

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. T. T. DENGAN  
PENYAKIT JANTUNG BAWAAN (PJB) DI RUANGAN ICCU  
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**



**CLAUDINO FRANCISCO PEREIRA  
NIM: PO.530320116351**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. T. T. DENGAN  
PENYAKIT JANTUNG BAWAAN (PJB) DI RUANGAN ICCU  
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan  
Pada Program Studi Diploma III Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**CLAUDINO FRANCISCO PEREIRA  
NIM: PO.530320116351**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
2019**

**LEMBARAN PERSETUJUAN**

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Claudino Fransisco Pereira NIM. PO.  
530320116351 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Nn. T. T. Dengan Penyakit  
Jantung Bawaan Di Ruang ICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang  
telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

**Disusun Oleh**

**Claudino Francisco Pereira**  
**NIM : PO.530320116351**

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D III  
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada Tanggal, 19 Juli 2019

**Pembimbing**

**Domingos Consalves, S.Kep. Ns, MSc**  
**NIP : 19710806199203 1 001**

### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Claudino Francisco Pereira  
NIM : PO.530320116351  
Program Studi : Diploma III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 19 Juli 2019

Pembuat Pernyataan

Claudino Francisco Pereira

NIM: PO.530320116351

Mengetahui  
Pembimbing

Domingos Gonsalves, S. Kep. Ns, MSc

NIP : 19710806199203 1 001

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH  
STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. T. T. DENGAN  
PENYAKIT JANTUNG BAWAABN (PJB) DI RUANGAN ICCU  
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**

**Telah Diuji Pada Tanggal, 25 Juli 2019**

**Dewan Penguji**

**Penguji I**



**Ns. Yoana Maria V. B. Aty, S. Kep, M.Kep.**

**NIP: 19790805200112 2 001**

**Penguji II**



**Dominggos Gonsalves, S.Kep, Ns, MSc**

**NIP : 19710806199203 1 001**

**Mengesahkan**

**Ketua Jurusan Keperawatan**



**Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes**

**NIP : 196911281993031005**

**Mengetahui**

**Ketua Prodi D-III Keperawatan**



**Margaretha Teli, S.Kep,Ns., MSc-PH**

**NIP. 197707272000032002**

## **BIODATA PENULIS**

Nama Lengkap : Claudino Francisco Pereira  
Tempat tanggal lahir : Bau-Cau, 10 Februari 1981  
Jenis kelamin : Laki-laki  
Alamat : Dubasa A, RT/RW 004/001, Desa Dafala, Kec.  
Tasifeto Timur, Kab. Belu, Nusa Tenggara Timur  
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDN Loi-Hunu tahun 1993
2. Tamat SMP Negeri Bau-Cau Tahun 1996
3. Tamat Sekolah Perawat Kesehatan Kupang Tahun 2001
4. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

## **MOTTO**

**“Teruslah Berubah Untuk Hidup Lebih Baik”**

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Studi Kasus dengan “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. T. T. DENGAN PENYAKIT JANTUNG BAWAAN (PJB) DI RUANG ICCU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”

Penulis menyadari dalam menyelesaikan Studi Kasus ini penulis banyak mengalami hambatan. Melalui kesempatan ini penulis dengan tulus hati menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Domingos Gonsalves, S.Kep, Ns, M.Sc selaku pembimbing sekaligus penguji II yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Ns, Yoani Maria V. B. Aty, S.Kep, M.Kep., selaku penguji I yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
3. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
4. Ibu Margaretha Telly, S.Kep., Ns., MSc-PH, selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan yang telah meluangkan waktu, dan memberikan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
5. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
6. Seluruh staf dosen dan tenaga kependidikan jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

7. Bapak drg. Mindo Sinaga, selaku Plt. Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
8. Agustina V. Somi, SST, selaku Pembimbing Klinik/CI di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
9. Seluruh Perawat dan tenaga kesehatan lainnya di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang yang telah membantu penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
10. Teman seperjuangan, Adrianus Mauk yang sudah membantu dalam penyusunan dan pengetikan dalam penyelesaian Studi Kasus ini.
11. Teman - teman angkatan 2016 yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini selanjutnya.

Kupang, Juli 2019

Penulis



## **BIODATA PENULIS**

Nama Lengkap : Claudino Francisco Pereira  
Tempat tanggal lahir : Bau-Cau, 10 Februari 1981  
Jenis kelamin : Laki-laki  
Alamat : Dubasa A, RT/RW 004/001, Desa Dafala, Kec.  
Tasifeto Timur, Kab. Belu, Nusa Tenggara Timur  
Riwayat Pendidikan :

5. Tamat SDN Loi-Hunu tahun 1993
6. Tamat SMP Negeri Bau-Cau Tahun 1996
7. Tamat Sekolah Perawat Kesehatan Kupang Tahun 2001
8. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

## **MOTTO**

**“Teruslah Berubah Untuk Hidup Lebih Baik”**

## ABSTRAK

Claudini F Pareira “ Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Nn T.T dengan Penyakit Jantung Bawaan ( PJB ) di Ruang ICCU RSUD W. Z Johannes Kupang

Penyakit Jantung Bawaan ( PJB ) atau di kenal dengan nama penyakit Jantung kongenital adalah penyakit dengan kelainan pada struktur Jantung yang diibawah dari lahir yang terjadi akibat adanya ganggan atau kegagalan perkembangan struktur jantung pada fase awal perrkembangan janin

Pengkajian dilakukan pada tanggal 08 Juli 2019, dengan keluhan pasien mengatakan sesak napas disertai batuk berlendir sehingga keluara pasien membawa ke UGD RSUD .W.Z Johannes Kupang. Diagnosa Keeperawatan yang ditemukan : Penuunan Curah jantung berhubungan dengan penurunan irama jantung, dan Intoleransi berhubungan dengan keseimbangan antara suplay dan kebtuhan oksigen.. Rencana Keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah adalah catat adanya tanda – tanda penurunan carrdiiac output, monitor adanya perubahan tekanan darah, moniitor tanda vital, monitor adanya kecemasan.Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mencatat adanya tanda penurunan cardiac output, monitor adanya perubahan tekanan darah, monitor tanda vital dalam batas normal dan monitor kecemasan pasien. Evaluasi yang dilakukan terhadap dua diagnosa untuk masalah penurunan curah jantung dan intoleransi aktivitas belum teratasi dan akan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Studi Kasus dengan “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. T. T. DENGAN PENYAKIT JANTUNG BAWAAN (PJB) DI RUANG ICCU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”

Penulis menyadari dalam menyelesaikan Studi Kasus ini penulis banyak mengalami hambatan. Melalui kesempatan ini penulis dengan tulus hati menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

12. Bapak Domingos Gonsalves, S.Kep, Ns, M.Sc selaku pembimbing sekaligus penguji II yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik.
13. Ns, Yoani Maria V. B. Aty, S.Kep, M.Kep., selaku penguji I yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
14. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
15. Ibu Margaretha Telly, S.Kep., Ns., MSc-PH, selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan yang telah meluangkan waktu, dan memberikan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
16. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
17. Seluruh staf dosen dan tenaga kependidikan jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

18. Bapak drg. Mindo Sinaga, selaku Plt. Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
19. Agustina V. Somi, SST, selaku Pembimbing Klinik/CI di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
20. Seluruh Perawat dan tenaga kesehatan lainnya di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang yang telah membantu penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
21. Teman seperjuangan, Adrianus Mauk yang sudah membantu dalam penyusunan dan pengetikan dalam penyelesaian Studi Kasus ini.
22. Teman - teman angkatan 2016 yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini selanjutnya.

Kupang, Juli 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan .....	i
Pernyataan Keaslian Tulisan .....	ii
Lembar pengesahan.....	iii
Biodata Penulis .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi .....	vi
Daftar Lampiran .....	ix
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus .....	1
1.3 Manfaat Studi Kasus .....	2
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Konsep Teori .....</b>	<b>3</b>
2.1.1 Pengertian PJB.....	3
2.1.2 Etiologi PJB.....	5
2.1.3 Patologi dan patofisiologi PJB .....	6
2.1.4 Manifestasi klinis PJB.....	7
2.1.5 Komplikasi PJB .....	8
2.1.6 Penatalaksanaan medis PJB.....	9
<b>2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....</b>	<b>11</b>
2.2.1 Pengkajian .....	11
2.2.2 Diagnosa keperawatan .....	13
2.2.3 Intervensi keperawatan.....	13
2.2.4 Implementasi keperawatan .....	25
2.2.5 Evaluasi keperawatan.....	26
<b>BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 Hasil Studi Kasus .....</b>	<b>27</b>
3.1.1 Pengkajian .....	27
3.1.2 Analisa data .....	29
3.1.3 Diagnosa keperawatan .....	29
3.1.4 Intervensi keperawatan.....	30
3.1.5 Implementasi keperawatan .....	32
3.1.6 Evaluasi keperawatan.....	36

<b>3.2 Pembahasan</b> .....	<b>37</b>
3.2.1 Pengkajian .....	37
3.2.2 Diagnosa keperawatan .....	37
3.2.3 Intervensi keperawatan.....	39
3.2.4 Implementasi keperawatan .....	40
3.2.5 Evaluasi keperawatan.....	41
<b>BAB 4 PENUTUP</b> .....	<b>43</b>
4.1 Kesimpulan .....	43
4.2 Saran .....	44
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>46</b>
<b>Asuhan keperawatan</b> .....	<b>47</b>

## DAFTAR LAMPIRAN

Asuhan Keperawatan .....	47
Lembar Konsultasi.....	70

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Penyakit jantung bawaan (PJB) atau dikenal dengan nama Penyakit Jantung Kongenital adalah penyakit dengan kelainan pada struktur jantung atau fungsi sirkulasi jantung yang dibawa dari lahir yang terjadi akibat adanya gangguan atau kegagalan perkembangan struktur jantung pada fase awal perkembangan janin (Mulyadi, 2006). Penyakit Jantung Kongenital (Congenital Heart Disease, CHD) adalah kelainan pada struktur jantung yang terdapat sejak lahir. Penyakit ini disebabkan oleh gangguan pada perkembangan jantung yang terjadi saat usia gestasi 3-8 minggu (Roebiono, 2008).

Menurut American Heart Association (2015), Penyakit Jantung Bawaan (PJB) adalah penyakit dengan kelainan pada struktur jantung atau fungsi sirkulasi jantung yang dibawa dari lahir yang terjadi akibat adanya gangguan atau kegagalan perkembangan struktur jantung pada fase awal perkembangan janin. Penyakit Jantung Bawaan (PJB) adalah abnormalitas struktur makroskopis jantung atau pembuluh darah besar intratoraks yang mempunyai fungsi pasti atau potensial yang berarti. Kelainan ini merupakan kelainan kongenital yang paling sering terjadi pada bayi baru lahir. Prevalensi penyakit jantung bawaan yang diterima secara internasional adalah 0.8%, walaupun terdapat banyak variasi data yang terkumpul, secara umum, prevalensi penyakit jantung bawaan masih diperdebatkan. (Moons, et al. 2008).

Kelainan Kongenital jantung terjadi pada sekitar 8 per 1000 kelahiran hidup, yang menjadikannya salah satu tipe malformasi kongenital tersering. Dengan menurunnya insiden demam reumatik akut, penyakit jantung kongenital sekarang menjadi penyebab tersering penyakit jantung pada anak di dunia barat. Penyakit jantung kongenital mencakup beragam malformasi, berkisar dari kelainan ringan yang hanya menimbulkan gejala minimal sampai usia dewasa, hingga anomaly berat yang



menyebabkan kematian pada masa perinatal. Penyebab sebagian besar penyakit jantung konginetal tidak diketahui.

Defek jantung terjadi pada sekitar 1% bayi lahir hidup. Jantung yang abnormal dapat ditemukan pada sekitar 10% janin yang mengalami aborsi spontan. Dokter bertugas untuk mengenali kemungkinan adanya penyakit jantung, membedakannya dari keadaan normal dan menilai urgensi pemeriksaan kardiologi . Pada umumnya **kelainan Jantung bawaan** dapat dideteksi sejak lahir, namun tak jarang gejalanya baru muncul setelah bayi berumur beberapa minggu atau beberapa bulan. Gejala umum dari penyakit jantung bawaan adalah sesak nafas dan bibir terlihat kebiru-biruan.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2013, prevalensi Penyakit Jantung Bawaan di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar tujuh per mil dan yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan (nakes) atau gejala sebesar 12,1 per mil. Jadi, sebanyak 57,9 persen penyakit Jantung Bawaan telah terdiagnosis oleh nakes. Prevalensi Penyakit Jantung Bawaan berdasarkan diagnosis nakes tertinggi di Sulawesi Utara (10,8%), diikuti DI Yogyakarta (10,3%), Bangka Belitung dan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas 4 DKI Jakarta masing-masing 9,7 per mil sedangkan Sumatera Barat 7,4 per mil. Prevalensi Penyakit Jantung Bawaan berdasarkan diagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), DI Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil sedangkan Sumatera Barat sebesar 12,2 per mil. Menurut data BPS Kota Padang tahun 2011, stroke adalah penyebab kematian kelima di Kota Padang dengan persentase 8% setelah penyakit ketuaan/lansia, diabetes melitus, hipertensi, jantung (Badan Pusat Statistik [BPS],2011).

Berdasarkan data yang didapat dari ruangan ICCU RSUD PROF. W.Z. Yohanes Kupang angka PJB di RSUD PROF. W.Z. Yohanes ruangan ICCU dari 2016 sampai 2019 bulan Juni sebanyak 6 kasus, antara lain perempuan 6 dan laki – laki 0.

Tatalaksana meliputi non bedah dan bedah. Tatalaksana bedah meliputi pengobatan medikamentosa dan kardiologi. Sedangkan intervensi tatalaksana bedah meliputi beaah paliatif dan operasi defenitif. Tujuan tata lakasana medikamentosa dan bedah paliatif adalah untuk mengatasi gejala klinis akibat komplikasi PJB. Sambil menungu waktu yang tepat untuk di lakukan operasi definitif. Akhir – akhir ini telah dikembangkan Kardiologi Intervensi, suatu tindakan yang memberi harapan baru bagi pasien PJB tanpa operasi, namun saat ini biayanya masih cukup tinggi.

## **1.2 Tujuan Penulisan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Dapat mengetahui konsep dasar teori dan asuhan keperawatan serta mengaplikasikannya pada pasien dengan penyakit jantung bawaan (PJB) di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1. Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan penyakit jantung bawaan (PJB) di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan penyakit jantung bawaan (PJB) di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
3. Mahasiswa mampu merencanakan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan penyakit jantung bawaan (PJB) di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
4. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan penyakit jantung bawaan (PJB) di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
5. Mahasiswa mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan penyakit jantung bawaan (PJB) di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

## **1.3 Manfaat Studi Kasus**

### **1.3.1 Manfaat Teoritis**

Dapat dijadikan hasil Karya Tulis Ilmiah ini untuk membuktikan teori tentang asuhan keperawatan pada pasien yang menderita penyakit penyakit jantung bawaan (PJB), sebagai pengembangan ilmu keperawatan khususnya pada pasien dengan PJB.

### **1.3.2 Manfaat Praktis**

#### 1. Bagi Mahasiswa

Menambah wawasan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit jantung bawaan (PJB).

#### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya bagi asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit jantung bawaan (PJB).

#### 3. Bagi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperoleh dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat khususnya untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit jantung bawaan (PJB).

#### 4. Bagi Pasien

Agar pasien mendapat asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhannya.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Penyakit**

##### **2.1.1 Pengertian Penyakit Jantung Bawaan (PJB)**

Penyakit jantung bawaan (PJB) atau dikenal dengan nama Penyakit Jantung Kongenital adalah penyakit dengan kelainan pada struktur jantung atau fungsi sirkulasi jantung yang dibawa dari lahir yang terjadi akibat adanya gangguan atau kegagalan perkembangan struktur jantung pada fase awal perkembangan janin (Mulyadi, 2006).

Penyakit Jantung Kongenital (Congenital Heart Disease, CHD) adalah kelainan pada struktur jantung yang terdapat sejak lahir. Penyakit ini disebabkan oleh gangguan pada perkembangan jantung yang terjadi saat usia gestasi 3-8 minggu (Roebiono, 2008).

##### **2.1.2 Klasifikasi Penyakit Jantung Bawaan (PJB)**

Penyakit jantung bawaan dapat dibagi atas dua golongan besar yaitu :

###### **1. Penyakit Jantung Bawaan Non Sianotik**

Penyakit Jantung Bawaan Asianotik adalah kelainan struktur dan fungsi jantung yang dibawa lahir yang tidak ditandai dengan sianosis; misalnya lubang di sekat jantung sehingga terjadi piraui dari kiri ke kanan, kelainan salah satu katup jantung dan penyempitan alur keluar ventrikel atau pembuluh darah besar tanpa adanya lubang di sekat jantung. Masing-masing mempunyai spektrum presentasi klinis yang bervariasi dari ringan sampai berat tergantung pada jenis dan beratnya kelainan serta tahanan vaskuler paru (Roebiono,2003).

###### **a. Defek Septum Atrium (Atrial Septal Defect-ASD)**

Adalah Defek pada sekat yang memisahkan atrium kiri dan kanan. Pada DSA, presentasi klinisnya agak berbeda karena defek berada di septum atrium dan aliran dari kiri ke kanan yang terjadi selain menyebabkan aliran ke paru yang berlebihan juga menyebabkan beban volume pada jantung

kanan.

b. Defek Septum Ventrikuler (Ventricular Septal Defect-VSD)

Adalah Kelainan jantung berupa lubang pada sekat antar bilik jantung, menyebabkan kebocoran aliran darah pada bilik kiri dan kanan jantung. Hal ini mengakibatkan sebagian darah kaya oksigen kembali ke paru-paru, sehingga menghalangi darah rendah oksigen memasuki paru-paru . DSV merupakan malformasi jantung yang paling sering, meliputi 25% PJB. Gejala utama dari kelainan ini adalah gangguan pertumbuhan, sulit ketika menyusu, nafas pendek dan mudah lelah.

c. Duktus Arteriosus Paten (Patent Ductus Arteriosus-PDA)

*Patent Ductus Arteriosus* (PDA) atau duktus arteriosus persisten adalah duktus arteriosus yang tetap membuka setelah bayi lahir. Kelainan ini banyak terjadi pada bayi-bayi yang lahir premature . Duktus Arteriosus Persisten (DAP) disebabkan oleh duktus arteriosus yang tetap terbuka setelah bayi lahir. Jika duktus tetap terbuka setelah penurunan resistensi vaskular paru, maka darah aorta dapat bercampur ke darah arteri pulmonalis.

d. Stenosis Pulmoner (Pulmonary Stenosis- SP)

Adalah Pada stenosis pulmonalis (SP) terjadi obstruksi aliran keluar ventrikel kanan atau arteri pulmonalis dan cabang-cabangnya. Status gizi penderita dengan stenosis pulmonal umumnya baik dengan penambahan berat badan yang memuaskan. Bayi dan anak dengan stenosis ringan umumnya asimptomatik dan tidak sianosis sedangkan neonatus dengan stenosis berat atau kritis akan terlihat takipneu dan sianosis.

e. Koarktasio Aorta (Coarctatio Aorta- CA)

Koarktasio Aorta (KA) adalah penyempitan terlokalisasi pada aorta yang umumnya terjadi pada daerah duktus arteriosus. Tanda yang klasik pada kelainan ini adalah tidak terabanya nadi femoralis serta dorsalis pedis sedangkan nadi brakialis teraba normal.<sup>1,2</sup> Koarktasio aorta pada anak besar

seringkali asimtomatik. Sebagian besar dari pasien mengeluh sakit kepala, nyeri di tungkai dan kaki, atau terjadi epistaksis.

## **2. Penyakit Jantung Bawaan Sianotik**

Pada PJB sianotik didapatkan kelainan struktur dan fungsi jantung sedemikian rupa sehingga sebagian atau seluruh darah balik vena sistemik yang mengandung darah rendah oksigen kembali beredar ke sirkulasi sistemik. Adapun Macam-Macam Penyakit Jantung Bawaan Sianotik Yaitu :

### **a. *Tetralogi Fallot***

Merupakan PJB sianotik yang paling banyak ditemukan, kurang lebih 10% dari seluruh PJB. Salah satu manifestasi yang penting pada Tetralogi Fallot adalah terjadinya serangan sianotik (*cyanotic spells*) yang ditandai oleh timbulnya sesak napas mendadak, nafas cepat dan dalam, sianosis bertambah, lemas, bahkan dapat disertai dengan kejang.

### **b. *Transposisi Pembuluh Darah Besar (Transposition Of The Great Arteries-TGAs)***

Merupakan Suatu penyakit atau kelainan jantung bawaan yang dimana Atresia dapat mengenai katup pulmonal, a.pulmonalis, atau infundibulum, sehingga seluruh curah ventrikel kanan dialirkan ke dalam aorta.

### **2.1.3 Etiologi Penyakit Jantung Bawaan (PJB)**

Pada sebagian besar kasus, penyebab dari PJB ini tidak diketahui (Sastroasmoro, 1994). Beberapa faktor yang diyakini dapat menyebabkan PJB ini secara garis besar dapat kita klasifikasikan menjadi dua golongan besar, yaitu genetik dan lingkungan. Selain itu, penyakit jantung bawaan juga dapat disebabkan oleh faktor prenatal. Berikut ini beberapa penyebab terjadinya penyakit jantung bawaan karena faktor prenatal, genetic dan lingkungan.

#### **1. Faktor Prenatal :**

- a. Ibu menderita penyakit infeksi.
- b. Ibu alkoholisme.

- c. Umur ibu lebih dari 40 tahun.
- d. Ibu menderita penyakit Diabetes Mellitus (DM) yang memerlukan insulin.

## **2. Faktor Genetic**

Hal yang penting kita perhatikan adalah adanya riwayat keluarga yang menderita penyakit jantung, seperti :

- b. Anak yang lahir sebelumnya menderita penyakit jantung bawaan.
- c. Ayah / Ibu menderita penyakit jantung bawaan.
- d. Lahir dengan kelainan bawaan yang lain.

Hal lain yang juga berhubungan adalah adanya kenyataan bahwa sekitar 10% penderita PJB mempunyai penyimpangan pada kromosom, misalnya pada Sindroma Down (Mulyadi, 2006).

## **3. Faktor Lingkungan**

Beberapa hal yang perlu diperhatikan adalah:

- a. Paparan lingkungan yang tidak baik, misalnya menghirup asap rokok.
- b. Rubella, infeksi virus ini pada kehamilan trimester pertama, akan menyebabkan penyakit jantung bawaan.
- c. Diabetes, bayi yang dilahirkan dari seorang ibu yang menderita diabetes tidak terkontrol mempunyai risiko sekitar 3-5% untuk mengalami penyakit jantung bawaan
- d. Alkohol, seorang ibu yang alkoholik mempunyai insiden sekitar 25-30% untuk mendapatkan bayi dengan penyakit jantung bawaan
- e. Ekstasi dan obat-obat lain, seperti diazepam, corticosteroid, phenothiazin, dan kokain akan meningkatkan insiden penyakit jantung bawaan (Dyah Primasari, 2012).

### **2.1.4 Patofisiologi Penyakit Jantung Bawaan (PJB)**

Dalam keadaan normal darah akan mengalir dari daerah yang bertekanan tinggi ke daerah yang bertekanan rendah. Daerah yang bertekanan tinggi ialah

jantung kiri sedangkan daerah yang bertekanan rendah adalah jantung kanan. Sistem sirkulasi paru mempunyai tahanan yang rendah sedangkan sirkulasi sistemik memiliki tahanan yang tinggi.

Apabila terjadi hubungan antara rongga-rongga jantung yang bertekanan tinggi dengan rongga-rongga jantung yang bertekanan rendah akan terjadi aliran darah dari rongga jantung yang bertekanan tinggi ke jantung yang bertekanan rendah. Sebagai contoh adanya Defek pada sekat ventrikel, maka akan terjadi aliran darah dari ventrikel kiri ke ventrikel kanan. Kejadian ini disebut *Pirau (Shunt)* kiri ke kanan. Sebaliknya pada obstruksi arteri pulmonalis dan defek septum ventrikel tekanan rongga jantung kanan akan lebih tinggi dari tekanan rongga jantung kiri sehingga darah dari ventrikel kanan yang miskin akan oksigen mengalir dari defek tersebut ke ventrikel kiri yang kaya akan oksigen, keadaan ini disebut dengan Pirau (Shunt) kanan ke kiri yang dapat berakibat kurangnya kadar oksigen pada sirkulasi sistemik. Kadar oksigen yang terlalu rendah akan menyebabkan Sianosis.

Kelainan Jantung Bawaan pada umumnya dapat menyebabkan hal-hal sebagai berikut :

1. Peningkatan kerja jantung, dengan gejala :kardio megali, hipertropi, takhikardia.
2. Curah jantung yang rendah, dengan gejala : gangguan pertumbuhan, intoleransi terhadap aktivitas.
3. Hipertensi pulmonal, dengan gejala : Dispnea, takhipnea.
4. Penurunan saturasi oksigen arteri, dengan gejala : polisitemia, asidosis, sianosis.

#### **2.1.5 Manifestasi Klinis Penyakit Jantung Bawaan (PJB)**

Tanda dan gejala Penyakit Jantung Bawaan sangat bervariasi tergantung dari jenis dan berat kelainan. Penyakit Jantung B yang berat bisa dikenali saat kehamilan atau segera setelah kelahiran. Sedangkan PJB yang ringan sering tidak menampilkan gejala, dan diagnosisnya didasarkan pada pemeriksaan fisik dan tes khusus untuk alasan yang lain. Gejala dan tanda PJB yang mungkin terlihat pada bayi atau anak-anak antara lain:

1. Bernafas cepat
2. Sianosis (suatu warna kebiru-biruan pada kulit, bibir, dan kuku jari tangan)



3. Cepat lelah
4. Peredaran darah yang buruk dan
5. Nafsu makan berkurang.

Pertumbuhan dan perkembangan yang normal tergantung dari beban kerja jantung dan aliran darah yang kaya oksigen ke seluruh tubuh. Bayi dengan PJB sejak lahir mungkin punya sianosis atau mudah lelah saat pemberian makan. Sebagai hasilnya, pertumbuhan mereka tidak sesuai dengan seharusnya.

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

1. Kadang-kadang terdapat tanda-tanda gagal jantung
2. Machinery mur-mur persisten (sistolik, kemudian menetap, paling nyata terdengar di tepi sternum kiri atas)
3. Tekanan nadi besar (water hammer pulses) / Nadi menonjol dan meloncat-loncat, Tekanan nadi yang lebar (lebih dari 25 mm Hg)
4. Takhikardia (denyut apeks lebih dari 170), ujung jari hiperemik
5. Resiko endokarditis dan obstruksi pembuluh darah pulmonal.
6. Infeksi saluran nafas berulang, mudah lelah

#### **2.1.6 Komplikasi Penyakit Jantung Bawaan (PJB)**

Ada beberapa Komplikasi yang di timbulkan oleh penyakit Jantung Bawaan , antara Lain :

1. Sindrom Eisenmenger merupakan komplikasi yang terjadi pada PJB non sianotik yang meyebabkan alairan darah ke paru yang meningkat. Akibatnya lamakelaman pembuluh kapiler diparu akan bereksi dengan meningkatkan resistensinya sehingga tekanan di arteri pulmonal dan diventrikel kanan meningkat.

2. Serangan sianotik, pada serangan ini anak atau pasien menjadi lebih biru dari kondisi sebelumnya tampak sesak bahkan dapat menimbulkan kejang.
3. Abses otak, biasanya terjadi pada PJB sianotik biasanya abses otak terjadi pada anak yang berusia diatas 2 tahun yang diakibatkan adanya hipoksia dan melambatkannya aliran darah di otak.
4. Endokarditis
5. Obstruksi pembuluh darah pulmonal
6. CHF
7. Hepatomegali (jarang terjadi pada bayi prematur)
8. Enterokolitis nekrosis
9. Gangguan paru yang terjadi bersamaan (misalnya sindrom gawat nafas atau displasia bronkopulmoner)
10. Perdarahan gastrointestinal (GI), penurunan jumlah trombosit
11. Hiperkalemia (penurunan keluaran urin.
12. Aritmia
13. Gagal tumbuh

### **2.1.7 Penatalaksanaan Penyakit Jantung Bawaan (PJB)**

#### **1. Farmakologis**

Secara garis besar penatalaksanaan pada pasien yang menderita Penyakit Jantung Bawaan dapat dilakukan dengan 2 cara yakni dengan cara pembedahan dan kateterisasi jantung.

- a. Metode Operatif : Setelah pembiusan umum dilakukan, dokter akan membuat sayatan pada dada, menembus tulang dada atau rusuk sampai jantung dapat terlihat. Kemudian fungsi jantung digantikan oleh sebuah alat yang berfungsi untuk memompa darah keseluruh tubuh yang dinamakan Heart lungbypass yang juga menggantikan fungsi paru-paru untuk pertukaran oksigen setelah itu jantung dapat dihentikan detaknya dan dibuka untuk memperbaiki kelainan yang ada, seperti apabila ada lubang pada

septum jantung yang normalnya tertutup, maka lubang akan ditutup dengan alat khusus yang dilekatkan pada septum jantung.

- b. Kateterisasi jantung : prosedur kateterisasi umumnya dilakukan dengan memasukkan kateter atau selang kecil yang fleksibel didalamnya dilengkapi seperti payung yang dapat dikembangkan untuk menutup defek jantung, kateter dimasukkan melalui pembuluh darah balik atau vena dipangkal paha atau lengan. Untuk membimbing jalannya kateter, dokter menggunakan monitor melalui fluoroskopi angiografi atau dengan tuntunan transesofageal ekokardiografi (TEE)/Ekokardiografi biasa sehingga kateter dapat masuk dengan tepat menyusuri pembuluh darah, masuk kedalam defek atau lubang, mengembangkan alat diujung kateter dan menutup lubang dengan sempurna. Prosedur ini dilakukan dalam pembiusan umum sehingga anak/pasien tidak melakukan sakit. Keberhasilan prosedur kateterisasi ini untuk penangana PJB dilaporkan lebih dari 90% namun tetap diingn bahwa tidak semua jenis PJB dapat diintervensi dengan metode ini. Pada kasus defek septum jantung yang terlalu besar dan kelainan struktur jantung tertentu seperti jantung yang berada diluar rongga dada (jantung ektopik) dan tetralogi fallot yang parah tetap membutuhkan operatif terbuka.

## 2. Non- Farmakologis

- a. Sedangkan Secara Non-Farmakologis dapat Diberikan Tambahan Susu Formula dengan kalori yang tinggi dan suplemen untuk air Susu Ibu dibutuhkan pada bayi yang menderita PJB. Terutama pada bayi yang lahir premature dan bayi-bayi yang cepat lelah saat menyusui.
- b. Pada Pasien/Anak Yang Menghadapi atau dicurigai menderita PJB dapat dilakukan tindakan , Seperti :
- c. Menempatkan pasien khususnya neonatus pada lingkungan yang hangat dapat dilakukan dengan membedong atau menempatkannya pada inkubator.
- d. Memberikan Oksigen

- e. Memberikan cairan yang cukup dan mengatasi gangguan elektrolit serta asam basa.

## **2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian menurut Wiwik dan Sulisty (2008) antara lain :

#### 1. Identitas Pasien

Pada klien penderita Penyakit Jantung Bawan (PJB) diantaranya terjadi pada usia 35-55 tahun. Klien yang menderita Penyakit Jantung Bawan (PJB) umumnya terjadi pada lak-laki dan perempuan sejak lahir.

#### 2. Keluhan utama

Keluhan utama yang timbul pada pasien dengan Penyakit Jantung Bawan (PJB) yaitu sering merasa lemah dan letih, pucat dan sianosis

#### 3. Riwayat kesehatan

##### a. Riwayat kesehatan sekarang

- 1) Kelemahan, kelelahan, tidak dapat tidur.
- 2) Faktor perangsang nyeri yang spontan.
- 3) Kualitas nyeri: rasa nyeri digambarkan dengan rasa sesak yang berat atau mencekik.
- 4) Lokasi nyeri: dibawah atau sekitar leher, dengan dagu belakang, bahu atau lengan.
- 5) Beratnya nyeri: dapat dikurangi dengan istirahat atau pemberian nitrat.
- 6) Waktu nyeri: berlangsung beberapa jam atau hari, selama serangan pasien memegang dada atau menggosok lengan kiri.
- 7) Diaforeasi, muntah, mual, kadang-kadang demam, dispnea.
- 8) Syndrom syock dalam berbagai tingkatan.

##### b. Riwayat kesehatan dahulu

Pada umumnya kasus penyakit jantung bawaan (PJB) keadaan umumnya melemah sejak kecil hingga dewasa

##### c. Riwayat kesehatan keluarga

Adannya riwayat keluarga yang mengalami penyakit jantung atau Penyakit Jantung Bawan (PJB).

#### 4. Keadaan Umum

Pada pemeriksaan keadaan umum, kesadaran klien Penyakit Jantung Bawan (PJB) biasanya baik atau kompos mentis (CM) dan akan berubah sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi sistem saraf pusat.

##### a. B1 (Breathing)

Klien terlihat sesak, frekuensi napas melebihi normal dan mengeluh sesak napas seperti tercekik. Dispnea kardiak biasanya ditemukan. Sesak napas terjadi akibat pengerahan tenaga dan disebabkan oleh kenaikan tekanan akhir diastolik ventrikel kiri yang meningkatkan tekanan vena pulmonalis. Hal ini terjadi karena terdapat kegagalan peningkatan curah darah oleh ventrikel kiri pada saat melakukan kegiatan fisik. Dispnea kardiak pada Infark Miokardium yang kronis dapat timbul pada saat istirahat.

##### b. B2 (Blood)

###### 1) Inspeksi

Inspeksi adanya jaringan parut pada dada klien. Keluhan lokasi nyeri biasanya didaerah substernal atau nyeri diatas perikardium. Penyebaran nyeri dapat meluas didada. Dapat terjadi nyeri dan ketidakmampuan menggerakkan bahu dan tangan.

###### 2) Palpasi

Denyut nadi perifer melemah. Thrill pada Infark Miokard Akut (IMA) tanpa komplikasi biasanya ditemukan.

###### 3) Auskultasi

Tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan volume sekuncup yang disebabkan Infark Miokard Akut (IMA). Bunyi jantung tambahan akibat kelainan katup biasanya tidak ditemukan pada Infark Miokard Akut (IMA) tanpa komplikasi.

- 4) Perkusi
- 5) Batas jantung tidak mengalami pergeseran.
- c. B3 (Brain)

Kesadaran umum klien biasanya CM. Tidak ditemukan sianosi perifer. Pengkajian obyektif klien, yaitu wajah meringis, perubahan postur tubuh, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat yang merupakan respon dari adanya nyeri dada akibat infark pada miokardium.
- d. B4 (Bladder)

Pengukuran volume output urine berhubungan dengan intake cairan klien. Oleh karena itu, perawat perlu memonitor adanya oliguri pada klien dengan Infark Miokard Akut (IMA) karena merupakan tanda awal syok kardiogenik.
- e. B5 (Bowel)

Klien biasanya mengalami mual dan muntah. Pada palpasi abdomen ditemukan nyeri tekan pada ke empat kuadran, penurunan peristaltik usus yang merupakan tanda utama Infark Miokard Akut (IMA).
- f. B6 (Bone)

Aktivitas klien biasanya mengalami perubahan. Klien sering merasa kelemahan, kelelahan, tidak dapat tidur, pola hidup menetap, dan jadwal olahraga tidak teratur. Tanda klinis lain yang ditemukan adalah takikardi, dispnea pada saat istirahat maupun saat beraktivitas. Kaji personale hygiene klien dengan menanyakan apakah klien mengalami kesulitan melakukan tugas perawatan diri.

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015-2017)**

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk suplai oksigen
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru
3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen biologis (iskemia)

5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan intake nutrisi tidak adekuat
6. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik
7. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
8. Ansietas berhubungan dengan defisit pengetahuan mengenai kondisi dan pencegahan
9. Defisit pengetahuan mengenai kondisi dan pencegahan berhubungan dengan kurangnya informasi

### **2.2.3 Rencana Keperawatan Berdasarkan NOC & NIC Edisi 8**

**Diagnosa 1 :** Ketidakefektifan perfusi jaringan jantung berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk suplai oksigen

**NOC :**

1. *Circulation status* (Status sirkulasi)
2. *Tissue Perfusion : Cardiac* (Perfusi Jaringan Jantung)

**Kriteria Hasil :**

1. Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :
2. Tekanan systole dandiastole dalam rentang yang diharapkan
3. Tidak ada ortostatikhipertensi
4. Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg)
5. Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan:
  - a. Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan
  - b. Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi
  - c. Memproses informasi
  - d. Membuat keputusan dengan benar
  - e. Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran mambaik, tidak ada gerakan gerakan involunter

**NIC :**

***Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)***

1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul
2. Monitor adanya parestese
3. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lisi atau laserasi
4. Gunakan sarung tangan untuk proteksi
5. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung
6. Monitor kemampuan BAB
7. Kolaborasi pemberian analgetik
8. Monitor adanya tromboplebitis
9. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

**Diagnosa 2 :** Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan menurunnya ekspansi paru ditandai dengan sesak, RR <24 x/menit, terdapat pernafasan cuping hidung.

**NOC :**

1. *Respiratory status* : Ventilation (Status respirasi: Ventilasi)
2. *Respiratory status* : *Airway patency* (Status respirasi: Patensi jalan napas)
3. *Vital sign Status* (Status tanda-tanda vital)

**Kriteria Hasil :**

1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips/pergerakan bibir)
2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)
3. Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)

**NIC :**

***Airway Management (Manajemen jalan napas)***

1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu



2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan
4. Pasang mayo bila perlu
5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu
6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction
7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
8. Lakukan suction pada mayo
9. Berikan bronkodilator bila perlu
10. Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab
11. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.
12. Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub>

#### ***Oxygen Therapy (Terapi Oksigen)***

1. Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea
2. Pertahankan jalan nafas yang paten
3. Atur peralatan oksigenasi
4. Monitor aliran oksigen
5. Pertahankan posisi pasien
6. Onservasi adanya tanda tanda hipoventilasi
7. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

#### ***Vital sign Monitoring (Monitoring tanda-tanda vital)***

1. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR
2. Catat adanya fluktuasi tekanan darah
3. Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri
4. Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan
5. Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas
6. Monitor kualitas dari nadi
7. Monitor frekuensi dan irama pernapasan
8. Monitor suara paru
9. Monitor pola pernapasan abnormal

10. Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit
11. Monitor sianosis perifer
12. Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik)
13. Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign

**Diagnosa 3 :** Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas jantung ditandai dengan perubahan EKG, palpitasi, takikardia, edema, keletihan, murmur, penurunan nadi perifer, oliguria, pengisian ulang kapiler memanjang, perubahan warna kulit, crackles, batuk, ortopnea, dispnea paroksimal nocturnal, bunyi S3, atau bunyi S4

**NOC :**

1. *Cardiac Pump effectiveness* (Pompa jantung efektif)
2. *Circulation Status* (Status sirkulasi)
3. *Vital Sign Status* (Status tanda-tanda vital)

**Kriteria Hasil:**

1. Tanda Vital dalam rentang normal (Tekanan darah, Nadi, respirasi)
2. Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan
3. Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites
4. Tidak ada penurunan kesadaran

**NIC :**

***Cardiac Care (Perawatan Jantung)***

1. Evaluasi adanya nyeri dada ( intensitas, lokasi, durasi)
2. Catat adanya disritmia jantung
3. Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output
4. Monitor status kardiovaskuler
5. Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung
6. Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfusi
7. Monitor balance cairan
8. Monitor adanya perubahan tekanan darah

9. Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia
10. Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan
11. Monitor toleransi aktivitas pasien
12. Monitor adanya dyspneu, fatigue, tekipeu dan ortopneu
13. Anjurkan untuk menurunkan stress

***Vital Sign Monitoring (Monitoring TTV)***

1. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR
2. Catat adanya fluktuasi tekanan darah
3. Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri
4. Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan
5. Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas
6. Monitor kualitas dari nadi
7. Monitor jumlah dan irama jantung
8. Monitor frekuensi dan irama pernapasan
9. Monitor suara paru
10. Monitor pola pernapasan abnormal
11. Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit
12. Monitor sianosis perifer
13. Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik)

**Diagnosa 4 :** Nyeri akut berhubungan dengan agen biologis (iskemia)

**NOC :**

1. *Pain level* (Level nyeri)
2. *Pain control* (Kontrol nyeri)
3. *Comfort level* (Level kenyamanan)

**Kriteria Hasil :**

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri

3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
5. Tanda vital dalam rentang normal

**NIC :**

***Pain management (Manajemen nyeri)***

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau
7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
9. Kurangi faktor presipitasi nyeri
10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)
11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi
13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
15. Tingkatkan istirahat
16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

***Analgesic Administration (Administrasi analgesic)***

1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
3. Cek riwayat alergi
4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
6. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
7. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
9. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
10. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)

**Diagnosa 5 :** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan intake nutrisi tidak adekuat

**NOC :**

1. *Nutritional status: Food and fluid intake* (Status nutrisi: Intake makanan dan cairan)
2. *Nutritional status: nutrient intake* (Status nutrisi: Intake nutrisi)
3. *Weight control* (Kontrol berat badan)

**Kriteria Hasil :**

1. Mengerti factor yang meningkatkan berat badan
2. Mengidentifikasi tingkah laku dibawah kontrol klien
3. Memodifikasi diet dalam waktu yang lama untuk mengontrol berat badan
4. Penurunan berat badan 1-2 pounds/mgg
5. Menggunakan energi untuk aktivitas sehari hari

**NIC :**

***Nutrition management (Manajemen nutrisi)***

1. Kaji adanya alergi makanan

2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.
3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe
4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
5. Berikan substansi gula
6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
7. Berikan makanan yang terpilih ( sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)
8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.
9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
11. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan

***Weight management (Manajemen berat badan)***

1. Diskusikan bersama pasien mengenai hubungan antara intake makanan, latihan, peningkatan BB dan penurunan BB
2. Diskusikan bersama pasien mengenai kondisi medis yang dapat mempengaruhi BB
3. Diskusikan bersama pasien mengenai kebiasaan, gaya hidup dan factor herediter yang dapat mempengaruhi BB
4. Diskusikan bersama pasien mengenai risiko yang berhubungan dengan BB berlebih dan penurunan BB
5. Dorong pasien untuk merubah kebiasaan makan
6. Perkirakan BB badan ideal pasien

**Diagnosa 6 :** Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik

**NOC :**

1. *Energy conservation* (Konservasi energi)
2. *Self Care : ADLs* (Perawatan diri: Kegiatan sehari-hari)

**Kriteria Hasil :**

1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri

**NIC :**

***Energy Management (Manajemen energy)***

1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. Dorong anal untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan
3. Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
4. Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat
5. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
6. Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas
7. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien

***Activity Therapy (Terapi aktivitas)***

1. Kolaborasi dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.
2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social
4. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan
5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek
6. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai
7. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang
8. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas
9. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas
10. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
11. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual

**Diagnosa 7 :** Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan edema ekstremitas dan turgor kulit tidak elastis.

**NOC :**

1. *Electrolit and acid base balance* (balans elektrolit dan asam basa)
2. *Fluid balance* (Balans cairan)

**Kriteria Hasil:**

1. Terbebas dari edema, efusi, anaskara
2. Bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu/ortopneu
3. Terbebas dari distensi vena jugularis, reflek hepatojugular (+)
4. Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal
5. Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan
6. Menjelaskan indikator kelebihan cairan

**NIC :**

***Fluid management* (Manajemen cairan)**

1. Timbang popok/pembalut jika diperlukan
2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
3. Pasang urin kateter jika diperlukan
4. Monitor hasil IAb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN , Hmt , osmolalitas urin )
5. Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWP
6. Monitor vital sign
7. Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan (cracles, CVP , edema, distensi vena leher, asites)
8. Kaji lokasi dan luas edema
9. Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian
10. Monitor status nutrisi



11. Kolaborasi pemberian diuretik sesuai interuksi
12. Batasi masukan cairan pada keadaan hiponatremi dilusi dengan serum Na < 130 mEq/l
13. Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk

***Fluid Monitoring (Monitoring cairan)***

1. Tentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi
2. Tentukan kemungkinan faktor resiko dari ketidak seimbangan cairan (Hipertermia, terapi diuretik, kelainan renal, gagal jantung, diaporesis, disfungsi hati, dll )
3. Monitor berat badan
4. Monitor serum dan elektrolit urine
5. Monitor serum dan osmolalitas urine
6. Monitor BP, HR, dan RR
7. Monitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung
8. Monitor parameter hemodinamik infasif
9. Catat secara akurat intake dan output
10. Monitor adanya distensi leher, rinchi, eodem perifer dan penambahan BB
11. Monitor tanda dan gejala dari odema

**Diagnosa 8 :** Ansietas berhubungan dengan defisit pengetahuan mengenai kondisi dan pencegahan

**NOC :**

1. *Anxiety control* (Kontrol cemas)
2. *Coping* (Koping)
3. *Impulse control* (Kontrol kemauan/dorongan hati)

**Kriteria Hasil :**

1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
2. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas
3. Vital sign dalam batas normal

4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan

**NIC :**

***Anxiety Reduction* (penurunan kecemasan)**

1. Gunakan pendekatan yang menenangkan
2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien
3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
4. Pahami perspektif pasien terhadap situasi stres
5. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut
6. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis
7. Dorong keluarga untuk menemani anak
8. Lakukan back / neck rub
9. Dengarkan dengan penuh perhatian
10. Identifikasi tingkat kecemasan
11. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan
12. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi
13. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi
14. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan

**Diagnosa 9 :** Defisit pengetahuan mengenai kondisi dan pencegahan berhubungan dengan kurangnya informasi

**NOC :**

1. ***Knowledge : disease process*** (Pengetahuan proses penyakit)
2. ***Knowledge : health Behavior*** (Pengetahuan : tingkah laku kesehatan).

**Kriteria Hasil :**

1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan.
2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.

3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.

**NIC : *Teaching : disease Process*** (Pengajaran : proses penyakit)

1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik.
2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.
3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat.
4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat.
5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat.
6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat.
7. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan.
8. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat

#### **2.1.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan bagian dari proses keperawatan. Tujuan implementasi adalah mengatasi masalah yang terjadi pada manusia. Setelah rencana keperawatan disusun, maka rencana tersebut diharapkan dalam tindakan nyata untuk mencapai tujuan yang diharapkan, tindakan tersebut harus terperinci sehingga dapat diharapkan tenaga pelaksanaan keperawatan dengan baik dan sesuai dengan waktu yang ditentukan Implementasi ini juga dilakukan oleh perawat dan harus menjunjung tinggi harkat dan martabat sebagai manusia yang unik (Price & Wilson, 2009).

#### **2.1.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tahapan akhir dari proses keperawatan. Evaluasi menyediakan nilai informasi mengenai pengaruh intervensi yang telah

direncanakan dan merupakan perbandingan dari hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan (Price & Wilson, 2009). Menurut Price & Wilson (2009), evaluasi keperawatan ada 2 yaitu:

1. Evaluasi proses (formatif) yaitu evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan. Berorientasi pada etiologi dan dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.
2. Evaluasi hasil (sumatif) yaitu evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna. Berorientasi pada masalah keperawatan dan menjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan. Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

## **BAB 3**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1 Hasil Studi Kasus**

##### **3.1.1 Pengkajian**

Studi kasus dilakukan di RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang, pada tanggal 8 – 11 Juli 2019 di ruang ICCU. Pasien yang dirawat berinisial Nn. T. T berusia 18 tahun, jenis kelamin perempuan, agama kristen protestan, pekerjaan pelajar, alamat naikoten I, No Register 385314, masuk rumah sakit pada tanggal 06 Juli 2019 pukul 11.13 dengan diagnosa medis Penyakit Jantung Bawaan ( PJB ), sumber informasi dari pasien, keluarga dan catatan perawatan.

Hasil pengkajian pada tanggal 08 Juli 2019 jam 09.00 didapatkan hasil keluhan utama Nn. T.T mengatakan badan terasa lemah, capek dan sesak napas saat melakukan aktifitas seperti duduk, miring kiri atau kanan, pasien juga susah melakukan kegiatan sehari - hari. Sebelum sakit Nn. T.T mengatakan mengalami sakit ini sejak kecil, dan menurut dokter dia mengalami Penyakit Jantung Bawaan, pasien juga sering masuk RS

##### **Pengkajian primer :**

Airway (jalan nafas): tidak ada sumbatan jalan nafas Nn. T.T bebas, Breathing (pernafasan): pasien Nn T. T mengalami sesak nafas, menggunakan otot bantu nafas, frekuensi nafas 23x/menit, irama nafas tidak teratur, Circulation: Nadi 102x/menit, irama tidak teratur, denyut nadi kuat, TD 110/80 MmHg, dan 36,5°C. Berat badan 38 kg, tinggi badan 140 cm, IMT :  $38 : (1,40 \times 1,40) = 19,3$  dan status gizi baik ekstermitas hangat, warna kulit pucat, mukosa bibir sianosis, capillary refill time >3 detik, edema pada kedua tungkai Disability : tingkat kesadaran composmentis , reflek terhadap cahaya positif.

##### **Pengkajian sekunder :**

Muskuluskaletal : kekuatan Otot 5 pasien disarankan bedres total, ADL (personal hygiene, toileting) dibantu perawat dan keluarga, kebutuhan nutrisi: pasien mengatakan 2x sehari dengan menghabiskan setengah porsi, pola eliminasi BAK : pasien pakai pempres, jumlah urine tidak dapat diukur BAB : pasien mengatakan BAB pada pagi hari 1x dan sore hari 1x bising usus 20x/ menit. Pola istirahat dan tidur : pasien mengatakan tidak terganggu, pasien tidur sekitar 6-7 jam tanpa terbangun.

Hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah EKG dan pemeriksaan laboratorium, hasil yang didapatkan: hasil pemeriksaan EKG: Ventricular Hypertropi. Hasil pemeriksaan laboratorium. Dilakukan pada tanggal 06 Juli 2019 antara lain : Hemoglobin meningkat: 19,1 gr% (10,8-15,6 gr%), Jumlah eritrosit meningkat:  $8,6 \cdot 10^3/\text{ul}$  (Nilai normal 4,20-5,40  $10^3/\text{ul}$ ), Jumlah hematokrit meningkat : 64,4% (Nilai normalnya 37,0-47,0 %).

### 3.1.2 Perumusan Diagnosa

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data-data yang dikaji dimulai dengan menetapkan masalah, penyebab, dan data pendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah :

1. Penurunan Curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung data yang didapatkan :

Data Subyektif : Nn.T.T mengatakan merasakan Nn. T.T mengatakan badan terasa lemah, capek dan sesak napas saat melakukan aktifitas seperti duduk, miring kiri atau kanan, pasien juga susah melakukan kegiatan sehari - hari.

Data obyektif: Nn. T.T mengalami sesak nafas, perubahan elektrokardiogram (ventrikuler hypertropi), perubahan warna bibir (sianosis), batuk non produktif, kapiler refill time >3 detik, penggunaan otot bantu nafas, hasil EKG: ventricular hypertropi, Nadi 102x/menit.

2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, data yang didapatkan :

Data Subyektif : Nn. T.T mengatakan merasakan lelah dan capek

Data Obyektif : ADL (*activities of daily living*) dibantu oleh keluarga dan perawat seperti Toileting dan personal hygiene, TTV: TD.110/80 MmHg, N.102x/menit, S. 36.5<sup>0</sup>C, RR. 28x/menit, Hasil EKG ventricular hypertrophy, Hasil laboratorium HB 19.1gr/dL.

### 3.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan adalah sebagai suatu dokumen tulisan yang berisi tentang cara menyelesaikan masalah, tujuan, intervensi (**NOC & NIC 2013, edisi kelima**). Perencanaan tindakan keperawatan pada kasus ini didasarkan pada tujuan intervensi pada :

**Diagnosa keperawatan 1:** Penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakefektifan pompa jantung. **Goal:** pasien akan mempertahankan curah jantung yang normal selama dalam perawatan. **Obyektif:** setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan curah jantung pasien efektif. **NOC:** *Cardiac Pump effectiveness* (Pompa jantung efektif, *Circulation Status* (Status sirkulasi), *Vital Sign Status* (Status tanda-tanda vital). **Kriteria Hasil:** Tanda Vital dalam rentang normal (Tekanan darah, Nadi, respirasi), dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan, tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites, tidak ada penurunan kesadaran. **NIC: Cardiac Care (Perawatan Jantung):** 1) Catat adanya disritmia jantung. 2) Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output. 3) Monitor status kardiovaskuler. 4) Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung. 5) Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfusi. 6) Monitor adanya perubahan tekanan darah. 7) Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia. 8) Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan. 9) Anjurkan untuk menurunkan stress. **Vital Sign Monitoring (Minotoring TTV):** 1) Monitor tekanan darah dan nadi. 2) Monitor tekanan darah dan nadi sebelum, selama, dan setelah aktivitas. 3) Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit.

**Diagnosa keperawatan 2:** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan posisi tubuh yang mengganggu ekspansi paru. **Goal:** pasien akan mempertahankan

pola napas yang efektif selama dalam perawatan. **Obyektif:** setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola napas pasien efektif. **NOC:** *Respiratory status:* Ventilation (Status respirasi: Ventilasi), *Respiratory status :* *Airway patency* (Status respirasi: Patensi jalan napas), *Vital sign Status* (Status tanda-tanda vital). **Kriteria Hasil:** 1) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips/pergerakan bibir). 2) Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal). 3) Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan). **NIC:** *Airway Management (Manajemen jalan napas):* 1) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 2) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 3) Berikan bronkodilator (nebuliser). 4) Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub>. **Oxygen Therapy (Terapi Oksigen):** 1) Pertahankan jalan nafas yang paten. 2) Atur peralatan oksigenasi. 3) Monitor aliran oksigen. 4) Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi. **Vital sign Monitoring (Monitoring tanda-tanda vital):** 1) Monitor TD, nadi, suhu, dan RR. 2) Monitor frekuensi dan irama pernapasan

**Diagnosa keperawatan 3:** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. **Goal:** Pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan. **Obyektif:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien meningkat dalam beraktivitas. **NOC:** 1) *Energy conservation* (Konservasi energi). 2) *Self Care : ADLs* (Perawatan diri: Kegiatan sehari-hari). **Kriteria Hasil :** 1) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR. 2) Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri. **NIC :** **Energy Management (Manajemen energy):** 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Anjurkan pasien mengemukakan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Gunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan



baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.

### **3.1.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan respiratory distress syndrome sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya (Price & Wilson, 2009).

**Hari pertama** tanggal 08 Juli 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1:** Penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakefektifan pompa jantung. **Implementasi:** 1) Mencatat adanya disritmia jantung. 2) Mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output. 3) Memonitor status kardiovaskuler. 4) Memonitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung. 5) Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfusi. 6) Memonitor adanya perubahan tekanan darah. 7) Memonitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia. 8) Mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan. 9) Monitor tekanan darah dan nadi. 10) Menganjurkan untuk menurunkan stress. 11) Monitor tekanan darah dan nadi sebelum, selama, dan setelah aktivitas. 12) Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit.

**Diagnosa keperawatan 2:** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan posisi tubuh yang mengganggu ekspansi paru. **Implementasi:** 1) Memberikan posisi semifowler untuk memaksimalkan ventilasi. 2) Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 3) Memberikan nebuliser kepada pasien. 4) Memonitor respirasi dan status O<sub>2</sub>. 5) Mempertahankan jalan nafas yang paten. 6) Mengatur peralatan oksigenasi. 7) Memonitor aliran oksigen. 4) Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.

**Diagnosa keperawatan 3:** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. **Implementasi:** 1) Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Menganjurkan pasien mengemukakan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.

**Hari kedua** tanggal 09 Juli 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1:** Penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakefektifan pompa jantung. **Implementasi:** 1) Mencatat adanya disritmia jantung. 2) Mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output. 3) Memonitor status kardiovaskuler. 4) Memonitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung. 5) Monitor abdomen sebagai indikator penurunan perfusi. 6) Memonitor adanya perubahan tekanan darah. 7) Memonitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia. 8) Mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan. 9) Monitor tekanan darah dan nadi. 10) Menganjurkan untuk menurunkan stress. 11) Monitor tekanan darah dan nadi sebelum, selama, dan setelah aktivitas. 12) Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit.

**Diagnosa keperawatan 2:** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan posisi tubuh yang mengganggu ekspansi paru. **Implementasi:** 1) Memberikan posisi semifowler untuk memaksimalkan ventilasi. 2) Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 3) Memberikan nebuliser kepada pasien. 4) Memonitor respirasi dan status O<sub>2</sub>. 5) Mempertahankan jalan nafas yang paten. 6) Mengatur peralatan oksigenasi. 7) Memonitor aliran oksigen. 4) Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.

**Diagnosa keperawatan 3:** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. **Implementasi:** 1) Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Menganjurkan pasien mengemukakan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.

**Hari ketiga** tanggal 10 Juli 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1:** Penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakefektifan pompa jantung. **Implementasi:** 1) Mencatat adanya disritmia jantung. 2) Mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output. 3) Memonitor status kardiovaskuler. 4) Memonitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung. 5) Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfusi. 6) Memonitor adanya perubahan tekanan darah. 7) Memonitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia. 8) Mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan. 9) Monitor tekanan darah dan nadi. 10) Menganjurkan untuk menurunkan stress. 11) Monitor tekanan darah dan nadi sebelum, selama, dan setelah aktivitas. 12) Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit.

**Diagnosa keperawatan 2:** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan posisi tubuh yang mengganggu ekspansi paru. **Implementasi:** 1) Memberikan posisi semifowler untuk memaksimalkan ventilasi. 2) Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 3) Memberikan nebuliser kepada pasien. 4) Memonitor respirasi dan status O<sub>2</sub>. 5) Mempertahankan jalan nafas yang paten. 6) Mengatur peralatan oksigenasi. 7) Memonitor aliran oksigen. 4) Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.

**Diagnosa keperawatan 3:** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. **Implementasi:** 1) Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Mengajukan pasien mengajukan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.

### 3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien (Ngastiyah, 2005). Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang dilakukan.

**Evaluasi hari pertama** tanggal 08 Juli 2019. **Diagnosa 1 :** Penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakefektifan pompa jantung. **Jam 13.30, S:** Nn T.T. mengatakan pusing dan jantung berdebar. **O:** tampak keadaan umum Nn. T. T. lemah, sering memegang daerah dada, clubbing finger positif, TTV TD: 110/80 mmHg, adanya peningkatan nadi yaitu 102x/menit, tampak kulit dan bibir sianosis, hasil laboratorium jumlah eritrosit meningkat:  $8,6 \cdot 10^3/\text{ul}$  (Nilai normal 4,20-5,40  $10^3/\text{ul}$ ), Jumlah hematokrit meningkat: 64,4% (Nilai normalnya 37,0-47,0%). **A :** Masalah belum teratasi. **P :** Intervensi dilanjutkan. **Diagnosa keperawatan 2:** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan posisi tubuh yang mengganggu ekspansi paru. **Jam 13.30: S:** Nn. T.T mengatakan masih sesak napas dan batuk. **O:** Tampak keadaan umum Nn. T. T. lemah, masih tampak sesak napas dan batuk, RR 25x/menit, Nn T.T tampak terpasang O<sub>2</sub> nasal canule 8 ltr/mnt. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan. **Diagnosa keperawatan 3 :** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. **Jam 13.30, S :** Nn. T.T mengatakan

merasakan lemah dan capek. Data Obyektif : Semua ADLs (*activities of daily livings*) dibantu oleh keluarga dan perawat seperti toileting dan personal hygiene, hasil laboratorium Hemoglobin meningkat: 19,1 gr% (10,8-15,6 gr%). **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi dilanjutkan

**Evaluasi hari kedua** tanggal 98 Juli 2019. **Diagnosa 1** : Penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakefektifan pompa jantung. **Jam 13.30, S:** Nn T.T. mengatakan pusing dan jantung berdebar. **O:** tampak keadaan umum Nn. T. T. lemah, sering memegang daerah dada, clubbing finger positif, TTV TD: 110/80 mmHg, adanya peningkatan nadi yaitu 102x/menit, tampak kulit dan bibir sianosis, hasil laboratorium jumlah eritrosit meningkat:  $8,6 \cdot 10^3/\text{ul}$  (Nilai normal 4,20-5,40  $10^3/\text{ul}$ ), Jumlah hematokrit meningkat: 64,4% (Nilai normalnya 37,0-47,0%). **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi dilanjutkan. **Diagnosa keperawatan 2:** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan posisi tubuh yang mengganggu ekspansi paru. **Jam 13.30: S:** Nn. T.T mengatakan tidak sesak napas dan batuk berkurang. **O:** Tampak keadaan sedang, bernapas dengan baik, dan batuk sesekali, RR 20x/menit. **A:** Masalah teratasi. **P:** Intervensi dihentikan. **Diagnosa keperawatan 3** : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. **Jam 13.30, S** : Nn. T.T mengatakan merasakan lemah dan capek. Data Obyektif : Semua ADLs (*activities of daily livings*) dibantu oleh keluarga dan perawat seperti toileting dan personal hygiene, hasil laboratorium Hemoglobin meningkat: 19,1 gr% (10,8-15,6 gr%). **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi dilanjutkan

**Evaluasi hari ketiga** tanggal 10 Juli 2019. **Diagnosa 1** : Penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakefektifan pompa jantung. **Jam 13.30, S:** Nn T.T mengatakan pusing dan jantung berdebar. **O:** tampak keadaan umum Nn. T. T. lemah, sering memegang daerah dada, clubbing finger positif, TTV TD: 110/80 mmHg, adanya peningkatan nadi yaitu 102x/menit, tampak kulit dan bibir sianosis, hasil laboratorium jumlah eritrosit meningkat:  $8,6 \cdot 10^3/\text{ul}$  (Nilai normal 4,20-5,40  $10^3/\text{ul}$ ), Jumlah hematokrit meningkat: 64,4% (Nilai normalnya 37,0-47,0%). **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan. **Diagnosa**

**keperawatan 2** : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. **Jam 13.30, S** : Nn. T.T mengatakan merasakan lemah dan capek. Data Obyektif : Semua ADLs (*activities of daily livings*) dibantu oleh keluarga dan perawat seperti toileting dan personal hygiene, hasil laboratorium Hemoglobin meningkat: 19,1 gr% (10,8-15,6 gr%). **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

### **3.2 Pembahasan**

Pada bagian ini membuat pembahasan mengenai adanya kesenjangan antara teori dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 08 Juli 2019 sampai dengan 10 Juli 2019 di ruangan ICCU RSUD Prof.DR. W.Z. Yohannes Kupang. Pembahasan yang dimaksud adalah meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### **3.2.1 Pengkajian**

Dari hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien mengatakan mudah lelah, sesak tanpa melakukan aktifitas, menggunakan otot bantu nafas, frekuensi nafas 23x/menit, irama nafas tidak teratur, Nadi 102x/menit, irama tidak teratur, denyut nadi lemah, TD 110/80 MmHg, ekstermitas hangat, warna kulit pucat, mukosa bibir kering, capillary refill time >3 detik, edema pada kedua tungkai, hasil EKG (ventricular hypertropi).

Menurut Majid (2016) pemeriksaan fisik yang didapatkan, auskultasi nadi apikal biasanya terjadi takikardi (walaupun dalam keadaan beristirahat), palpasi nadi perifer, nadi mungkin cepat hilang dan tidak teratur, tekanan darah meningkat, pemeriksaan kulit; kulit pucat, dan sianosis, Dispneu, mudah lelah, dan ada edema perifer. Jadi tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena pada kasus nyata sesuai dengan teori.

Menurut Sylvia (2005) manifestasi klinis yang didapatkan pada pasien dengan gagal jantung kongestif adalah: dispneu atau perasaan sulit bernafas, batuk nonproduktif, edema perifer. Menurut Brunner and Suddarth (2001) manifestasi

klinis yang didapatkan pada pasien dengan gagal jantung kongestif adalah dispneu, batuk yang berhubungan dengan gagal ventrikel kiri bisa kering dan tidak produktif, mudah lelah, kegelisahan dan kecemasan, stres akibat kesakitan bernapas dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik.

### **3.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang didapatkan dari kasus terdiri dari : 1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. 2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Pada teori yang ditemukan oleh (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 1999) diagnosa pada pasien dengan Penyakit Jantung Bawaan ( PJB ) terdiri dari 9 diagnosa. Diagnosa yang ditegakkan pada kasus ini adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Hal ini disebabkan karena ada data yang cukup untuk diagnosa tersebut.

Diagnosa pada kasus yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung data yang didapatkan untuk menegakkan diagnosa ini adalah pasien mengatakan merasakan lelah dan capek, sesak saat melakukan aktifitas ringan, Nn. T.T mengalami sesak nafas, perubahan elektrokardiogram (ventrikuler hypertropi), perubahan warna kulit (pucat), batuk non produktif, kapiler refill time >3 detik, penggunaan otot bantu nafas, hasil EKG: ventricular hypertropi, Nadi 102x/menit, edema kedua tungkai. Batasan karakteristik diagnosa ini menurut (Herdman & Kamitsuru, 2017) adalah perubahan frekuensi/irama jantung, bradikardi, perubahan EKG, palpitasi jantung, takikardi, edema, keletihan, murmur jantung, peningkatan berat badan, perubahan warna kulit, perubahan nadi perifer, dispneu, oliguria, batuk, ansietas, gelisah.

Alasan diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung yaitu karena pasien sudah melewati fase kritis dan sudah mendapat pengobatan setelah 1x24 jam pertama. Pada diagnosa kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen, data yang didapatkan

untuk menegakkan diagnosa ini yaitu Nn.T.T mengatakan merasakan lelah dan capek, ADL (*activities of daily living*) dibantu oleh keluarga dan perawat seperti Toileting dan personal hygiene, TTV;TD.110/80 MmHg, N.102x/menit, S. 36.5<sup>0</sup>C, RR. 23x/menit Hasil EKG Ventrycular hypertropy, Hasil laboratorium HB 19,1g/dL. Batasan karakteristik menurut (Herdman & Kamitsuru, 2017) yaitu: respon tekanan darah abnormal terhadap aktifitas, respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktifitas, perubahan elektrokardiogram(EKG), ketidaknyamanan setelah beraktifitas, dispnea setelah beraktifitas, keletihan, kelemahan. Alasan diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditegakkan karena mendapatkan data yang cukup akurat untuk mengatasi masalah yang dialami pasien.

### **3.2.3 Intervensi Keperawatan**

Berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan, maka intervensi yang akan dilakukan ( Sue, Marion, Elizabeth, & L, 2016) yaitu: pada diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, intervensi yang direncanakan antara lain Memonitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas, memonitor suara nafas tambahan seperti ngorok dan mengi, memonitor peningkatan kelelahan dan kecemasan (sebelum dan setelah melakukan aktifitas ringan seperti duduk), memposisikan pasien semi fowler, memberikan bantuan terapi nafas jika diperlukan (misalnya nebulizer), meonitor EKG, memonitor onset karakteristik dan lamanya batuk. Pada teori intervensi yang direncanakan ada tujuh sedangkan pada kasus nyata yang dilaksanakan yaitu intervensi 1 sampai 6, sedangkan intervensi yang ke 7 tidak dilakukan karena pasien hanya batuk sesekali saja dan tidak ada produksi sputum saat batuk.

Diagnosa yang keduaintoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Intervensi yang akan direncanakan: mengkaji hambatan untuk melakukan aktifitas, mendukung individu untuk memulai atau melanjutkan latihan, mendampingi pasien pada saat menjadwalkan latihan secara rutin, melakukan latihan bersama individu jika perlu, memonitor tanda-tanda vital



sebelum dan setelah melakukan aktifitas. Pada teori yang direncanakan ada 5 intervensi, untuk diagnosa kedua ini semua intervensi yang direncanakan dilakukan oleh penulis karena sesuai dengan kebutuhan pasien.

#### **3.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi pada kasus dilakukan selama 3 hari. Untuk diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, tidak semua intervensi dilakukan kepada pasien. Yang tidak dilakukan adalah mencatat onset karakteristik dan adanya batuk dengan alasan batuk yang pasien alami hanya sesekali dan tidak mengeluarkan dahak.

Untuk diagnosa kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen semua intervensi yang ditetapkan dilakukan kepada pasien.

#### **3.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Diagnosa pertama penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung evaluasi Masalah teratasi sebagian, alasannya karena pada batasan karakteristik yang teratasi hanya tidak ada edema perifer sedangkan didalam teori tekanan darah dalam batas normal (110/70-130/80 mmHg), tingkat kelelahan berkurang, pasien tidak pucat dan tidak ada edema perifer.

Untuk diagnosa yang kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen evaluasi yang didapatkan, masalah teratasi sebagian, alasannya karena pada batasan karakteristik yang teratasi hanya kemudahan dalam melakukan aktifitas hidup harian yang dilakukan secara mandiri dan frekuensi nadi setelah beraktifitas 97x/menit, sedangkan didalam teori batasan karakteristik frekuensi nafas ketika beraktifitas normal(16-20x/menit), kemudahan bernafas saat beraktifitas, tekanan darah ketika beraktifitas(110/70-130/80 mmHg), temuan hasil EKG normal, kemudahan dalam melakukan aktifitas hidup harian.

### **3.3 Keterbatasan Studi Kasus**

Dalam melakukan penelitian studi kasus keperawatan pada pasien gagal jantung kongestif ini terdapat keterbatasan yaitupada orang dan waktunya. Orang

dalam hal ini pasien hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin didapatkan dari pasien lainnya.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian pada kasus Nn. T. T. penulis mendapatkan data-data yaitu: Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan adalah Nn. T. T. mengalami sakit yang berat, pada saat dilakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik pada tanggal 08 Juli 2019 pada Nn. T. T. yaitu : Pasien mengatakan merasa pusing, jantung berdebar, sesak napas, batuk, cepat merasa lemas saat bergerak, tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik, tampak ada tampak kulit dan bibir sianosis, adanya peningkatan tekanan nadi (102x/menit, hasil laboratorium jumlah eritrosit meningkat:  $8,6 \cdot 10^3/\text{ul}$  (Nilai normal  $4,20-5,40 \cdot 10^3/\text{ul}$ ), Jumlah hematokrit meningkat: 64,4% (Nilai normalnya 37,0-47,0%).
2. Dalam diagnosa keperawatan, penulis menetapkan 2 diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang ditemukan pada Nn. T. T. dengan prioritas masalah keperawatan yaitu Penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakefektifan pompa jantung, Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru dan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik..
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan antara lain: **Diagnosa 1:** Penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakefektifan pompa jantung. **Diagnosa 2:** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan posisi tubuh yang mengganggu ekspansi paru **Diagnosa 3:** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Semua intervensi yang sudah direncanakan sesuai dengan teori yang ada.

4. Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh perawat sudah sesuai dengan rencana tindakan yaitu: **Diagnosa 1:** Penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakefektifan pompa jantung. **Diagnosa 2:** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan posisi tubuh yang mengganggu ekspansi paru **Diagnosa 3:** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. **Diagnosa 1:** Penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakefektifan pompa jantung. **Diagnosa 2:** Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan posisi tubuh yang mengganggu ekspansi paru **Diagnosa 3:** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Semua implementasi yang dilaksanakan sesuai dengan rencana yang sudah ditentukan.
5. Evaluasi hasil yang didapatkan yaitu Nn. T. T. antara lain sebagian besar tidak sesuai dengan teori dan sebagian kecil sesuai teori. Dimana tidak ada penurunan hematokrit sehingga penurunan curah jantung masih terjadi, dan toleransi terhadap aktivitas belum efektif, sedangkan pola napas efektif. Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 27-29 Mei 2019, pasien masih merasa pusing dan lemah, hematokrit masih tinggi. Hal ini disebabkan karena penyakit jantung bawan yang tidak bisa disembuhkan secara total.

#### **4.2 Saran**

1. Bagi Perawat

Diharapkan bagi perawat-perawat yang berada di ruang perawatan rawat inap yang melakukan tindakan keperawatan bisa lebih memperhatikan dan menekankan perawatan secara tepat dan cepat.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan Kupang, khususnya pada keperawatan gawat darurat terutama pada pembelajaran tentang asuhan keperawatan gawat darurat.

3. Bagi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Diharapkan rumah sakit dapat memberikan asuhan keperawatan secara efektif kepada pasien di ruangan rawat nginap secara benar dan tepat kepada pasien-pasien

#### 4. Bagi Pasien

Diharapkan pasien mendapatkan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhannya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bulecchek. G. 2013. *Nursing Interventions Clasification (NIC). Edisi Keenam.* Elsivers. Singapura
- Dyah Primasari . 2012 . *Perbedaan Perkembangan pada anak dengan penyakit jantung bawaan sianotik dan non-sianotik.* Medika : Yogyakarta
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). *NANDA INTERNASIONAL Diagnosis Keperawatan: Defenisis dan klasifikasi 2018-2020 Edisi 11.* Jakarta: EGC.
- Muttaqin Arief . 2009 . *Pengantar Asuhan keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler.* Jakarta : Salemba Medika.
- Mulyadi, Madiyono Bambang. 2006. *Tatalaksana penyakit jantung bawaan.* Jakarta : Salemba Medika.
- Morton, P. G., Fontaine, D., Hudak, C. M., & Gallo, B. M. (2011). *KEPERAWATAN KRITIS.* Jakarta : EGC.
- Moorhead. S. 2013. *Nursing Outcome Clasification (NOC). Edisi Kelima.* Elsivers. Singapura
- NANDA International. 2015. *Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi.* Jakarta : EGC
- Philip I. Aaronson , dkk . 2008 . *At a Glance Sistem Kardiovaskular .* Penerbit Erlangga.
- Price & Wilson. 2009. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Edisi 6.* Penerbit Buku Kedokteran:EGC
- Roebiono & Poppy S. 2008. *Bagian Kardiologi dan Kedokteran Vaskuler FKUI Pusat Jantung Nasional Harapan Kita.* Jakarta : EGC.



**LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

**NAMA MAHASISWA** : Claudino F Pereira  
**NIM** : PO. 530320116351  
**NAMA PEMBIMBING** : Domingos Gonsalves, S.Kep, Ns, MSc

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	13 Juli 2016	1. Perbaiki Pengantar 2. Perbaiki BAB I.	
2	15 Juli 2016	1. Lengkapi Latar Belakang dan Tujuan 2. Fokuskan BAB II Pada Penyakit PJB.	
3	17 Juli 2016	1. Perbaiki Huruf Kapital dan kover 2. Perbaiki Penomoran dan spasi 3. Segera konsul BAB III & IV	
4	18 Juli 2016	1. Perbaiki BAB III & IV 2. Bawah lembar konsul 3. perbaiki Pengantar & Lampiran	
5	19 Juli 2016	1. Perbaiki kover 2. Perbaiki spasi dan kata pengantar 3. Di Acc untuk ujian sidang	

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT  
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG

A. PENGKAJIAN

1. Identitas Klien

Nama : Nn. T. T  
Umur : 18 tahun  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan : belum bekerja  
Alamat : Naikoten I  
Nomor registrasi : 385314  
Diagnosa medik : PJB  
Tanggal MRS : 06 Juli 2019 Jam : 16.05  
Tanggal pengkajian: 08 Juli 2019 Jam : 09.00

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. Y. T  
Umur : 56 tahun  
Alamat : Naikoten I  
Hubungan dengan klien : Bapak Kandung

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien mengatakan sesak napas.

b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan pada tanggal 6 Juli 2019 tiba-tiba sesak napas hebat disertai batuk berlendir sehingga keluarga pasien membawa ke IGD RSUD. Prof. Dr. W. Z Yohannes Kupang dan selanjutnya dirawat di ruang ICCU. Saat dikaji pasien mengatakan masih sesak napas disertai batuk dan



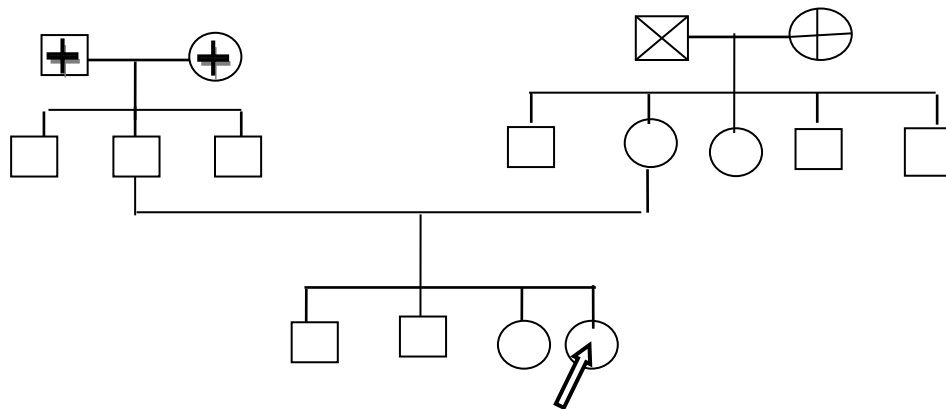
sudah bisa mengeluarkan dahak. Pasien tampak lemas dan terlihat adanya clubbing finger dan sedikit kebiruan pada bibir. Pasien bed rest , ADL (makan, minum, personal hygiene dan toileting) dibantu perawat dan keluarga.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan menderita PJB sejak lahir, minum obat terakhir bulan Mei 2019. Pasien terakhir MRS pada bulan Desember 2018 dan tidak minum obat lagi karena pasien tidak ada keluhan sakit lagi.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Genogram



**Keterangan :**

- = Laki-laki
- = Perempuan
- ➔ = Pasien
- = Tinggal serumah
- ⊕ (square) = Meninggal laki – laki
- ⊕ (circle) = Meninggal Perempuan

Tanda-Tanda Vital :

TD : 110/70 mmHg

Nadi : 105x/menit (tidak teratur/lemah)

Suhu : 36,5°Celsius

RR : 23x/menit

#### 4. Pengkajian Primer

##### A. Airways (jalan nafas)

Sumbatan:

benda asing                       bronscospasme

darah                               sputum                       lendir

lain-lain sebutkan: -

##### B. Breathing (pernafasan)

Sesak dengan :

aktifitas     tanpa aktifitas

menggunakan otot tambahan

Frekuensi: 23x/menit

Irama :  teratur     tidak teratur

Kedalaman:  dalam     dangkal

Reflek batuk :  ada     tidak ada

Batuk:

produktif     non produktif

Sputum :  ada     tidak

Warna: Putih

Konsistensi: Encer

Bunyi napas:

ronchi → halus                       creakles

BGA: tidak dilakukan pemeriksaan.

C. Circulation

a. Sirkulasi perifer

Nadi : 102x/menit

Irama:  teratur  tidak

Denyut:  lemah  kuat  tidak kuat

TD: 110/80 mmHg

Ekstremitas :

Hangat    Dingin

Warna Kulit :

cyanosis    Pucat    Kemerahan

Nyeri Dada :  Ada    Tidak

Karakteristik nyeri dada :

Menetap     Menyebar ke leher

Seperti ditusuk-tusuk

Seperti ditimpah benda berat

Capillary refill :

< 3 detik    > 3 detik

Edema :

Ya                       Tidak

Lokasi edema :

Muka    Tangan    Tungkai    Anasarka

b. Fluid (cairan dan elektolit)

1. Cairan

Turgor Kulit

< 3 detik     > 3 detik

Baik     Sedang     Jelek

2. Mukosa Mulut

Lembab     Kering

3. Kebutuhan nutrisi :

Oral : Air putih 350 cc/hari

Parenteral : RL 500 cc/24jam

Eliminasi : belum BAB 1 hari

BAK : 800cc/7jam

Jumlah : Saat dikaji 800 cc/7 jam

Warna :

Kuning jernih     Kuning kental     Merah     Putih

Rasa sakit saat BAK :

Ya     Tidak

Keluhan sakit pinggang :

Ya     Tidak

BAB : 1 kali/hari

Diare :  Ya     Tidak     Berdarah     Berlendir     Cair

Bising Usus : 10 x/menit

Pemeriksaan Abdomen :

Keluhan :

I : Abdomen tampak simetris

A : Bising usus 10 x/menit

Pal : Saat dipalpasi teraba massa dikuadran kiri bawah

Per : Saat diperkusi abdomen pekak

4. Intoksikasi

Makanan

Gigitan Binatang

- (-) Alkohol
- (-) Zat kimia
- (-) Obat-obatan
- (-) Lain – lain : Tidak ada intoksikasi

D. Disability

Tingkat kesadaran :

(√) CM ( ) Apatis ( ) Somnolent ( ) Sopor ( ) Soporocoma (Coma)

Pupil : (√) Isokor ( ) Miosis ( ) Anisokor ( ) Midriasis ( ) Pin poin

Reaksi terhadap cahaya :

Kanan (√) Positif ( ) Negatif

Kiri (√) Positif ( ) Negatif

GCS : E : 4 M : 5 V : 6

Jumlah : 15

5. Pengkajian Sekunder

a. Musculoskeletal / Neurosensoril

(-) Spasme otot

(-) Vulnus

(-) Krepitasi

(-) Fraktur

(-) Dislokasi

(-) Kekuatan Otot :

$$\begin{array}{r|l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$

b. Integumen

(-) Vulnus

(-) Luka Bakar

c. Psikologis

- Pasien tampak gelisah
- Kurang pengetahuan

Terapi/ Pengobatan

Nama Terapi	Dosis	Rute Pemberian	Waktu Pemberian	Indikasi
Furosemide 20mg	20-20-0	IV	18.00	Membantu membuang cairan atau garam didalam tubuh melalui urine dan meredakan pembengkakan yang disebabkan oleh gagal jantung
Digoksin 0,25mg	0-0,25-0	Oral	14.00	Mengatasi penyakit jantung seperti aritmia dan gagal jantung
NAC	3x200mg	Oral	14.00 22.00 06.00	Mengencerkan dahak ang menghalangi saluran napas
Ceftriaxon	2x2gr/kgBB	Drip dalam Ns		Antibiotik

		100cc/IV		mengobati berbagai infeksi bakteri
IVFD	500cc/24 jam	Infus		Mengatur cairan tubuh, mengatur metabolisme tubuh, merangsang kerja syaraf

Pemeriksaan Penunjang

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil
07 Juli 2019	Darah Rutin		
	Hemoglobin	12.0 - 16.0	19.1 g/dL
	Eritrosit	4.20 - 5.40	8.63 ID
	Hematokrit	37.0 - 47.0	64.4 %
	MCV	81.0 - 96.0	74.6 fl
	MCH	27.0 - 36.0	22.1 pg
	MCHC	31.0 - 37.0	29.7 g/l
	RDW-CV	11.0 - 16.0	21.0
	RDW-SD	37 - 54	48.5 Fl
	Jumlah Leukosit	40 - 100	7.91

	Hiyung Jenis		
	Eusinofil	1.0 - 5.0	5.6 %
	Basofil	0 - 1	1.3 %
	Neutrofil	50 - 70	51.5 %
	Limfosit	20 - 40	27.1 %
	Monosit	2 - 4	14.5 %
	Jumlah Eusinofil	0.00 - 0.40	0.44 %
	Jumlah Neutrofil	1.50 - 7.00	4.08 %
	Jumlah Limfosit	1.00 - 3.70	2.14 %
	Jumlah Monosit	0.00 - 0.70	1.15 %
	Jumlah Trombosit	154 - 386	
	PDW	9.0 - 17.0	
	MPV	9.0 - 13.0	
	Glukosa Sewaktu	70 - 150	

#### Analisa Data

Problem	Etiologi	Sign & Symptom
Penurunan curah jantung	Ketidakefektifan pompa jantung	Data Subyektif : Pasien mengatakan sesak



		<p>napas, batuk susah mengeluarkan dahak</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>Keadaan tampak lemah, batuk, terdapat clubbing finger. Nadi: 102x/menit tidak teratur dan lemah, RR: 23x/menit, terapi O<sub>2</sub> masker 6 lpm, saat diasukultasi teredengar bunyi ronchi: basah halus</p>
Intoleransi aktivitas	Ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen	<p>Data Subyektif :</p> <p>Pasien mengatakan merasakan lemah</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>ADL (<i>activities of daily living</i>) dibantu oleh keluarga dan perawat seperti makan/minum, toileting dan personal hygiene. Nadi: 102x/menit, RR: 23x/menit</p>



