--

Kamis ,20 februari 2025	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload	<p>a. Melihat tanda/ gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)</p> <p>b. Menghitung frekuensi pernapasan</p> <p>c. Mengukur oksigen saturasi</p> <p>d. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi</p> <p>e. Memposisikan pasien semi fowler/fowler</p> <p>f. Menganjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan</p> <p>Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi</p>	<p>S : Perawat diruangan mengatakan An. M tidak mampu menangis dengan kuat</p> <p>O:</p> <p>An. M tampak lemah</p> <p>Bibir An. M tampak sianosis</p> <p>An. A tampak sesak</p> <p>CRT >2 detik</p> <p>TD: 90/60 mmHg</p> <p>N: 125x/menit</p> <p>P: 48x/menit</p> <p>S: 36,5</p> <p>A:</p> <p>Penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor hemodinamik - Monitor TTV - Monitor balance cairan
Kamis ,20 februari 2025	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	<p>a. Menghitung pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b. Mendengarkan bunyi napas tambahan (misalnya:</p>	<p>S: Perawat diruangan mengatakan sesak nafas AnM mulai berkurang</p> <p>O:</p> <p>An. M tampak lemah</p>

		<p>gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <p>c. Memposisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>d. Memberikan oksigen</p> <p>e. Mengukur tekanan darah dan nadi</p> <p>f. Melihat gerakan dinding dada</p> <p>g. Melakukan suction secara berkala</p>	<p>Bibir An. M tampak sianosis slem ada di hidung dan mulut, konsistensi encer bewarna putih</p> <p>An. M tampak sesak</p> <p>CRT >2 detik</p> <p>TD: 90/60 mmHg</p> <p>N: 125x/menit</p> <p>P: 48x/menit</p> <p>S: 36,5</p> <p>A: Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor hemodinamik - Monitor TTV - Monitor balance cairan
Kamis ,20 februari 2025	Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan	<p>a. Memberikan susu yang telah disiapkan oleh perawat untuk</p>	<p>S : Perawat diruangan mengatakan berat badan An.M</p>

	makanan	<p>An.M melalui OGT sebanyak 8x35 cc</p> <p>b. Melihat asupan makan</p>	<p>belum mengalami perbaikan</p> <p>Perawat diruangan mengatakan</p> <p>O: An.M tampak lesu ,An.M masih tampak lemah dan lesu Mukosa bibir An.M masih tampak pucat dan kering</p> <p>An.M terpasang OGT BB = 3.3kg</p> <p>An.M mendapatkan Susu sebanyak 8x 35 cc</p> <p>A:</p> <p>Resiko defisit nutrisi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor asupan makanan - Monitor hemodinamik
Kamis ,20 februari 2025	Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif	<p>a. monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik.</p> <p>b. batasi jumlah pengunjung,</p> <p>c. berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>cuci tangan</p>	<p>S: ruam merah pada paha An.m tempat pemasangan infus sentral sudah berkurang dan juga terdapat ruam bekas pemasangan</p>

		<p>sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dari lingkungan pasien</p>	<p>infus longlai di aksila sebelah kiri.dan terdapat ruam di bagian punggung belakang</p> <p>O: Anak tampak lemah dan lesu,tampak sianosis di ujung jari jari, ada jaringan nekrotis di ujung ujung jari sebelah kiri dan edema pada tangan sebelah kiri</p> <p>CRT >2 detik</p> <p>TD: 90/60 mmHg</p> <p>N: 125x/menit</p> <p>P: 48x/menit</p> <p>S: 36,5</p> <p>A: masalah resiko infeksi belum teratas.</p> <p>P: intervensi dilanjutkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor hemodinamik Monitor TTV
Jumat ,21 februari 2025	Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload	<p>a. Melihat tanda/ gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)</p>	<p>S : Perawat diruangan mengatakan An. M tidak mampu menangis dengan kuat</p> <p>O:</p> <p>An. M tampak lemah,An.M</p>

		<p>b. Menghitung frekuensi pernapasan</p> <p>c. Mengukur oksigen saturasi</p> <p>d. Mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi</p> <p>e. Memposisikan pasien semi fowler/fowler</p> <p>f. Mengajurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan</p> <p>g. Melihat gerakan dada pasien saat inspirasi</p>	<p>tampak terbaring Bibir An. M</p> <p>tampak sianosis</p> <p>An. A tampak sesak</p> <p>CRT >2 detik</p> <p>TD: 90/60 mmHg</p> <p>N: 130x/menit</p> <p>P: 42x/menit</p> <p>S: 36,9</p> <p>Saturasi 98%</p> <p>A:</p> <p>Penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor hemodinamik - Monitor TTV - Monitor balance cairan
Jumat ,21 februari 2025	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	<p>a. Menghitung pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b. Mendengarkan bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <p>c. Memposisikan semi-fowler atau fowler</p>	<p>S: Perawat diruangan mengatakan sesak nafas AnM mulai berkurang</p> <p>O:</p> <p>An. M tampak lemah</p> <p>Bibir An. M tampak sianosis</p> <p>slim ada di hidung dan mulut, konsistensi encer</p>

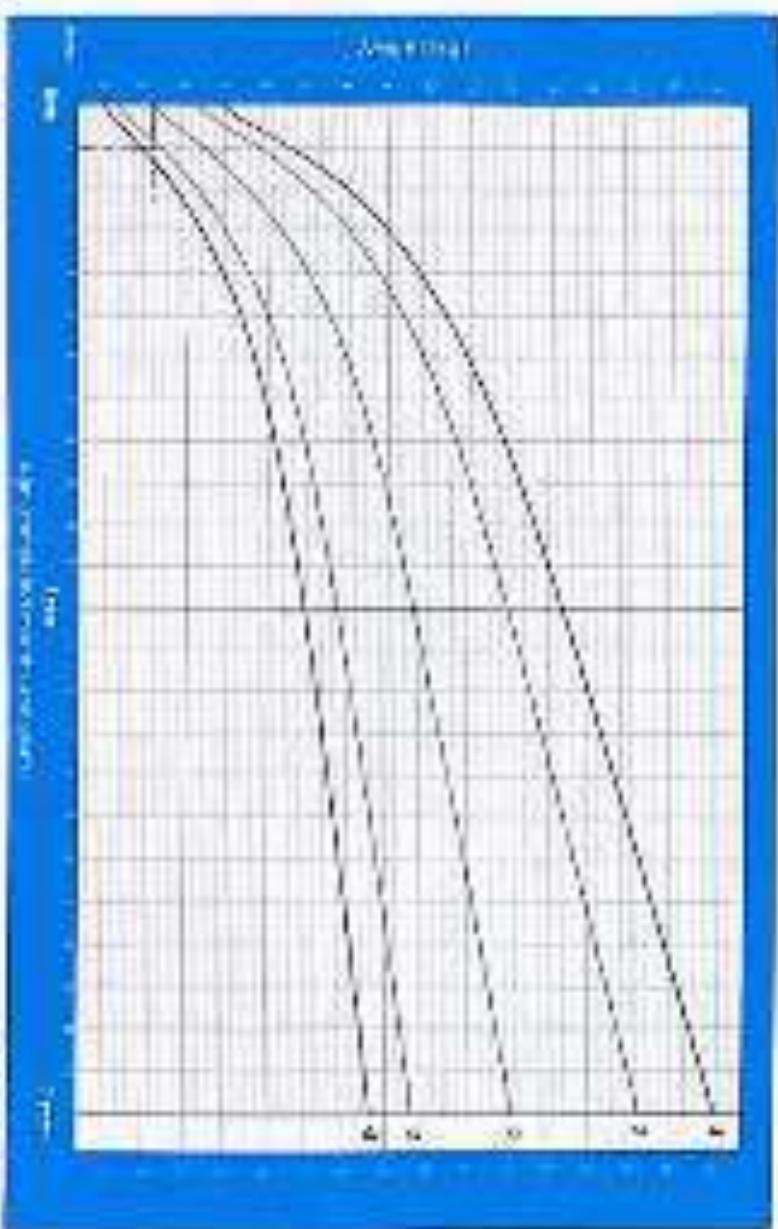
		<p>d. Memberikan oksigen</p> <p>e. Mengukur tekanan darah dan nadi</p> <p>f. Melihat gerakan dinding dada</p> <p>Melakukan suction secara berkala</p>	<p>bewarna putih</p> <p>An. M tampak sesak</p> <p>CRT >2 detik</p> <p>TD: 90/60 mmHg</p> <p>N: 130x/menit</p> <p>P: 42x/menit</p> <p>S: 36,9</p> <p>Saturasi 98%</p> <p>A: Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor hemodinamik - Monitor TTV <p>Monitor balance cairan</p>
	Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan	<p>a. Memberikan susu yang telah disiapkan oleh perawat untuk An.M melalui OGT sebanyak 8x35 cc</p> <p>b. Melihat asupan makan</p>	<p>S : Perawat diruangan mengatakan berat badan An.M belum mengalami perbaikan</p> <p>Perawat diruangan mengatakan O: An.M tampak lesu ,An.M masih tampak lemah dan lesu Mukosa bibir An.M masih tampak pucat dan kering An.M</p>

			<p>terpasang OGT BB = 3.3kg An.M mendapatkan Susu sebanyak 8x 35 cc A: Resiko defisit nutrisi P: Intervensi dilanjutkan - Monitor asupan makanan - Monitor hemodinamik</p>
Jumat ,21 februari 2025	Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif	<p>a. monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik. b. berikan perawatan kulit pada area edema c. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dari lingkungan pasien</p>	<p>S: ruam merah pada paha An.m tempat pemasangan infus sentral sudah berkurang dan juga terdapat ruam bekas pemasangan infus longlai di aksila sebelah kiri.dan terdapat ruam di bagian punggung belakang O: Anak tampak lemah dan lesu,tampak sianosis di ujung jari jari, ada jaringan nekrotis di ujung ujung jari sebelah kiri</p>

			<p>dan edema pada tangan sebelah kiri</p> <p>CRT >2 detik</p> <p>TD: 90/60 mmHg</p> <p>N: 130x/menit</p> <p>P: 42x/menit</p> <p>S: 36,9</p> <p>Saturasi 98%</p> <p>A: masalah resiko infeksi belum teratasi.</p> <p>P: intervensi dilanjutkan.</p> <p>Monitor hemodinamik</p> <p>Monitor TTV</p>
--	--	--	---

Weight-for-age BOYS

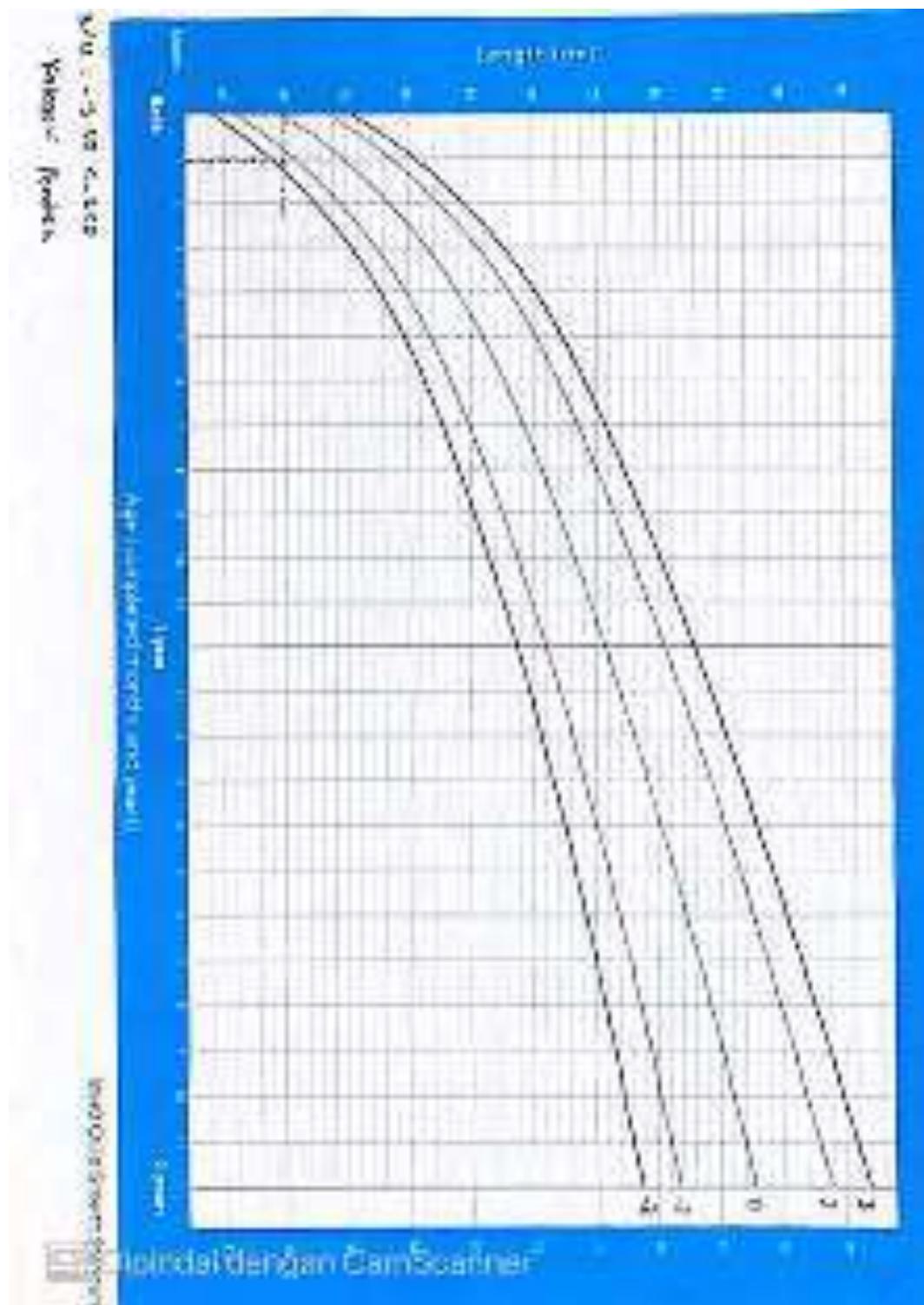
8414-8430



卷之三



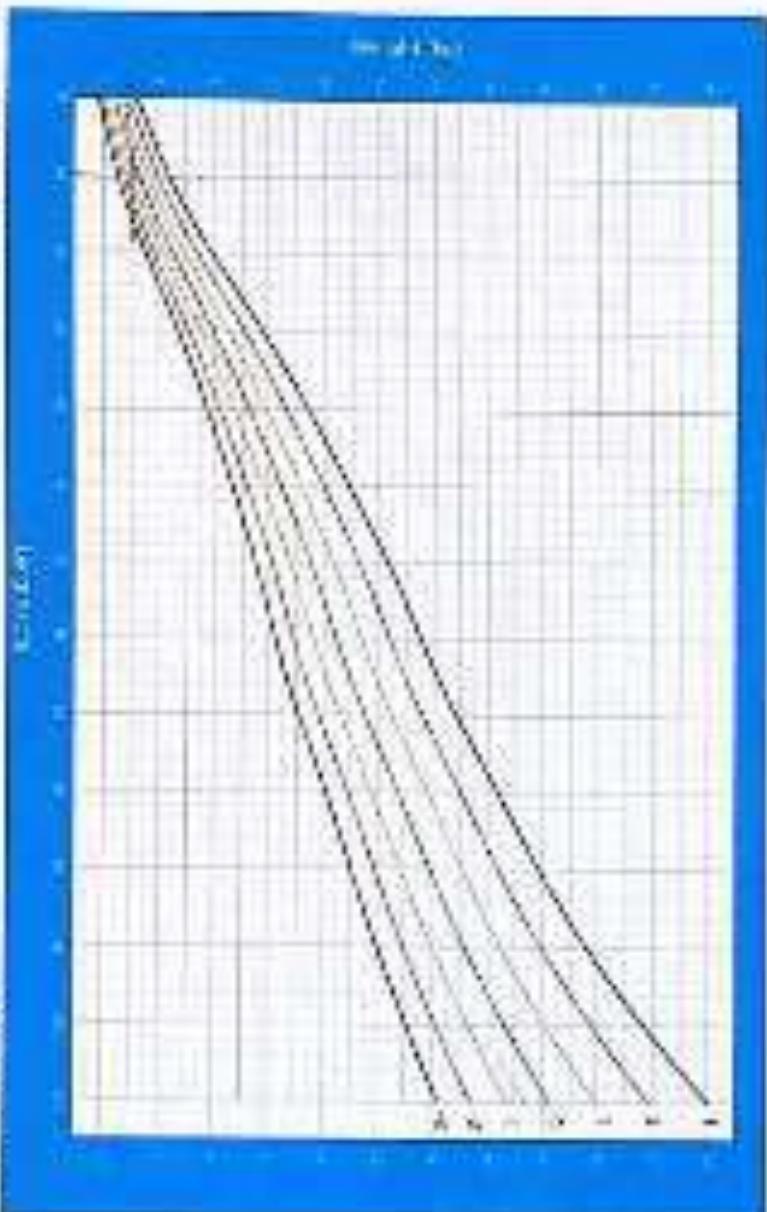
Chardalengam CarrScrum



Weight-for-length BOYS

2003, 2004

62



Indeks	Kategori Status Gizi	Zanhang Bantuan (P-Score)
Bantuan Bantuan insentif Umur 185/11-anak-anak 0-6 bulan	Berseri (berdiri segera) Kurang (lebur diri) Berdampak (tidak berdiri)	-0,12 -0,50 ± 0,45 ± 0,50 -0,50 ± 0,45 ± 0,50 0 ± 0,50
Peningkatan atau Tinggi Bantuan insentif Umur (P&U atau TE/U) untuk anak-anak 0-59 bulan	Normal (berdiri segera) Kurang (lebur diri)	-0,50 ± 0,45 ± 0,50 -0,50 ± 0,45 ± 0,50 0 ± 0,50
Berat badan < rata-rata Peningkatan atau Tinggi Bantuan insentif Umur (P&U atau TE/U) untuk anak-anak 0-59 bulan	Berat badan < rata-rata (berdiri segera) Kurang (lebur diri) Berdampak (tidak berdiri)	-0,50 ± 0,45 ± 0,50 -0,50 ± 0,45 ± 0,50 -0,50 ± 0,45 ± 0,50 0 ± 0,50
Indeks Nutrisi Tubuh < rata-rata Umur pria/Anak-anak 5-10 tahun	Obesitas (berdiri segera) Gidik berat (berdiri segera) Gidik kurang (lebur diri) Gidik berat (tidak berdiri) Berat badan < rata-rata (berdiri segera) Kurang (lebur diri) Berdampak (tidak berdiri)	0 ± 0,50 -0,50 ± 0,45 ± 0,50 -0,50 ± 0,45 ± 0,50 -0,50 ± 0,45 ± 0,50 0 ± 0,50 -0,50 ± 0,45 ± 0,50 -0,50 ± 0,45 ± 0,50 0 ± 0,50
Indeks Nutrisi Tubuh < rata-rata pria/Anak-anak 5-10 tahun	Obesitas (berdiri segera) Kurang (lebur diri) Berdampak (tidak berdiri) Berat badan < rata-rata (berdiri segera) Berdampak (tidak berdiri)	0 ± 0,50 -0,50 ± 0,45 ± 0,50 -0,50 ± 0,45 ± 0,50 0 ± 0,50 0 ± 0,50

KT 5500 11/2016 202

