



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENERAPAN MODEL KONSERVASI MYRA E. LEVINE
PADA KLIEN ANAK DENGAN PENYAKIT INFEKSI YANG
MENGALAMI KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI
KURANG DARI KEBUTUHAN
DI RSUPN Dr CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA**

KARYA ILMIAH AKHIR

Disusun untuk memenuhi tugas akhir program profesi spesialis keperawatan anak

**NI LUH KOMPYANG SULISNADEWI
0906594513**

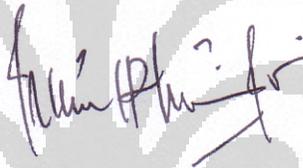
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM NERS SPESIALIS KEPERAWATAN ANAK
DEPOK, JUNI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN

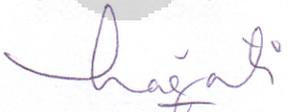
Karya ilmiah akhir ini telah diperbaiki sesuai dengan masukan, saran, arahan dari
Tim Penguji Ujian Karya Ilmiah Akhir Pada Program Ners Spesialis
Keperawatan Anak Universitas Indonesia.

Depok, Juni 2012

Supervisor Utama

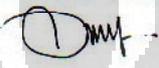

Nani Nurhaeni, S.Kp., MN.

Supervisor


Happy Hayati, Ns., Sp.Kep.An.

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Ni Luh Kompyang Sulisnadewi
NPM : 0906594513
Tanda Tangan : 
Tanggal : 11 Juni 2012

HALAMAN PENGESAHAN

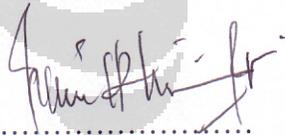
Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama : Ni Luh Kompyang Sulisnadewi
NPM : 0906594513
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Karya Ilmiah Akhir : Penerapan Model Konservasi Myra E. Levine Pada Klien Anak dengan Penyakit Infeksi yang Mengalami Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan di Ruang Anak Gedung A RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta

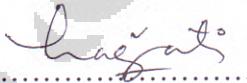
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners Spesialis Keperawatan Anak pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

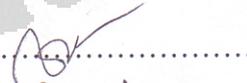
Supervisor : Nani Nurhaeni, S.Kp., MN
Utama

: 

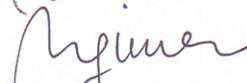
Supervisor : Happy Hayati, Ns., Sp.Kep.An.

: 

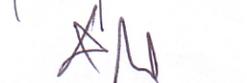
Penguji : dr. Muzal, Kadim Sp.A (K)

: 

Penguji : Nyimas Heny Purwati, Ns., Sp.Kep.An.

: 

Penguji : Dessie Wanda, S.Kp.,MN

: 

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 11 Juni 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadapan Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan segala kebbaikannya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas menyusun Karya Ilmiah Akhir (KIA) dengan judul “Penerapan Model Konservasi Myra E. Levine Pada Klien Anak dengan Penyakit Infeksi yang Mengalami Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta”.

KIA ini disusun sebagai salah satu tugas akhir untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Ners Spesialis Keperawatan Anak pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penyusunan KIA ini dapat terlaksana atas bimbingan, bantuan dan kerjasama berbagai pihak. Untuk itu, penulis menyampaikan penghargaan, rasa hormat dan terima kasih kepada:

1. Ibu Nani Nurhaeni , S.Kp., MN., selaku supervisor utama yang telah meluangkan waktu, pikiran dan tenaga untuk memberikan bimbingan, arahan dan masukan untuk kesempurnaan karya ilmiah ini.
2. Ibu Happy Hayati, Ns., Sp.Kep.An. selaku supervisor yang telah memberikan bimbingan, masukan dan arahan selama penyusunan karya ilmiah ini .
3. Ibu Dewi Irawati, M.A., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Seluruh staf akademik dan non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah menyediakan fasilitas dan dukungan demi kelancaran penyusunan karya ilmiah ini.
5. Direktur Poltekkes Kepmenkes Denpasar yang telah memberikan kesempatan tugas belajar kepada penulis, Direktur RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta beserta staf yang telah memberikan ijin tempat praktik dan pengambilan kasus untuk dapat tersusunnya karya ilmiah ini.

6. Seluruh keluargaku tercinta yang telah memberikan doa, kasih sayang, semangat, dukungan yang tidak terbatas selama penyusunan karya ilmiah ini.
7. Keluarga besar SP Anak 2009-FIK UI tercinta, sahabat, dan semua pihak yang telah bersama-sama saling membantu sehingga KIA ini dapat terselesaikan pada waktunya.

Depok, Juni 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ni Luh Kompyang Sulisnadewi
NPM : 0906594513
Program Studi : Ners Spesialis
Departemen : Peminatan Keperawatan Anak
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Karya Ilmiah Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : “Penerapan Model Konservasi Myra E. Levine Pada Klien Anak dengan Penyakit Infeksi yang Mengalami Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan) . Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : Juni 2011

Yang menyatakan



(Ni Luh Kompyang Sulisnadewi)

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM NERS SPESIALIS KEPERAWATAN ANAK
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Karya Ilmiah Akhir, Juni 2012
Ni Luh Kompyang Sulisnadewi

Penerapan Model Konservasi Myra E. Levine Pada Klien Anak dengan Penyakit Infeksi yang Mengalami Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan di Ruang Anak Gedung A RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta

xiv + 78 halaman + 3 tabel + 3 skema + 1 gambar + 7 lampiran

Abstrak

Karya Ilmiah Akhir ini memberikan gambaran tentang pelaksanaan Program Residensi Ners Spesialis Keperawatan Anak dalam bentuk kegiatan praktik Residensi I dan II. Karya Ilmiah Akhir ini bertujuan untuk memberikan gambaran aplikasi Model Konservasi Myra E. Levine pada asuhan keperawatan anak dengan penyakit infeksi dan pencapaian kompetensi baik sebagai pemberi asuhan, *advocator*, *conselor*, *educator*, *colaborator*, dan agen perubah selama praktik residensi. Ada lima kasus kelolaan yang menjadi pembahasan dalam karya ilmiah ini, dan dari kelima kasus terpilih ditemukan adanya masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan. Intervensi yang diberikan berdasarkan prinsip-prinsip konservasi sudah mencakup semua masalah yang ditemukan pada klien, walaupun tidak semua masalah dapat terselesaikan Hasil evaluasi pada akhir perawatan dari *trophicognosis* ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan pada kelima kasus terpilih, menunjukkan ada yang teratasi, belum teratasi tetapi sudah menunjukkan perbaikan, dan ada juga yang belum teratasi.

Kata kunci : Ketidakseimbangan Nutrisi, Infeksi, Model Konservasi
Daftar Pustaka : 44 (2001-2012)

**UNIVERSITY OF INDONESIA
SPECIALIST PEDIATRIC NURSE PROGRAM
FACULTY OF NURSING**

Final Assigment, June 2012
Ni Luh Kompyang Sulisnadewi

Implementation of Conservation Model Myra E. Levine On Children with Infectious Disease Who Have Imbalance Nutrition Less Than Body Requirements in Space Building A Dr Cipto Mangunkusumo Hospital Jakarta

xiv + 78 pages + 3 tables + 3 schemes + 1 ficture +7 enclosure

Abstract

This final assignment provides an overview about the implementation residency practices of the specialist pediatric nurse program in the form practical activities residency I and II. The aim of this final assignment is provide overview application Conservation Model Myra E. Levine on nursing care of children with infectious diseases and the achievement of competencies such as a caregiver advocator, counselor, educator, collaborator, and change agents during practice. There are five cases that discussed in this final assignment, and of the five selected cases found a problem with imbalance nutrition less than demand. Interventions provided by conservation principles have covered all the problems found on the client, although not all problems can be resolved. The evaluation results of trophicognosis imbalance nutrition less than the needs of the five selected cases, indicating there are resolved, not resolved but has shown improvement, and there are also unresolved.

Key words : Imbalance nutrition, Infection, Conservation Model
References : 44 (2001-2012)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI ILMIAH	vii
ABSTRAK BAHASA INDONESIA	viii
ABSTRAK BAHASA INGGRIS	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1.Latar Belakang	1
1.2.Tujuan	7
1.3.Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1.Gambaran Kasus.....	9
2.2.Tinjauan Teoritis.....	17
2.3.Integrasi Teori dan Konsep Keperawatan dalam Proses Keperawatan.....	30
2.4.Aplikasi Teori Keperawatan Pada Kasus Terpilih.....	35
BAB 3 PENCAPAIAN KOMPETENSI	
3.1.Target Unit Kompetensi Sesuai Area Peminatan Selama Praktik Residensi.....	52
3.2.Peran Ners Spesialis Keperawatan	54
BAB 4 PEMBAHASAN	
4.1.Penerapan Teori Konservasi Myra E. Levine dalam Asuhan Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan pada Anak dengan Penyakit Infeksi.....	58
4.1 Kendala yang Ditemukan dalam Penerapan Model Konservasi Myra E. Levine	69
4.2. Praktik Spesialis Keperawatan Anak dalam Pencapaian Target	70
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN	
5.1. Simpulan	72
5.2. Saran	73
DAFTAR PUSTAKA.....	75
LAMPIRAN	

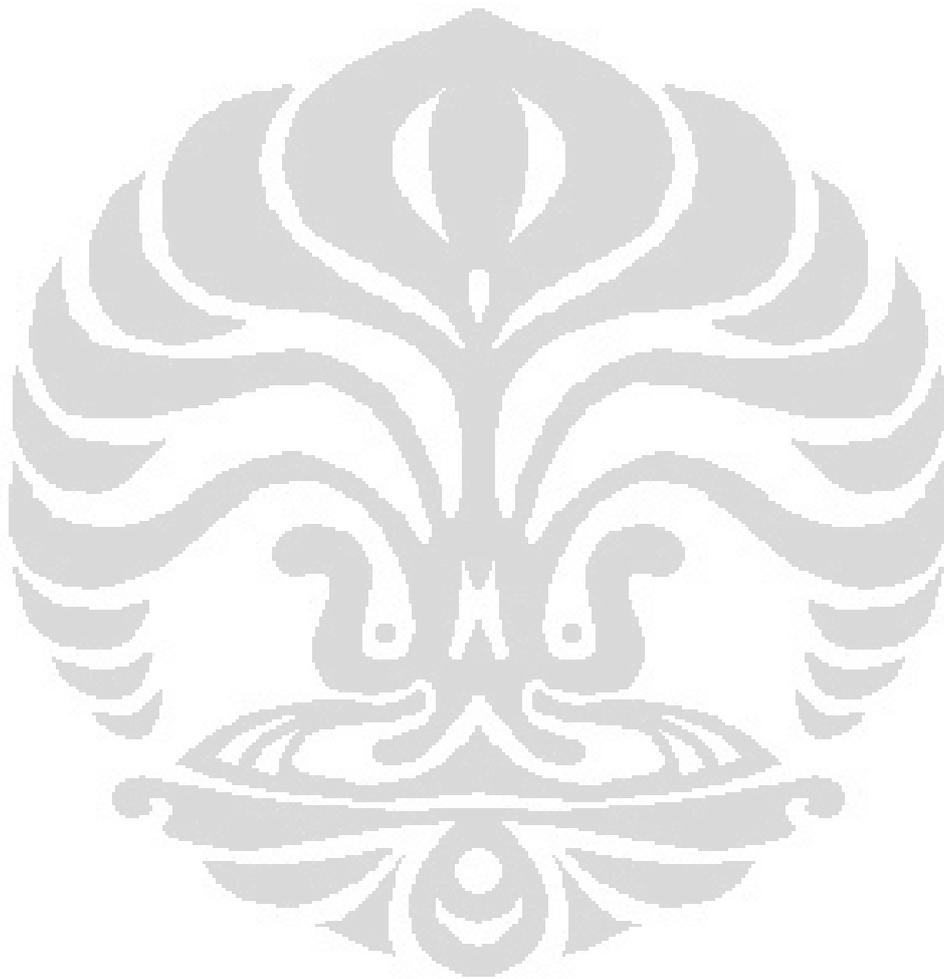
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	<i>Recommended dietary allowances</i> untuk bayi dan anak.....	22
Tabel 2.2	Rumus perhitungan REE menurut WHO.....	23
Tabel 2.3	Menentukan faktor aktivitas dan faktor stres.....	23



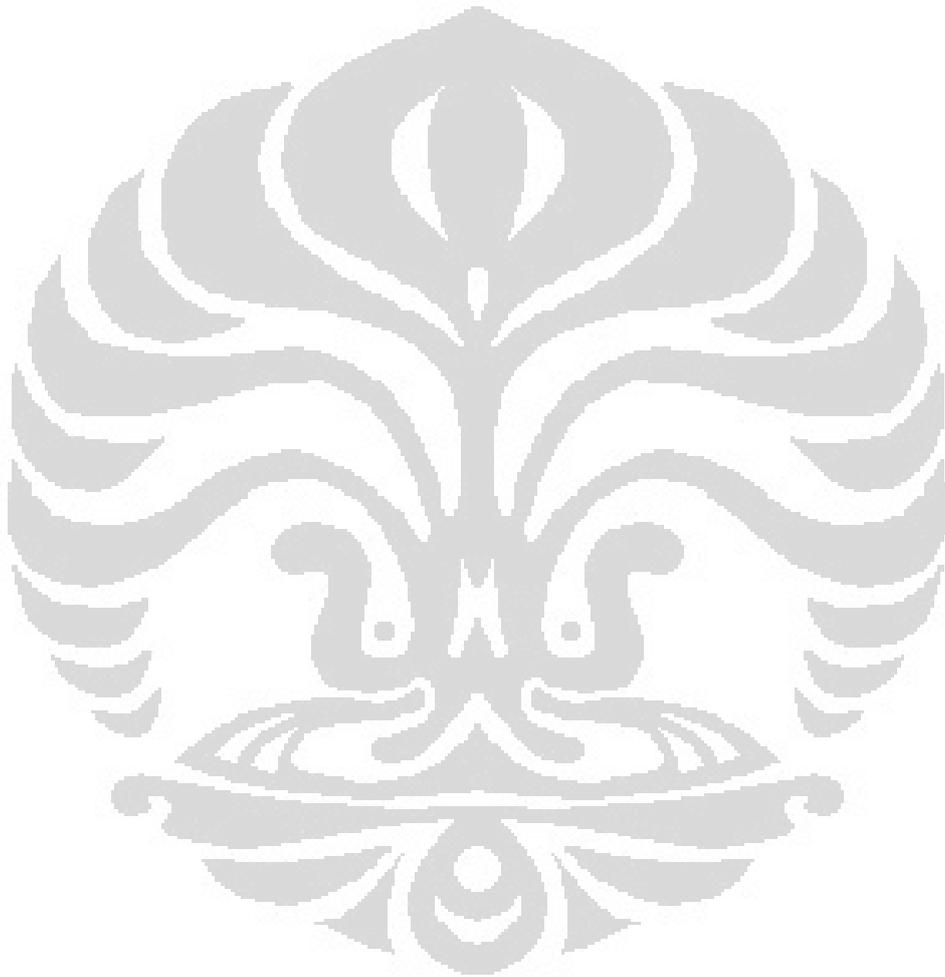
DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Algoritme cara pemberian nutrisi intervensif.....	24
Skema 2.2 Hubungan infeksi dan malnutrisi	27
Skema 2.3 <i>Web of causation</i> diare dan malnutrisi.....	29



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model Konservasi Myra E. Levine	30
--	----



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kontrak belajar residensi keperawatan anak
- Lampiran 2 Implementasi asuhan keperawatan kasus kelolaan.
- Lampiran 3 Kasus kelolaan 1
- Lampiran 4 Kasus kelolaan 2
- Lampiran 5 Kasus kelolaan 4
- Lampiran 6 Kasus kelolaan 5
- Lampiran 7 Laporan proyek inovasi di Ruang Anggrek RSAB Harapan Kita Jakarta

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pertumbuhan dan perkembangan anak sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik faktor internal maupun faktor eksternal. Salah satu faktor eksternal yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak adalah nutrisi (Supartini, 2004). Nutrisi merupakan salah satu komponen yang penting dalam menunjang kelangsungan proses tumbuh kembang anak. Apabila nutrisi seseorang tidak atau kurang terpenuhi maka akan menghambat pertumbuhan dan perkembangannya (Hidayat, 2008). Kekurangan nutrisi adalah ketidakcukupan asupan zat gizi dalam memenuhi kebutuhan energi harian karena asupan makanan yang tidak memadai atau karena gangguan pencernaan dan penyerapan makanan. Asupan makanan yang tidak cukup, mungkin disebabkan oleh ketidakmampuan dalam mendapatkan dan mengolah makanan, kurang pengetahuan mengenai zat gizi esensial dan diet seimbang, anoreksia, mual, muntah dan sebagainya. Pencernaan dan penyerapan zat gizi yang tidak sesuai mungkin disebabkan oleh produksi enzim dan hormon yang tidak memadai, atau karena kondisi medis akibat inflamasi/infeksi atau obstruksi saluran gastrointestinal (Kozier, 2011). Dengan kata lain masalah nutrisi kurang dari kebutuhan sering ditemukan pada anak yang dirawat dengan penyakit infeksi.

Penyakit infeksi merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian yang terjadi pada bayi dan anak terutama di negara berkembang termasuk Indonesia. Data *World Health Statistics* tahun 2008 menunjukkan bahwa lebih dari 64% kematian balita disebabkan oleh penyakit infeksi. Pneumonia dan diare menyumbang hampir sepertiga dari seluruh kematian balita di dunia dan malnutrisi memberikan kontribusi yang besar dalam memperparah penyakit dan meningkatkan kematian balita (*World Health Organization*, 2012). Dalam keadaan kekurangan gizi seseorang akan lebih rentan terhadap infeksi (Nainggolan, 2010). Kozier (2012) juga menjelaskan pertahanan terhadap infeksi tergantung pada status nutrisi yang adekuat. Hal ini

disebabkan karena antibodi merupakan protein, sehingga kemampuan untuk mensintesis antibodi dapat terhambat akibat asupan nutrisi yang tidak adekuat.

Penyakit infeksi berpotensi sebagai pendukung terjadinya gizi buruk pada anak. Penyakit-penyakit infeksi yang berperan antara lain diare, campak, infeksi saluran pernafasan, bronkopneumonia, tuberculosis, dan cacangan (Arisman, 2004 dalam Islamiyati, Sadiman & Katharina, 2009). Hal ini terjadi karena infeksi menyebabkan kehilangan cadangan protein, energi, mineral dan vitamin dalam tubuh. Selama berlangsungnya respon imun pada proses infeksi, pengeluaran energi meningkat dan pada saat yang sama pasien yang terinfeksi biasanya mengalami penurunan asupan nutrisi (Rodríguez, Cervantes & Ortiz, 2011).

Mekanisme terjadinya malnutrisi akibat infeksi, melibatkan keadaan-keadaan anoreksia, penggantian makanan dengan makanan khusus, penurunan kemampuan absorpsi zat gizi akibat diare dan parasit usus, peningkatan kehilangan nitrogen, kalium, magnesium, zink, fosfat, sulfur dan vitamin A, C dan B, melalui urin. Setelah terpapar pada penyebab infeksi, maka akan terjadi penurunan kadar asam amino dalam darah. Hal tersebut menyebabkan peningkatan glukoneogenesis di hati dan penguraian asam amino dari otot yang kemudian diekskresikan dalam bentuk urea di urine. Jika tidak dikompensasi dengan peningkatan asupan makanan maka akan terjadi keseimbangan nitrogen yang negatif dan dapat terjadi malnutrisi. Pada keadaan infeksi juga terjadi penyimpangan metabolisme zat besi, cuprum dan zink dari jalur metabolisme normal (Nazar, et al., 2011).

Gibney, et al. (2009) juga menjelaskan bahwa beberapa aspek pada respon hospes terhadap infeksi mempengaruhi status gizi. Salah satu diantaranya yang paling penting adalah anoreksia, keadaan ini mengakibatkan penurunan asupan energi yang besarnya sekitar 20% dari asupan yang lazim. Laju sintesis dan pemecahan protein juga meningkat selama infeksi, sehingga

peningkatan kehilangan nitrogen dan ketidakseimbangan nitrogen yang negatif. Banyak infeksi juga mengakibatkan gangguan absorpsi nutrisi pada saluran cerna. Absorpsi lemak pada orang yang mengalami diare, hanya sekitar 58%, dan absorpsi protein sekitar 44%, sehingga absorpsi energi dari makanan hanya sekitar 71% dari keadaan normalnya.

Mazrul dan Azrimaidaliza (2008) menjelaskan bahwa penyakit infeksi dapat menyebabkan penurunan nafsu makan, asupan makanan juga menurun sehingga mudah terjadi penurunan berat badan. Infeksi akut maupun kronis dapat mengganggu pertumbuhan yang disebabkan oleh malnutrisi mikronutrien. Selanjutnya dijelaskan juga bahwa defisiensi mikronutrien pada anak yang mengalami penyakit infeksi dapat terjadi melalui berkurangnya asupan makanan akibat anoreksia, gangguan proses absorpsi nutrisi, kehilangan mikronutrien langsung akibat proses infeksi, peningkatan kebutuhan metabolik dan gangguan transportasi pada jaringan target.

Defisiensi nutrisi dapat menyebabkan terganggunya proses metabolisme tubuh dalam menghasilkan energi. Metabolisme merupakan reaksi biokimia dalam sel-sel tubuh yang hidup untuk memanfaatkan zat-zat gizi seperti glukosa, gliserol dan asam amino. Proses metabolisme berlangsung terus menerus untuk menghasilkan energi, mengganti jaringan yang rusak, membangun jaringan baru dan untuk tumbuh kembang (Hartono, 2006).

Keseimbangan energi adalah hubungan antara energi yang didapat dari makanan dan energi yang digunakan oleh tubuh. Tubuh mendapat energi dalam bentuk kalori dari karbohidrat, protein, dan lemak. Tubuh menggunakan energi untuk aktivitas volunter seperti berjalan dan berbicara, aktivitas involunter seperti bernafas dan mensekresi enzim. Keseimbangan energi seseorang ditentukan dengan membandingkan asupan energi dan haluan energi (Kozier, 2011). Untuk mencapai keseimbangan energi maka asupan untuk produksi dan pengeluaran energi harus seimbang. Konservasi atau kesinambungan energi maupun keutuhan struktur dalam tubuh harus

menjadi perhatian perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan pemenuhan nutrisi. Asuhan keperawatan yang berfokus pada konservasi perlu dikembangkan dengan berpedoman pada teori keperawatan. Salah satu teori keperawatan dengan fokus konservasi adalah Model Keperawatan Konservasi Myra E. Levine.

Model Keperawatan Konservasi Myra E. Levine telah banyak digunakan sebagai kerangka kerja untuk berbagai tujuan dalam praktik keperawatan, seperti perawatan luka, pengembangan diagnosis keperawatan, dan perawatan pasien yang menjalani kanker (Gamban, G, et al, 2011). Schaefer dan Potylycki (1993) menggunakan teori konservasi untuk menilai kelelahan yang terjadi pada pasien gagal jantung kongestif. Leach (2006) juga menggunakan teori ini dalam perawatan luka dan menjelaskan bahwa prinsip-prinsip konservasi yaitu konservasi energi, konservasi integritas struktur, konservasi integritas personal dan sosial sesuai dengan prinsip perawatan luka. Delmore (2006) dalam Alligood (2010) menggunakan teori konservasi untuk melakukan penelitian tentang kelelahan dan malnutrisi kalori protein pada pasien dewasa yang menggunakan ventilator jangka panjang selama proses penyapihan. Delmore menemukan pasien mengalami kelelahan sedang sampai berat selama proses penyapihan ventilator, dan kadar albumin serum berpengaruh terhadap kelelahan yang dialami pasien. Teori konservasi diharapkan juga dapat dijadikan panduan dalam memberikan perawatan pada anak dengan kasus-kasus penyakit infeksi yang umumnya mengalami masalah dalam menjaga keseimbangan energi, gangguan pada integritas struktur, integritas personal maupun integritas sosial. Dengan asumsi keempat prinsip konservasi dapat dijadikan panduan dalam memberikan intervensi keperawatan.

Tiga konsep utama yang menjadi dasar teori Levine adalah *conservation* (konservasi), *adaptation* (adaptasi) dan *wholeness* (keutuhan). Konservasi adalah proses dimana konservasi tercapai dan tujuan dari konservasi adalah keutuhan integritas (Bhasavanthappa, 2007). Konservasi adalah menjaga

bersama-sama kelangsungan sistem kehidupan. Menjaga bersama-sama diartikan sebagai menjaga keseimbangan antara intervensi keperawatan dan partisipasi klien sesuai dengan kemampuannya. Levine meyakini bahwa seorang individu akan terus menerus berusaha mempertahankan keutuhannya secara menyeluruh. Seorang individu mempertahankan sistem dalam interaksi yang konstan dengan lingkungan dan melakukan penghematan energi untuk menjaga integritas. Sumber energi tidak dapat langsung diamati, tetapi tanda atau manifestasi klinis dari perubahan energi dapat diprediksi, dikelola dan dikenali. Konservasi adalah suatu usaha mencapai keseimbangan antara pasokan dan kebutuhan energi di dalam realitas yang unik dari individu (Alligood, 2010). Pasokan energi diperoleh dari oksigen, cairan dan asupan nutrisi. Kekurangan nutrisi pada penderita diare dapat disebabkan oleh kebiasaan ibu menghentikan makanan tertentu selama diare, berkurangnya absorpsi zat makanan, penurunan nafsu makan selama diare, kehilangan langsung zat makanan dalam usus melalui tinja. Bertambahnya kebutuhan zat makanan oleh tubuh karena peningkatan katabolisme, serta kehilangan cairan dan elektrolit dalam jumlah banyak juga menjadi penyebab kekurangan nutrisi pada penderita diare sehingga menyebabkan ketidakseimbangan antara pasokan dan kebutuhan energi. Seorang anak yang mengalami diare akan melakukan adaptasi untuk menjaga keseimbangan sistem kehidupan sehingga tercapai konservasi dan keutuhan.

Empat prinsip konservasi menurut Levine adalah konservasi energi, konservasi integritas struktur, konservasi integritas personal dan konservasi integritas sosial. Konservasi energi ditujukan untuk menjaga pemasukan (nutrisi, oksigen, cairan) dan pengeluaran energi untuk menghindari kelelahan berlebihan. Individu membutuhkan keseimbangan energi dan pembaharuan energi yang terus menerus untuk menjaga kelangsungan hidupnya. Konservasi integritas struktur adalah memelihara dan memulihkan struktur tubuh dengan mencegah kerusakan fisik dan meningkatkan proses penyembuhan. Konservasi integritas personal dilakukan dengan memelihara identitas diri, harga diri dan mengakui keunikan klien. Konservasi integritas

sosial adalah mendorong kesadaran bahwa pasien adalah makhluk sosial yang berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan sosialnya (Leach, 2006; Basavanthappa, 2007).

Model konservasi Levine merupakan keperawatan praktis dengan konservasi model dan prinsip yang berfokus pada kesinambungan energi klien untuk kesehatan dan penyembuhan. Konservasi energi didasarkan pada keyakinan bahwa aktivitas klien tergantung dari keseimbangan energi dan kondisi sakit meningkatkan kebutuhan energi (Leach, 2006). Setiap orang membutuhkan keseimbangan energi, namun ada faktor-faktor dari dalam tubuh maupun lingkungan yang dapat menyebabkan berkurangnya energi. Kekurangan nutrisi merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan ketidakseimbangan energi. Untuk dapat mencapai kondisi keseimbangan, maka kebutuhan nutrisi tersebut harus terpenuhi.

Konservasi integritas struktur juga merupakan bagian dari prinsip konservasi Levine. Kerusakan integritas struktur seperti gangguan pertumbuhan dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan sebagai dampak kekurangan nutrisi juga dapat menyebabkan gangguan integritas personal maupun integritas sosial anak. Empat prinsip konservasi menurut Levine (konservasi energi, konservasi integritas struktur, konservasi integritas personal dan konservasi integritas sosial) dapat dijadikan pedoman dalam memberikan intervensi yang menyeluruh terhadap anak yang mengalami masalah kekurangan nutrisi sehingga tercapai keutuhan seperti tujuan teori konservasi. Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk menerapkan teori konservasi Myra E. Levine dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak yang mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan pada anak dengan penyakit infeksi.

1.2. Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Untuk memberikan gambaran aplikasi Model Konservasi Myra E. Levine dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak yang mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan di ruang rawat penyakit infeksi IKA Gedung A RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Memberikan gambaran asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit infeksi yang mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan dan analisis teori yang diterapkan.

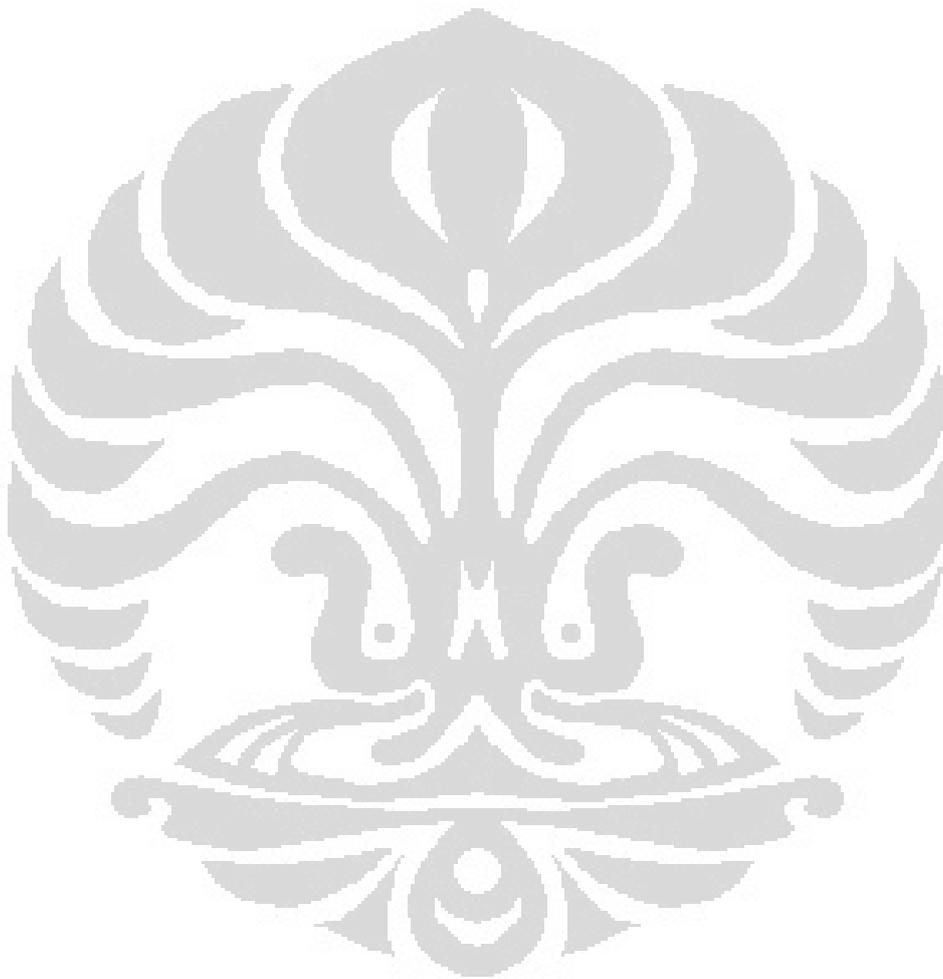
1.3.2.2 Memberikan gambaran pencapaian kompetensi dan peran perawat sebagai praktisi keperawatan baik sebagai pemberi asuhan, *advokator*, *conselor*, *educator*, *colaborator*, dan agen perubah dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan di ruang rawat penyakit infeksi IKA Gedung A RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta.

1.3.2.3 Membahas kesenjangan atau kendala yang ditemui di lapangan dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit infeksi yang mengalami ketidakseimbangan nutrisi, dengan menerapkan teori konservasi Myra E. Levine.

1.3. Sistematika penulisan.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam 5 bab, dengan sistematika sebagai berikut; bab 1 berisi pendahuluan, meliputi latar belakang penulisan, tujuan penulisan, dan sistematika penulisan. Bab 2 berisi aplikasi teori, meliputi gambaran singkat tentang lima kasus yang dikelola residen selama praktik residensi, tinjauan secara teoretis dan integrasi model dan konsep dalam proses keperawatan, serta aplikasi Model Konservasi Myra E. Levine pada satu kasus kelolaan. Pencapaian kompetensi ners spesialis keperawatan anak selama pelaksanaan praktik residensi dijelaskan dalam bab 3. Pembahasan pada bab 4 berisi analisis penerapan model keperawatan pada kelima kasus

kelolaan dan analisis tentang pencapaian kompetensi ners spesialis keperawatan anak selama praktik residensi. Bab 5 berisi simpulan dan saran tentang pelaksanaan praktik residensi secara keseluruhan. Data pendukung disajikan dalam lampiran berupa kontrak belajar kegiatan praktik residensi I dan II, laporan asuhan keperawatan 4 kasus berdasarkan Model Konservasi Myra E. Levine dan laporan proyek inovasi.



BAB 2

APLIKASI TEORI KEPERAWATAN PADA PRAKTIK RESIDENSI

2.1 Gambaran Kasus

Kasus yang akan digambarkan dalam karya ilmiah ini sebanyak 5 kasus, yang mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan yang dikelola residen selama praktik residensi di ruang rawat anak infeksi Gedung A lantai I RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Kelima kasus akan dipaparkan secara ringkas sebagai berikut:

2.1.1 Kasus 1

Anak F, perempuan, usia 1 tahun 5 bulan masuk ruang IKA infeksi pada tanggal 14 Maret 2012 dengan diagnosis diare akut tanpa dehidrasi, hemiparesis dekstra tersangka lesi *Upper Motor Neuron (UMN)*, *subdural fluid collection*, kejang demam kompleks. Riwayat penyakit sebelumnya adalah sebagai berikut sekitar 5 bulan yang lalu, klien tidak bisa berjalan, ekstremitas tampak lebih aktif yang sebelah kiri. Tanggal 12 maret 2013, pasien demam tinggi, kejang, tubuh kaku, lama kejang kurang lebih 1 menit, berhenti sendiri. Pasien kemudian dibawa ke poli umum RSCM, dan disarankan dirawat, namun keluarga menolak, dengan alasan belum membawa persiapan apa-apa, dan tidak ada yang menjaga anak sulungnya di rumah. Tanggal 13 maret 2012, klien mengalami BAB cair dan demam. Klien kemudian dibawa ke RSCM lagi dan dirawat di UGD dengan diagnosa utama diare akut dehidrasi sedang. Di UGD dilakukan rehidrasi dan tanggal 14 Maret 2012 klien dikirim untuk dirawat di Gedung A lantai 1 IKA RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Saat pengkajian (tanggal 14 Maret 2012) klien mengalami diare cair ampas sebanyak 2 kali sejak tadi malam, minum masih per NGT, makan bubur sekitar 2-3 sendok, klien lebih banyak tidur. Keluarga juga mengatakan nafsu makan klien mulai menurun sejak sekitar 20 hari sebelum masuk rumah sakit. Hasil pemeriksaan fisik: keadaan umum

lemah, kesadaran somnolen, *Glasgow Coma Scale* (GCS) E4M5V3 = 12, kaki dan tangan kanan mengalami kelemahan, mukosa bibir lembab, turgor cukup, terpasang NGT, BB: 8,4 Kg, TB: 81 cm, status gizi kurang (BB/U = $8.4/10.1=83\%$, TB/U = $81/81 = 100\%$, BB/TB = $8,4/10,3= 85\%$), Suhu: 37^0 C, N: 120 X/mnt RR 32x/mnt. Klien mendapat diet makanan lunak, berupa bubur, tetapi hanya bisa masuk kurang lebih 3 sendok. Klien juga diberi susu formula 8 x 60 cc dan renalit 80 cc melalui NGT tiap kali BAB. Hasil CT-Scan menunjukkan adanya cairan di daerah subdural dan terjadi atrofi serebri. Mendapat terapi: Cefotaksim 3 x 175 mg IV, Fenobarbital 2 x 15 mg IV, Parasetamol 3 x 100 mg po, Pedialyte 80 ml setiap kali BAB, dan Zink 1 x 20 mg po.

Selama pemberian asuhan keperawatan, *trophicognosis* yang muncul antara lain risiko kekurangan volume cairan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, gangguan perfusi jaringan serebral, risiko kerusakan integritas kulit, gangguan perkembangan, dan hipertermi (terjadi pada hari ke 2 perawatan, suhu: $37,9^0$ C). Intervensi yang dilakukan antara lain memantau tanda-tanda vital, status neurologis, asupan cairan dan nutrisi, melibatkan keluarga dalam memantau asupan nutrisi dan cairan, memberikan perawatan melibatkan keluarga dalam mencegah kerusakan integritas kulit, menjelaskan kepada keluarga tentang perkembangan anak dan stimulasi sesuai usia anak. Memberikan terapi sesuai program, dan monitor hasil pemeriksaan laboratorium. Pada hari rawat kedua, diet makanan lunak diganti dengan makanan cair 8 x 120 cc dengan pertimbangan bubur hanya bisa masuk sedikit sehingga tidak mencukupi sesuai kebutuhan. Pada hari perawatan ke lima, klien mengalami perbaikan, sudah tidak diare dan demam, *asupan* nutrisi sesuai program dan tidak muntah, sudah bisa makan dan minum per oral sedikit-sedikit. Tanggal 20 Maret 2012, klien diperbolehkan pulang, BB= 9,650 kg dan diberi edukasi untuk melanjutkan perawatan di rumah, kontrol sesuai jadwal, memberi obat sesuai program, memberi makan atau minum

susu sedikit tetapi sering, memberikan perawatan kulit dan sering mengubah posisi klien.

2.1.2 Kasus 2

An B, laki-laki usia 3 bulan dengan kolestasis intrahepatik, asites masif dan edema skrotum bilateral, hernia umbilikal, masuk ruang infeksi IKA tanggal 16 Maret 2012 dengan keluhan utama kuning dan perut membuncit. Ketika usia 1 minggu, mata klien tampak kuning, BAB berwarna kuning dan tidak pucat. Usia 1 bulan, kuning menyebar ke seluruh tubuh, BAB kadang-kadang pucat, BAK seperti teh. Usia 2,6 bulan, perut bertambah besar disertai pembengkakan di genitalia. Skrotum bertambah besar jika pasien menangis atau batuk. Tanggal 14 Maret 2012, klien dibawa ke rumah sakit Cirebon, namun tidak dilakukan pemeriksaan karena fasilitas terbatas, klien langsung dirujuk ke RSCM. Saat pengkajian, kondisi klien tampak lemah, perut membesar, umbilical menonjol, kuning di seluruh tubuh, skrotum membesar, gerakan kurang aktif.

Hasil USG ginjal menunjukkan uremik ginjal, hasil USG testis menunjukkan hernia skrotalis/hidrokel bilateral terinfeksi, dan hasil USG abdomen menunjukkan kesan dapat disesuaikan dengan sirosis hepatis, obstruksi bilier, asites dan uremik ginjal. Hasil kultur urin menunjukkan adanya enterococcus sp > 100.000 kuman/ml. Klien mendapat diet pregestimil 8 x 125 ml, tetapi saat pengkajian ibu mengatakan klien hanya minum sedikit, hanya habis 50 cc. Hasil pemeriksaan laboratorium albumin 2,4 g/dl (nilai rendah, normalnya = 3,4 -4,8 g/dl), bilirubin total 32,19 mg/dl, bilirubin indirek 10,53 mg/dl, bilirubin direk 21,6 mg/dl, waktu protrombin 27,6 (↑ 2x), lain-lain dalam batas normal. Suhu: 37,1⁰ C, Nadi : 130 X/mnt RR 30 x/mnt. BB = 6,850 Kg, TB= 61 cm, lingkaran lengan atas 12 cm (Lila/U = 12/13,5 X 100% = 88,9%) status gizi kurang, dilihat dari berat badan termasuk kategori normal, namun klien mengalami asites dan edema skrotum sehingga data berat badan kurang tepat untuk menentukan status nutrisi. Klinis, lingkaran lengan atas dan kadar albumin

menunjukkan status gizi kurang. Mendapat terapi Cefotaksim 3 x 300 mg IV (5), Asam urodeoksikolat 3 x 50 mg po, Vitamin E 1 x 300 U mg po, Aktavol 2 x 0,5 ml po, Spironolakton 2 x 6,25 mg po, Furosemid 3 x 5 mg IV, dan Vit K 1 mg IM.

Trophicognosis yang teridentifikasi antara lain: risiko cedera (perdarahan), ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, kelebihan volume cairan, risiko penyebarluasan infeksi, risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan, perubahan proses keluarga dan hipertermi. Intervensi yang diberikan antara lain memantau tanda-tanda perdarahan, tanda-tanda vital, dan hasil pemeriksaan laboratorium, memastikan asupan nutrisi dan memberi terapi sesuai program. Pada hari perawatan ketiga, keluarga sempat menolak diberikan injeksi dan bermaksud mengajak anaknya pulang karena dinilai kondisi klien tidak banyak perubahan. Tindakan yang dilakukan yaitu memotivasi keluarga agar tetap melanjutkan perawatan, kolaborasi dengan dokter penanggung jawab untuk memberi penjelasan lebih lanjut tentang kondisi klien dan tindakan yang akan dilakukan. Tanggal 3 April 2012, klien diperbolehkan pulang dengan kondisi perut masih buncit, umbilikal masih menonjol, berat badan 6,32 Kg, lingkar lengan 11,5 cm. Satu minggu setelah diperbolehkan pulang, residen mendapat informasi dari keluarga pasien di ruang IKA infeksi yang mengalami atresia bilier, bahwa klien meninggal setelah dibawa ke pengobatan alternatif.

2.1.3 Kasus 3

Anak A, perempuan, usia 6 bulan dengan diare akut tanpa dehidrasi, gizi buruk marasmik, fistel retrovestibular, tersangka infeksi saluran kencing (ISK). Sejak sekitar 7 hari sebelum masuk rumah sakit, pasien diare, encer, lebih banyak air dari pada ampas, warna kuning tidak ada lendir maupun darah. Frekuensi diare 4-10 kali/hari kurang lebih seperempat gelas, tidak muntah dan klien juga mengalami demam naik turun, tetapi klien masih mau minum. Dua minggu sebelum masuk rumah sakit, klien sempat

dirawat di rumah sakit Tarakan karena diare dan bronkopneumonia. Sejak satu hari sebelum masuk rumah sakit (30 Maret 2012), diare bertambah sering dan banyak dengan frekwensi sekitar 10 kali per hari, kurang lebih setengah gelas setiap kali diare. BAB hanya air, tidak ada ampas, berwarna kuning, tidak ada darah dan lendir. Klien juga muntah-muntah, lemas dan malas minum. Klien kemudian dibawa ke unit gawat darurat Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo.

Kondisi klien saat tiba di UGD, lemas, ubun-ubun besar cekung, mata cekung, malas minum. Klien kemudian dirawat di UGD selama 3 hari. Selama di UGD dilakukan resusitasi cairan dan diberikan terapi cefotaksim 3 x 100 mg IV, asam folat 1 x 1 mg po, resomal 40 cc tiap kali diare. Klien kemudian dipindahkan ke ruang IKA lantai 1 gedung A pada tanggal 2 April 2012 pukul 00.30. Pengkajian dilakukan tanggal 2 April 2012 pukul 14.00. Saat pengkajian, kondisi klien masih lemah, diare 2 kali sejak tadi pagi, tetapi sedikit-sedikit, mukosa bibir lembab, UUB datar, mata cekung, kemerahan di sekitar anus, S: 36⁰ C, N: 120 X/mnt RR 36 x/mnt, berat badan 4,2 Kg, PB = 61 cm (BB/U = 4,21/7,1 = 59%, TB/U = 61/65 = 93%, BB/TB = 4,21/5,8 = 72%), terdapat *wasting* (kurus, berat badan berdasarkan tinggi badan anak rendah). Nutrisi (pregistimil 8 x 90 cc) diberikan per NGT dan juga oral. Tanggal 5 April 2012, nutrisi dinaikan menjadi pregistimil 4 x 90 cc dan 4 x 120 cc. Hasil analisis feses tanggal 30 Maret 2012 menunjukkan infeksi usus oleh bakteri gram negatif, dan adanya maldigesti karbohidrat. Menurut keluarga, berat badan klien turun semenjak menderita diare.

Trophicognosis yang teridentifikasi antara lain: defisit volume cairan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, kerusakan integritas kulit, risiko penyebaran infeksi, gangguan pertumbuhan, ansietas dan perubahan proses keluarga. Intervensi yang diberikan antara lain: membina hubungan saling percaya dengan anak, pemantauan tanda-tanda vital, pemantuan status nutrisi dan hidrasi, mencatat asupan dan haluaran,

kolaborasi dengan tim gizi dalam penentuan diet sesuai dengan toleransi klien, menjelaskan tentang tumbuh kembang anak, dan stimulasi yang diberikan sesuai usia. Tanggal 12 April 2012 Klien diperbolehkan pulang dengan keadaan umum baik, asupan nutrisi sudah per oral dan sesuai program, diare sudah teratasi, berat badan 4,574 kg. Klien dijadwalkan kontrol ke poliklinik bedah untuk tindak lanjut kelainan fistel rektovestibular yang memerlukan tindakan bedah.

2.1.4 Kasus 4

Klien anak A.D, laki-laki, usia 1 tahun 6 bulan, dirawat dengan atresia bilier, tersangka *Spontaneous Bacterial Peritonitis* (SBP), dan gizi buruk marasmik. Sejak usia 3,5 bulan mata klien tampak kuning, dibawa berobat ke dokter, namun tidak ada perbaikan. Perut makin membesar, BAB berwarna seperti dempul, BAK kuning tua. Usia 7 bulan, pasien dibawa berobat ke rumah sakit Cibinong, mendapat transfusi albumin 2 kali dan didiagnosis mengalami atresia bilier. Sebelumnya klien sudah 2 kali dirawat di IKA Gedung A Lantai 1 RSCM dan mendapat transfusi albumin serta dilakukan punksi asites. Klien rutin kontrol ke poli gastrohepatologi. Klien masuk rumah sakit tanggal 4 April 2012 untuk transfusi albumin, dari hasil pemeriksaan diduga klien mengalami spontaneous bacterial peritonitis. Klien kemudian dirawat di UGD. Klien dipindahkan ke ruang IKA Gedung A Lantai 1 RSCM tanggal 6 April 2012.

Saat pengkajian, kondisi klien tampak lemah, demam dan anak rewel, suhu 38°C , abdomen buncit dan tegang (asites), lingkar perut 53 cm, tampak ada venektasi, skrotum edema, kuning di seluruh tubuh. $\text{BB} = 7,050\text{ kg}$, $\text{TB} = 70\text{ cm}$, lingkar lengan atas = 10 cm. $\text{BB}/\text{U} = 7/10,5 = 66,6\%$, $\text{TB}/\text{U} = 70/8 = 86\%$, $\text{BB}/\text{TB} = 7/8,5 = 82,3\%$, $\text{LLA}/\text{U} = 10/14,7 = 68\%$, terdapat *wasting*, dan tidak ada *baggy pants*, status gizi buruk, anak belum bisa duduk. Hasil laboratorium prokalsitonin 5,55 ng/ml, Hemoglobin 9,16 g/dl (rendah, nilai normal 10,8 – 12,8 g/dl), albumin 2,4 g/dl (rendah, nilai normal 3,8-5,4 g/dl). Mendapat diet peptamen 6 X 120 cc per NGT dan

terapi Cefotaksim 3 x 300 mg IV (3), Asam urodeoksikolat 3 x 80 mg po, Vitamin E 1 x 200 U mg po, Aktavol 2 x 1 ml po, Spironolakton 2 x 6,25 mg po, dan Albumin 25% 25 cc.

Trophicognosis yang teridentifikasi antara lain : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, kelebihan volume cairan, hipertermia, risiko penyebarluasan infeksi, gangguan pertumbuhan dan perkembangan dan perubahan proses keluarga. Pada hari ketiga perawatan, klien mengalami sesak nafas, frekwensi nafas 40x/ menit, mengalami BAB berdarah sejak kemarin, kadar Hb 6,7 g/dl. Berdasarkan batasan karakteristik dari diagnosis keperawatan NANDA, maka masalah keperawatan/*trophicognosis* yang diidentifikasi yaitu : pola nafas tidak efektif dan risiko gangguan perfusi jaringan (gastrointestinal). Intervensi yang telah dilakukan selama perawatan antara lain: memantau status nutrisi, memonitor tanda-tanda vital dan perdarahan dari saluran gastrointestinal seperti jumlah berak darah maupun frekuensinya, memberi O2 dan memantau status pernafasan, menganjurkan ibu untuk memberi posisi yang nyaman untuk klien, memberi kompres hangat, mencatat asupan dan haluaran Tanggal 14 April 2012 pukul 11.00 WIB, kondisi klien memburuk, klien sesak nafas, dan akhirnya dilakukan intubasi. Klien kemudian dipindahkan ke ruang PICU pukul 23.00. Berdasarkan informasi dari PICU, klien dinyatakan meninggal tanggal 15-4-2012 pukul 02.30 WIB.

2.1.5 Kasus 5

Klien By. Ny T, laki-laki, lahir tanggal 9 Pebruari 2012 dengan gizi buruk marasmik, ISK e.c pseudomonas Sp, ileostomi riwayat produksi stoma yang berlebihan. Riwayat penyakit sebagai berikut: usia 3 hari, anak demam disertai perut kembung, muntah berwarna hijau, dibawa ke salah satu rumah sakit dan akhirnya dirujuk ke RSCM. Di RSCM didiagnosis mengalami infeksi usus, kemudian dilakukan operasi ileostomi, dirawat selama 1 bulan di ruang BCH RSCM. Sepuluh hari sebelum masuk rumah sakit, klien mengalami batuk dan pilek, tidak sesak, namun tidak dibawa

berobat, hanya diuap sendiri di rumah dengan Na Cl. Tanggal 4 April 2012, klien dibawa ke RSCM untuk kontrol. Produksi stoma lebih cair dan lebih banyak = 175 ml/24 jam, anak tampak kehausan. Klien kemudian disarankan langsung ke UGD, karena tampak dehidrasi. Klien dirawat di UGD dengan diagnosis produksi stoma yang berlebihan dengan dehidrasi berat dan gizi buruk. Dilakukan rehidrasi, klien dipuaskan, mendapat terapi asam folat 1 x 5 mg dan vitamin A 50.000 IU po. Klien sempat mengalami asidosis metabolik dan alkalosis respiratorik pada tanggal 4 April 2012 pukul 23.00, dan sudah dilakukan koreksi dengan natrium bikarbonat 50 mEq dalam 15 ml/8 jam. Tanggal 6 April 2012 klien sudah mengalami perbaikan dan diperbolehkan minum 6 x 5 ml dan dinaikkan bertahap. Hasil kultur urin tanggal 9 April 2012 menunjukkan adanya kuman pseudomonas sp > 10⁵ kuman/ml dan E coli > 10⁵ kuman/ml, klien kemudian mendapat terapi cefoperazone sulbactam 2 x 100 mg. Klien pindah ke ruang IKA infeksi tanggal 12 April 2012 pukul 16.50. Saat tiba di ruang infeksi, keadaan umum baik, terpasang IVFD: Ns (460) +KCl (10) +D40 (40) = 4,2 ml/jam, aminofusin 5 % 2 ml/ jam, minum per oral mau dengan diet pregistimil 8 x 30 ml. Menurut keluarga berat badan sulit naik, BB lahir 3000 gram, BB saat ini 2720 gram, PB = 49 cm, lingkaran lengan atas = 8 cm, anak tampak kurus, terdapat *wasting*, status gizi buruk, gerakan kurang aktif. Menurut ibu, bila klien diberi minum terlalu banyak dalam sekali pemberian, maka akan banyak pula produksi stoma. Klien rencana dilakukan penutupan ileostomy jika berat badan sudah 5 Kg.

Trophicognosis yang teridentifikasi selama perawatan pasien yaitu: risiko defisit volume cairan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, risiko penyebaran infeksi, risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan, serta perubahan proses keluarga. Intervensi yang dilakukan antara lain pemantauan status hidrasi dan status nutrisi, observasi tanda-tanda vital, memberi konseling keluarga, memberikan terapi sesuai program, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, kolaborasi dengan tim gizi dalam penentuan diet, memberi penjelasan tentang tumbuh kembang

anak dan stimulasi yang bisa diberikan. Selama dalam perawatan, asupan nutrisi dinaikkan bertahap, dan dilakukan pengentalan susu, evaluasi produk stoma berkurang, sehingga direncanakan pulang tanggal 19 April 2012. Selama proses pengurusan administrasi, ternyata produksi stoma bertambah sampai mencapai 90 cc/ 6 jam, akhirnya rencana pulang ditunda dengan program dari divisi nutrisi dan metabolik : diet pregestimil dikentalkan 8 x 50 cc, jika produk stoma >50 cc/6 jam, harus dipasang infus lagi. Berat badan terakhir saat dievaluasi= 2620 gram.

2.2 Tinjauan Teoritis

Pada tinjauan teoritis ini akan dipaparkan kebutuhan nutrisi dan peran perawat dalam memenuhi kebutuhan nutrisi anak, prinsip asuhan nutrisi pada anak, alternatif cara pemberian nutrisi, masalah gizi pada anak dan *gambaran web of causation* penyakit pada kasus terpilih.

2.2.1 Kebutuhan Nutrisi pada Anak dan Proses Keperawatan

Nutrisi adalah sesuatu yang dimakan seseorang dan bagaimana tubuh menggunakannya. Zat gizi adalah zat organik dan anorganik yang dijumpai dalam makanan dan dibutuhkan untuk fungsi tubuh. Asupan makanan yang memadai terdiri dari zat gizi esensial yang seimbang yaitu air, karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral (Kozier, 2011). Beck (2009) menjelaskan gizi (nutrisi) adalah keseluruhan dari proses dalam tubuh makhluk hidup untuk menerima bahan-bahan dari lingkungan hidupnya dan menggunakan bahan-bahan tersebut agar menghasilkan pelbagai aktivitas penting dalam tubuhnya sendiri. Bahan-bahan tersebut dikenal dengan istilah nutrien (unsur gizi).

Nutrisi didefinisikan sebagai makanan yang berguna bagi kesehatan. Komposisi makanan terdiri dari berbagai macam nutrien yang mempunyai efek metabolik yang spesifik dalam tubuh manusia. Nutrien dapat merupakan zat esensial maupun non esensial. Nutrien esensial merupakan zat yang tidak dapat disintesis oleh tubuh manusia sehingga harus diperoleh dari makanan. Nutrien yang termasuk nutrien esensial adalah

vitamin, mineral, beberapa asam amino, asam lemak dan karbohidrat. Nutrien esensial adalah nutrien yang dapat disintesis oleh tubuh dan mempunyai kualitas yang sama dengan nutrien yang berasal dari bahan makanan. Secara garis besar nutrien dibagi menjadi makronutrien (karbohidrat, protein dan lemak), mikronutrien (vitamin dan mineral) dan air. Makronutrien merupakan zat utama yang terdapat dalam diet dan berfungsi sebagai sumber energi bagi tubuh yang digunakan untuk pertumbuhan, pemeliharaan dan aktivitas (Hidajat, 2011)

Setiap anak mempunyai kebutuhan nutrien yang berbeda dan anak mempunyai karakteristik yang khas dalam mengkonsumsi makanan atau zat gizi tersebut. Menentukan makanan yang tepat untuk anak perlu diperhatikan jumlah kebutuhan dari setiap nutrien, jenis makanan yang dapat dipilih dan diolah sesuai menu yang diinginkan, tentukan jadwal pemberian makanan, dan perhatikan porsi yang dihabiskannya. Perawat mempunyai kewajiban untuk membantu orang tua mendapatkan pemahaman dan keterampilan yang tepat dalam memberikan nutrisi pada anak sesuai dengan tahapan usianya (Supartini, 2004).

Perawat juga berperan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi ketika anak dirawat di rumah sakit. Kontak sehari-hari yang dekat dengan klien dan keluarganya memungkinkan perawat untuk mengobservasi status fisik, asupan makanan, penambahan atau kehilangan berat badan, dan respon terapi. Perawat dapat mengidentifikasi masalah aktual atau risiko dalam status nutrisi dan mengimplementasikan terapi perawatan medis dan nutrisi yang tepat untuk mengurangi atau mengembalikan kondisi perubahan nutrisi (Poter & Perry, 2005). Perawat dapat berkolaborasi dengan dokter dan ahli diet dalam melakukan pengkajian status nutrisi yang komprehensif. Pengkajian status nutrisi dapat melibatkan semua atau beberapa hal berikut: data riwayat keperawatan, skrining nutrisi, pemeriksaan fisik, penghitungan persentase penurunan berat badan, pengukuran antropometri, dan data laboratorium (Kozier, 2011).

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2003) dalam Kozier (2011) menyampaikan beberapa pernyataan diagnosis keperawatan untuk klien yang mengalami masalah nutrisi antara lain; 1) Ketidakseimbangan nutrisi: Kurang dari kebutuhan tubuh; 2) Ketidakseimbangan nutrisi: Lebih dari kebutuhan tubuh dan 3) Risiko ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh. Beberapa diagnosis keperawatan NANDA lain juga dapat diterapkan pada individu tertentu, karena masalah nutrisi sering mempengaruhi area lain dalam fungsi tubuh manusia. Contoh diagnosis keperawatan tersebut antara lain; 1) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakcukupan asupan makanan kaya zat besi yang dapat mengakibatkan anemia defisiensi besi; 2) Risiko infeksi yang berhubungan dengan immunosupresi sekunder akibat ketidakcukupan asupan protein; 3) Konstipasi yang berhubungan dengan ketidakcukupan asupan cairan dan serat.

Diagnosis keperawatan untuk masalah nutrisi yang banyak digunakan pada kasus-kasus dalam karya ilmiah ini adalah ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan. Untuk mengangkat diagnosis keperawatan ini, perlu dipahami terlebih dahulu definisi atau batasan karakteristiknya. Carpenito (2009) mendefinisikan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan sebagai suatu keadaan ketika seseorang yang tidak NPO (*Nil Per Os*) atau puasa, mengalami atau berisiko mengalami penurunan berat badan karena tidak adekuatnya asupan atau metabolisme zat nutrisi untuk kebutuhan metabolik. Carpenito (2009) juga menjelaskan batasan karakteristik mayor (harus ada) dan minor (mungkin ada) dari diagnosis ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan. Batasan karakteristik mayor antara lain: individu yang tidak puasa menerima asupan makanan yang kurang dari diet harian yang dianjurkan (*recommended daily allowance/RDA*) dengan atau tanpa disertai penurunan berat badan, dan kebutuhan metabolik aktual atau potensial yang melebihi kebutuhan disertai penurunan berat badan. Sedangkan batasan karakteristik minornya antara lain; 1) Berat badan 10%-20% dibawah berat badan ideal

berdasarkan tinggi badan atau postur tubuh, 2) Lipatan kulit trisep, lingkaran lengan atas dan lingkaran otot lengan bagian tengah kurang dari 60% dari ukuran standar, 3) Kelemahan dan rasa nyeri pada otot, 3) Iritabilitas mental dan kebingungan, 4) Penurunan kadar albumin serum, 5) Penurunan transferin serum atau kapasitas pengikat zat besi.

NANDA (2012) mendefinisikan diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan sebagai ketidakcukupan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolik. Batasan karakteristik diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan antara lain: nyeri abdomen, keengganan untuk makan, penurunan berat badan 20% atau lebih dari berat badan ideal, diare, kerontokan rambut yang berlebihan, kehilangan berat badan dengan asupan makanan yang adekuat, penurunan sensasi terhadap makanan, asupan nutrisi kurang dari RDA, dll.

Tujuan utama mengatasi masalah klien dengan atau berisiko mengalami masalah nutrisi adalah untuk mempertahankan dan memulihkan status nutrisi yang optimal, menurunkan atau mendapatkan kembali berat tubuh tertentu, meningkatkan praktik nutrisi yang sehat, dan mencegah komplikasi akibat malnutrisi. Perawat menguatkan program ahli diet, membantu klien untuk membuat perubahan yang menguntungkan dan mengevaluasi respon klien terhadap perubahan yang terencana (Kozier, 2011).

2.2.2 Prinsip Asuhan Nutrisi pada Anak

Pemenuhan kebutuhan nutrisi untuk anak maupun dewasa, ditujukan untuk tercapainya keseimbangan energi. Kozier (2012) menjelaskan bahwa keseimbangan energi seseorang dipengaruhi oleh asupan energi dan haluan energinya. Asupan energi adalah jumlah energi yang disuplai oleh zat gizi atau makanan ke dalam tubuh dalam bentuk kalori. Sedangkan haluan energi merujuk pada metabolisme yaitu semua proses biokimia dan fisiologi, yang dengan proses tersebut, tubuh dapat tumbuh

dan mempertahankan diri. Menurut Potter dan Perry (2005), ada dua tipe dasar metabolisme yaitu anabolisme dan katabolisme. Anabolisme merupakan produksi dari substansi kimia yang lebih kompleks dengan sintesis nutrien, sedangkan katabolisme merupakan pemecahan substansi kimia menjadi substansi yang lebih sederhana. Hartono (2006) menjelaskan katabolisme umumnya terjadi selama masa pertumbuhan dan penyembuhan penyakit, sedangkan katabolisme akan dijumpai pada pasien yang sedang menderita penyakit seperti kanker atau infeksi kronis. Kebutuhan nutrisi untuk anak yang sedang mengalami penyakit infeksi harus lebih mendapat perhatian, karena kemungkinan terjadinya katabolisme sangat besar.

Kebutuhan nutrisi dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain status nutrisi, umur, keadaan klinis dan penyakit yang diderita. Secara sederhana, umumnya kebutuhan energi pada anak hampir sama dengan kebutuhan cairan dan kebutuhan energi nutrisi parenteral lebih sedikit daripada nutrisi enteral. Prinsipnya kebutuhan energi pada pasien pediatri harus seimbang antara asupan energi dengan energi yang digunakan ditambah dengan kebutuhan untuk tumbuh. Kebutuhan bayi lebih tinggi dibandingkan anak yang terutama digunakan untuk sintesis protein dan pertumbuhan (Hendarto & Nasar, 2002).

Status gizi merupakan salah satu pengkajian untuk menentukan adanya masalah nutrisi pada anak. Damayanti (2011) menjelaskan bahwa dalam praktik sehari-hari di klinik, umumnya status gizi ditentukan berdasarkan pemeriksaan klinis dan antropometri. Prinsip penentuan status gizi dengan pemeriksaan antropometris adalah menentukan proporsi berat badan menurut panjang badan/tinggi badan. Ada beberapa grafik yang digunakan sebagai rujukan dalam menentukan status gizi secara antropometris antara lain CDC 2000 dan WHO 2006. Selain itu juga direkomendasikan menggunakan persentasi berat badan (BB) aktual terhadap BB ideal untuk menentukan status gizi. Selanjutnya status gizi diklasifikasikan sebagai

berikut; 1) Obesitas apabila >120%, 2) Gizi lebih apabila >110%-120%, 3) Gizi cukup apabila 110%- 90%, 4) Gizi kurang 70%-90%, dan 5) Gizi buruk apabila <70%.

Kebutuhan nutrisi bayi serta anak baik yang sehat dengan status gizi cukup maupun yang berstatus gizi kurang atau buruk atau bahkan gizi lebih, prinsipnya bertujuan memenuhi BB ideal. Kebutuhan terhadap masing-masing zat gizi pada anak yang sakit ditujukan untuk memenuhi tiga macam kebutuhan yaitu; 1) Untuk kebutuhan penggantian zat gizi yang mengalami kekurangan; 2) Untuk kebutuhan rumatan dan 3) Untuk kebutuhan tambahan karena kehilangan dan tambahan untuk pemulihan jaringan/organ yang sedang sakit (Sjarif, 2011).

Tabel 2.1
Recommended Dietary Allowances Untuk Bayi dan Anak

	Umur (tahun)	BB (Kg)	TB (cm)	Kalori (kcal/kg)	Protein (g/kg)	Cairan (ml/kg)
Bayi	0.0-0.5	6	60	108	2.2	140-160
	0.5-1.0	9	71	98	1.5	125-145
Anak	1-3	13	90	102	1.23	115-125
	4-6	20	112	90	1.2	90-140
	7-10	28	132	70	1.0	70-85
	11-14	45	157	55	1.0	70-85
Pria	15-18	66	176	45	0.8	50-60
	11-14	46	157	47	1.0	70-85
	15-28	55	163	40	0.8	50-60

Sumber : Sjarif (2011)

Komponen kebutuhan energi terdiri dari empat komponen yaitu laju metabolisme basal atau *basal metabolisme rate* (BMR), energi yang dibutuhkan untuk mencerna makanan atau *diet induced thermogenesis* (DIT), aktivitas fisik dan tumbuh. BMR adalah sejumlah energi yang diperlukan untuk mempertahankan fungsi vital tubuh tidak termasuk aktivitas dan pengolahan makanan, diukur pada posisi berbaring pada suhu lingkungan yang netral setelah puasa 12-18 jam, segera setelah bangun tidur sebelum melakukan aktivitas. Dalam praktik sehari-hari, yang diukur biasanya *resting energy expenditure* (REE) yang cara

pengukurannya sama dengan BMR tetapi tidak dilakukan segera setelah bangun tidur. Perbedaan REE dan BMR tidak lebih dari 10% (Sjarif, 2011). Menurut Sjarif (2011), kebutuhan kalori dan protein pasien dapat diperhitungkan dengan menentukan kebutuhan basal (REE atau BMR) terlebih dahulu, kemudian menentukan faktor aktivitas dan faktor stres. Maka kebutuhan kalori total adalah REE (BMR) x faktor aktivitas x faktor stres. Kebutuhan protein total adalah RDA x faktor aktivitas x faktor stres.

Tabel 2.2
Rumus Perhitungan REE Menurut WHO

Jenis kelamin	Usia		
	0-3 tahun	3-10 tahun	10-18 tahun
Laki-laki	$60,9 \times \text{BB (kg)} - 54$	$22,7 \times \text{BB (kg)} + 495$	$12,2 \times \text{BB (kg)} + 746$
Perempuan	$61 \times \text{BB (kg)} - 51$	$22,4 \times \text{BB (kg)} + 499$	$17,5 \times \text{BB (kg)} + 651$

Sumber : Koletzko, et.al (2005) dalam Sjarif (2011)

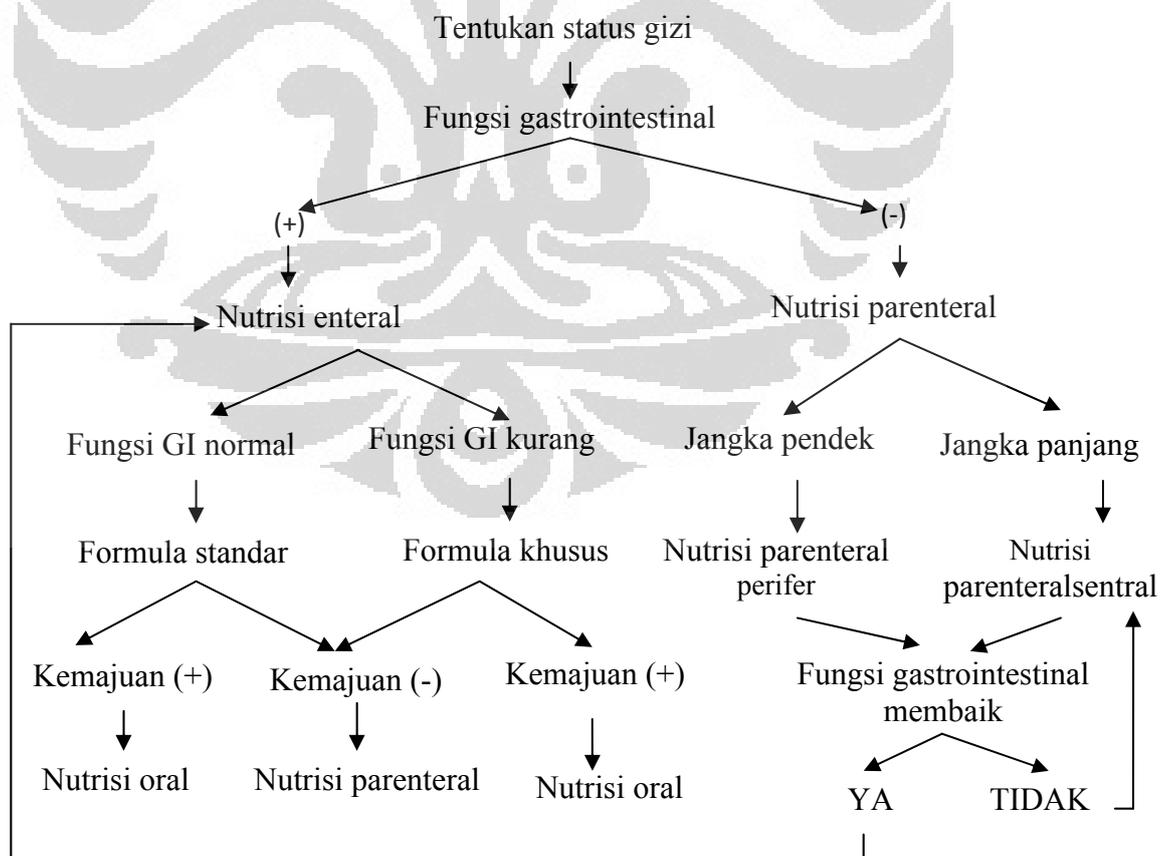
Tabel 2.3
Menentukan Faktor Aktivitas dan Faktor Stres

Jenis aktivitas	Faktor aktivitas
Non ambulatory, diintubasi, disedasi	0.8-0.9
Tirah baring	1.0-1.15
Aktifitas ringan	1.2-1.3
Jenis Stres	Faktor stres
Kelaparan	0.7-0.9
Bedah	1.1-1.5
Sepsis	1.2-1.6
Cedera kepala	1.3
Trauma	1.1-1.8
Gagal tumbuh	1.5-2.0
Luka bakar	1.5-2.5
Gagal jantung	1.2-1.3
Trauma	1.5-1.7

Sumber : Sjarif, (2011).

2.2.3 Alternatif Cara Pemberian Nutrisi

Pemberian makan secara oral yang biasa dilaksanakan pada sebagian besar pasien merupakan cara yang alamiah dan ideal. Jika secara alamiah pasien tidak dapat mengkonsumsi makanan padat, maka dapat diberikan dalam bentuk cair. Apabila cara tersebut tidak memungkinkan, atau tidak dapat memenuhi zat gizi secara lengkap, maka dapat diberikan nutrisi secara enteral dan parenteral (Sjarif, 2011). Pemilihan cara pemberian nutrisi tergantung pada keadaan saluran pencernaan makanan dan kemampuan menyerap nutrisi. Pada penderita-penderita yang kebutuhan kalorinya tidak semuanya bisa diterima secara oral, bisa diberikan formula enteral melalui sonde kedalam saluran cerna. Pemberian nutrisi parenteral hanya diberikan bila fungsi saluran cerna tidak adekuat. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pemberian nutrisi enteral dini mendapatkan hasil yang lebih baik dibanding pemberian nutrisi parenteral (Aziz, 2006). Hidayat, Irawan dan Nurul (2006), menggambarkan algoritma pemberian nutrisi intervensif seperti diagram berikut :



Skema 2.1. Algoritme cara pemberian nutrisi intervensif.

Implementasi cara pemberian nutrisi antara lain:

a. Pemberian nutrisi secara oral

Pemberian nutrisi secara oral adalah pemberian nutrisi secara alami ke dalam tubuh lewat mulut (Hartono, 2006). Secara alamiah, setiap manusia memenuhi kebutuhan akan zat gizi melalui mulut (oral).

b. Pemberian nutrisi secara enteral

Nutrisi enteral merupakan pilihan utama bila pemberian secara oral tidak memungkinkan. Pemberian makanan secara enteral lebih baik dibandingkan dengan secara parenteral, karena pemberian makanan enteral dapat menjaga fungsi gastrointestinal bekerja secara fisiologis. Pasien yang membutuhkan nutrisi enteral adalah pasien yang tidak mampu mendapatkan kecukupan kalori secara oral tetapi fungsi ususnya masih normal. Pasien yang membutuhkan nutrisi enteral antara lain; pasien yang berat badannya tidak meningkat secara memadai, pertumbuhan tidak adekuat, anak yang membutuhkan waktu makan yang lama, anak yang kehilangan berat badan secara terus menerus, anak yang mengalami penurunan rasio berat/umur atau berat/tinggi badan atau anak dengan masalah pada oral atau lambung (Lestari, 2011).

c. Pemberian nutrisi secara parenteral

Nutrisi parenteral adalah pemberian nutrisi melalui jalur intravena, yang meliputi pemberian air, asam amino, lemak, karbohidrat, elektrolit, vitamin, mineral dan *trace element*. Nutrisi parenteral diberikan bila kebutuhan nutrisi anak tidak terpenuhi dengan cara oral atau enteral (Prawirahartono, 2011). Aziz (2006) menjelaskan, terbatasnya cadangan energi pada anak dan meningkatnya kebutuhan kalori akibat stres karena penyakit menjadikan nutrisi parenteral merupakan salah satu tindakan penting pada anak sakit berat. Indikasi pemberian nutrisi parenteral antara lain: disfungsi saluran cerna (kelainan kongenital, *short bowel syndrome*, gangguan absorpsi, gangguan motilitas, obstruksi). Kelainan-kelainan diluar saluran cerna seperti keganasan, penyakit paru berat, gagal ginjal, gagal hepar, luka bakar luas, sepsis dan pankreatitis berat.

2.2.4 Permasalahan Gizi Pada Anak

Malnutrisi masih merupakan masalah kesehatan utama di negara sedang berkembang. Malnutrisi adalah suatu keadaan klinis yang disebabkan ketidakseimbangan antara asupan dan keluaran energi, baik karena kekurangan atau kelebihan asupan makanan maupun akibat kebutuhan yang meningkat. Pada pembahasan selanjutnya yang dimaksud dengan malnutrisi adalah keadaan klinis sebagai akibat kekurangan asupan makanan ataupun kebutuhan nutrisi yang meningkat ditandai dengan adanya gejala klinis, antropometris, laboratoris dan data analisis diet (Nasar, et al., 2007).

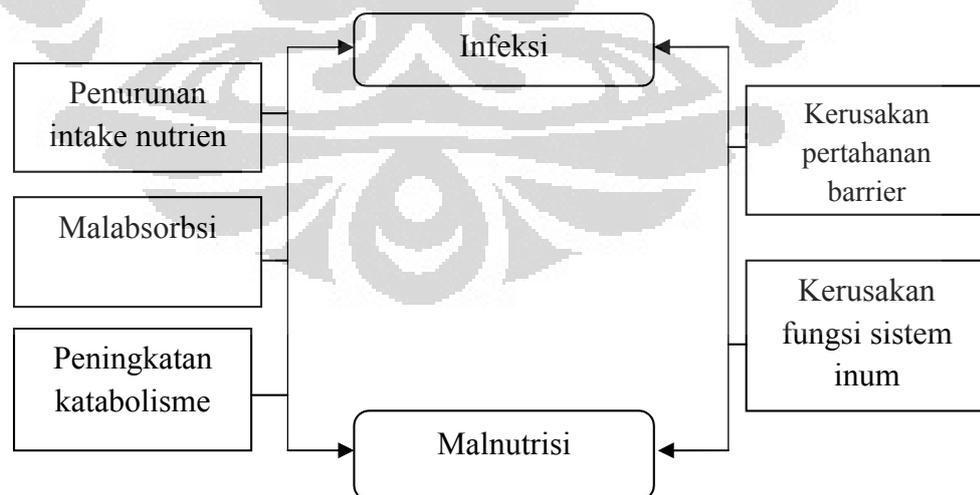
Tahun 2007 prevalensi anak balita yang mengalami gizi kurang dan pendek masing-masing 18,4 persen dan 36,8 persen, sehingga Indonesia termasuk di antara 36 negara di dunia yang memberi 90 persen kontribusi masalah gizi dunia (UN-SC *on Nutrition*, 2008 dalam BAPPENAS, 2011). Walaupun pada tahun 2010 prevalensi gizi kurang dan pendek menurun menjadi masing-masing 17,9 persen dan 35,6 persen, tetapi masih terjadi disparitas antar provinsi yang perlu mendapat penanganan masalah yang sifatnya spesifik di wilayah rawan (Riskesdas, 2010 dalam BAPPENAS, 2011).

Nazar et al. (2007) menjelaskan terjadinya malnutrisi diawali dengan defisiensi nutrien yang berlangsung beberapa waktu. Selanjutnya akan terjadi deplesi cadangan nutrien pada jaringan tubuh dan selanjutnya kadar dalam darah akan menurun. Hal ini akan mengakibatkan tidak cukupnya nutrien tersebut di tingkat seluler sehingga fungsi sel terganggu misalnya sintesis protein, pembentukan dan penggunaan energi, proteksi terhadap oksidasi atau tidak mampu menjalankan fungsi normal lainnya. Bila berlangsung terus maka gangguan fungsi sel ini akan menimbulkan masalah pada fungsi jaringan atau organ yang bermanifestasi secara fisik seperti gangguan pertumbuhan, serta kemunculan tanda dan gejala klinis spesifik yang berkaitan dengan nutrien tertentu misal edema, xeroftalmia, dermatosis, dan lain-lain yang kadang-kadang tidak dapat kembali pulih.

2.2.5 Gambaran *Web of Causation* Penyakit pada Kasus Terpilih.

Diare adalah penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi defekasi lebih dari biasanya (> 3 kali/hari) disertai perubahan konsistensi tinja (menjadi cair), dengan/tanpa darah dan/atau lendir (Suraatmaja, 2007). Malnutrisi energi protein adalah gangguan nutrisi yang disebabkan oleh karena kekurangan protein dan/atau energi, yang dibagi menjadi Malnutrisi Energi Protein (MEP) derajat ringan (gizi kurang), dan MEP derajat berat atau gizi buruk (Sidiarta & Pratiwi, 2011). Kwasiorkor merupakan bentuk MEP yang terjadi ketika anak disapih dengan diet rendah protein, tetapi jumlah energi dari sumber karbohidrat memadai. Sedangkan marasmus adalah bentuk MEP berat akibat protein dan energi yang tidak adekuat dalam diet (Brooker, 2009).

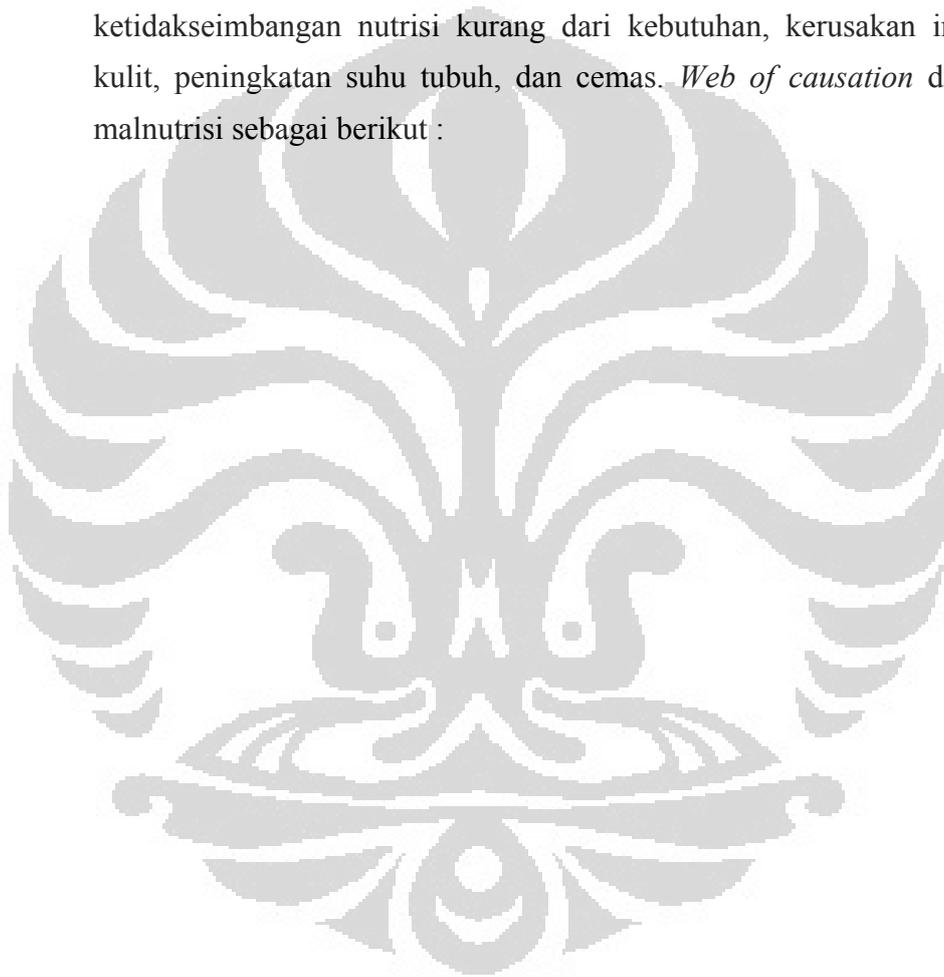
Malnutrisi dan penyakit infeksi seperti diare, merupakan kondisi yang saling berhubungan. Malnutrisi kalori protein dapat merusak perkembangan normal sistem kekebalan tubuh. Stimulasi respon imun oleh infeksi meningkatkan metabolisme yang menyebabkan peningkatan kebutuhan energi, sehingga menyebabkan lingkaran setan dari status gizi buruk dan peningkatan kerentanan terhadap infeksi (Rodríguez, Cervantes & Ortiz, 2011).



Skema 2.2. Hubungan infeksi dan malnutrisi

Sumber : Rodríguez, Cervantes & Ortiz, 2011

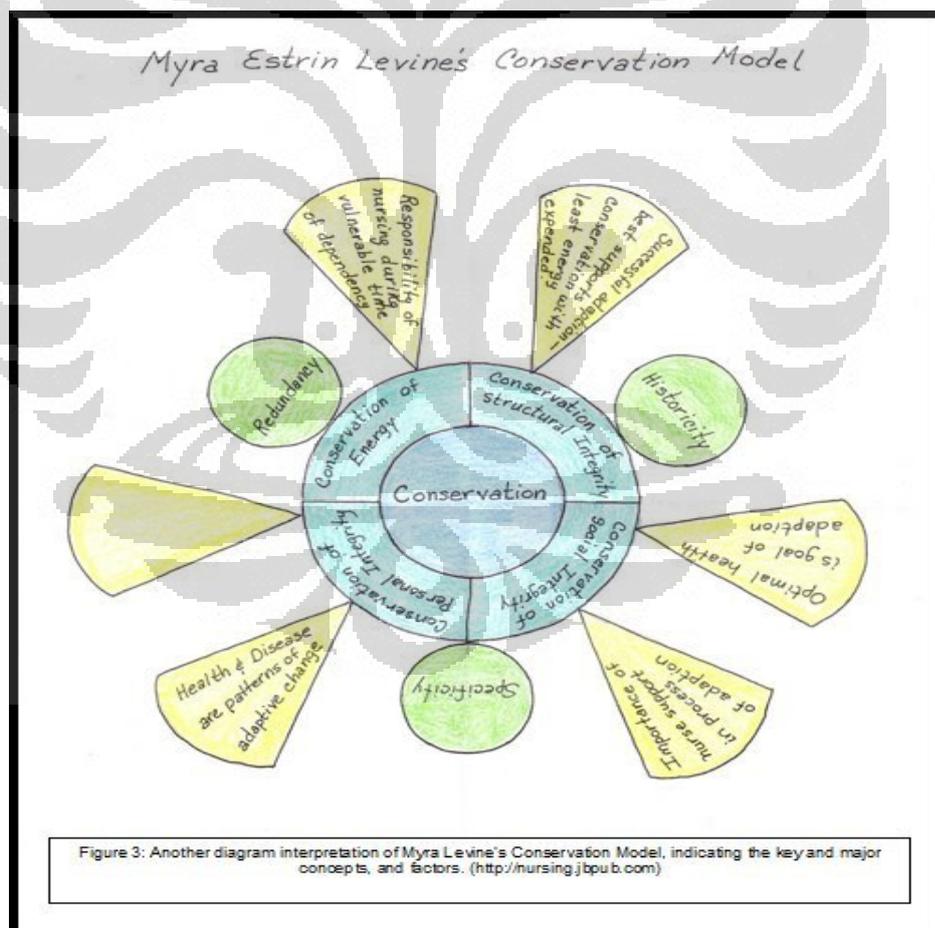
Rodríguez, Cervantes dan Ortiz (2011) juga menjelaskan bahwa malnutrisi energi protein dan infeksi bakteri pada saluran cerna merupakan hal yang berdampingan dan sering terjadi pada anak-anak di negara berkembang. Infeksi saluran cerna mempengaruhi status gizi melalui penurunan asupan makanan dan penyerapan usus, meningkatkan katabolisme dan penyerapan nutrisi yang diperlukan untuk sintesis jaringan dan pertumbuhan. Diare dapat menimbulkan beberapa masalah keperawatan seperti kekurangan volume cairan dan elektrolit, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, kerusakan integritas kulit, peningkatan suhu tubuh, dan cemas. *Web of causation* diare dan malnutrisi sebagai berikut :





2.3 Integrasi Teori dan Konsep Keperawatan Dalam Proses Keperawatan

Model Konservasi merupakan teori yang bersifat universal sehingga dapat digunakan pada berbagai kondisi pasien, pada semua umur dan berbagai setting pelayanan keperawatan. Model Konservasi Levine bertujuan untuk mendorong adaptasi dan *wholeness* (keutuhan) dengan menggunakan prinsip-prinsip konservasi. Model ini memandu perawat untuk berfokus pada pengaruh-pengaruh dan respon-respon pada tingkat organismik. Perawat mencapai tujuan dari model melalui konservasi energi, konservasi integritas struktur, dan konservasi integritas sosial dan konservasi integritas personal (Parker, 2005). Alligood (2010) menjelaskan model Levine didasarkan pada 3 konsep utama, yaitu adaptasi (*adaptation*), keutuhan (*wholeness*), dan konservasi (*conservation*). Levine menggambarkan model konservasi seperti gambar berikut:



Gambar 2.4. Model Konservasi Myra E. Levine

Sumber: <http://nursingtheories.blogspot.com>.

Adaptasi adalah proses berubah, dan konservasi adalah hasil adaptasi. Adaptasi adalah proses dimana klien memelihara integritas di dalam lingkungan yang nyata baik internal maupun eksternal (Levine, 1966, 1989 dalam Parker, 2005). Karakteristik dari adaptasi adalah ; 1) *Historicity* mengandung makna bahwa adaptasi merupakan proses historis, dimana respon didasarkan pada pengalaman masa lalu baik itu dari segi personal maupun genetik; 2) *Specificity*, bahwa adaptasi juga bersifat spesifik, artinya bahwa pada perilaku individu memiliki pola stimulus respon yang spesifik dan unik dalam aktivitas kehidupan sehari-hari; dan 3) *Redundancy* yang artinya pilihan akan selamat atau gagal oleh individu untuk memastikan terjadinya adaptasi yang berkelanjutan. Jika suatu sistem tubuh tidak mampu beradaptasi, maka sistem yang lain akan mengambil alih dan melengkapi tugasnya. *Redundancy* dipengaruhi oleh trauma, usia, penyakit atau kondisi lingkungan yang membuat individu tersebut sulit untuk mempertahankan hidup (Parker, 2005).

Konservasi merupakan hasil dari adaptasi. Konservasi adalah menjaga bersama-sama kelangsungan sistem kehidupan. Menjaga bersama-sama diartikan sebagai menjaga keseimbangan antara intervensi keperawatan dan partisipasi klien sesuai dengan kemampuannya. Levine meyakini bahwa seorang individu akan terus menerus berusaha mempertahankan keutuhannya secara menyeluruh. Seorang individu mempertahankan sistem dalam interaksi yang konstan dengan lingkungan dan melakukan penghematan energi untuk menjaga integritas. Sumber energi tidak dapat langsung diamati, tetapi tanda atau manifestasi klinis dari perubahan energi dapat diprediksi, dikelola dan dikenali. Konservasi adalah suatu usaha mencapai keseimbangan antara pasokan dan kebutuhan energi di dalam realitas yang unik dari individu (Alligood, 2010). Keseimbangan energi adalah hubungan antara energi yang didapat dari makanan dan energi yang digunakan oleh tubuh. Tubuh mendapat energi dalam bentuk kalori dari karbohidrat, protein dan lemak (Kozier, 2011). Apabila asupan nutrisi tidak terpenuhi sesuai kebutuhan, maka keseimbangan energi tidak akan tercapai.

Wholeness (keutuhan) akan dapat dipertahankan jika terjadi interaksi atau adaptasi yang konstan dengan lingkungan. Perawat mempromosikan keutuhan melalui penggunaan prinsip-prinsip konservasi (Allgood, 2010). Levine menganggap bahwa *Wholeness* merupakan sistem terbuka dan menggabungkan bagian-bagian untuk sebuah keutuhan untuk menghadapi perubahan lingkungan (Parker, 2005). Penyakit infeksi merupakan salah satu penyebab tidak tercapainya *wholeness*. Invasi mikroorganisme yang berasal dari lingkungan eksternal dapat mengganggu lingkungan internal pasien sehingga menimbulkan tanda klinis penyakit.

2.3.1 Prinsip-Prinsip Konservasi

Konservasi menurut Levine memiliki empat ranah atau dimensi yaitu konservasi energi, konservasi integritas struktur, konservasi integritas personal, dan konservasi integritas sosial. Intervensi keperawatan ditujukan agar klien dapat mencapai keempat prinsip konservasi ini.

a. Konservasi energi

Konservasi energi ditujukan untuk menjaga masukan (nutrisi, oksigen, cairan) dan pengeluaran energi untuk menghindari kelelahan berlebihan. Individu membutuhkan keseimbangan energi dan pembaharuan energi yang terus menerus untuk menjaga kelangsungan hidupnya (Leach, 2006; Basavanthappa, 2007). Tubuh mendapatkan energi dalam bentuk kalori dari nutrisi. Kekurangan asupan nutrisi dapat mengganggu keseimbangan energi sehingga pasien tidak dapat melakukan konservasi energi untuk menjaga kelangsungan berbagai aktivitas tubuh.

b. Konservasi integritas struktur

Konservasi integritas struktur adalah memelihara dan memulihkan struktur tubuh dengan mencegah kerusakan fisik dan meningkatkan proses penyembuhan (Leach, 2006; Basavanthappa, 2007).

c. Konservasi integritas personal

Konservasi integritas personal dilakukan dengan memelihara identitas diri, harga diri dan mengakui keunikan klien (Leach, 2006; Basavanthappa, 2007).

d. Konservasi integritas sosial

Konservasi integritas sosial adalah mendorong kesadaran bahwa pasien adalah makhluk sosial yang berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan sosialnya (Leach, 2006; Basavanthappa, 2007). Perawat memiliki peran untuk menghadirkan anggota keluarga, membantu kebutuhan religius, dan menggunakan hubungan interpersonal untuk konservasi integritas sosial (Tomey & Alligood, 2006)

2.3.2 Proses Keperawatan Berdasarkan Levine's Model

Model perawatan Levine pada prinsipnya sama dengan elemen-elemen proses perawatan. Menurut Levine, seorang perawat harus selalu mengobservasi klien, memberikan intervensi yang tepat sesuai dengan perencanaan dan melakukan evaluasi terhadap intervensi yang telah diberikan. Dalam model Levine, klien dipandang dalam posisi ketergantungan, sehingga klien membutuhkan bantuan dari perawat untuk beradaptasi terhadap gangguan kesehatannya. Perawat bertanggung jawab dalam menentukan besarnya kemampuan partisipasi klien dalam perawatan. Menurut Alligood (2010), proses keperawatan berdasarkan model Levine dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan data dengan wawancara dan observasi terhadap perubahan yang terjadi pada pasien dengan mempertimbangkan prinsip-prinsip konservasi. Perawat mengamati terhadap respon sakit, membaca laporan medis, hasil pemeriksaan diagnostik dan berbicara dengan klien untuk mengetahui kebutuhan mereka yang perlu dibantu. Perawat menilai perubahan lingkungan internal dan eksternal dari klien yang dapat menghambat kemampuan mereka untuk mencapai kesehatan yang secara menyeluruh. Dengan

mempertimbangkan prinsip konservasi, perawat akan menilai perubahan pada beberapa aspek berikut :

- 1) Konservasi energi : keseimbangan antara pengeluaran dan pasokan energi klien.
- 2) Konservasi integritas struktur: sistem pertahanan bagi tubuh
- 3) Konservasi integritas personal: perasaan klien tentang harga diri, dan kepribadian.
- 4) Konservasi integritas sosial: kemampuan seseorang untuk berpartisipasi dalam sistem sosial (keluarga, masyarakat, dll)

b. *Trophicognosis*

Levine merekomendasikan *trophicognosis* sebagai suatu alternatif diagnosis keperawatan. Diagnosa keperawatan menurut Levine adalah memberi arti atau makna data yang telah dikumpulkan sesuai dengan kondisi pasien. Menyusun data-data yang telah dikumpulkan, kemudian memberi arti dan melakukan analisa untuk memutuskan kebutuhan pasien dan intervensi keperawatan mungkin diperlukan. Mengambil keputusan kebutuhan pasien disebut sebagai *trophicognosis*.

c. Hipotesis

Rencana penerapan intervensi keperawatan bertujuan untuk mempertahankan keutuhan pasien dan mempromosikan adaptasi mereka terhadap situasi saat ini. Berdasarkan *trophicognosis* yang ditemukan, perawat akan melakukan validasi ke pasien tentang masalah mereka. Perawat akan membuat hipotesis dari masalah tersebut dan solusi yang bisa dilakukan, yang selanjutnya akan menjadi rencana keperawatan.

d. Intervensi

Perawat akan berpedoman pada hipotesis yang telah dibuat dalam memberikan perawatan langsung pada pasien. Pada dasarnya perawat akan menguji hipotesis yang sudah disusun dengan memberikan perawatan langsung pada pasien. Intervensi yang dilakukan didasarkan pada prinsip-prinsip konservasi yaitu konservasi energi,

integritas struktur, integritas personal dan integritas sosial. Tujuan dari pendekatan ini adalah menjaga keutuhan klien dan mempromosikan adaptasi.

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian respon klien terhadap intervensi yang diberikan. Evaluasi dilakukan dengan mengkaji respon klien apakah mendukung atau tidak hipotesis yang sudah dibuat. Hasil evaluasi dapat berupa supportif (memberikan kenyamanan untuk klien) dan terapeutik (meningkatkan pemahaman klien tentang kesehatan). Jika hipotesis ternyata tidak mendukung pemecahan masalah klien, maka rencana yang telah dibuat harus direvisi dan dibuat hipotesis baru.

2.4 Aplikasi Teori Keperawatan Pada Kasus Terpilih

2.4.1 Pengkajian

Anak A, perempuan, 6 bulan masuk rumah sakit tanggal 31 Maret 2012 dengan keluhan utama diare sejak 7 hari sebelum masuk rumah sakit. Frekuensi diare 4-10 kali/hari kurang lebih seperempat gelas, tidak muntah dan klien juga mengalami demam naik turun, tetapi klien masih mau minum. Sejak satu hari sebelum masuk rumah sakit (30 Maret 2012), diare bertambah sering dan banyak dengan frekuensi sekitar 10 kali per hari, kurang lebih setengah gelas setiap kali diare. BAB hanya air, tidak ada ampas, berwarna kuning, tidak ada darah dan lendir. Klien juga muntah-muntah, lemas dan malas minum. Klien kemudian dibawa ke unit gawat darurat Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo.

Pengkajian perubahan lingkungan internal menggambarkan klien mengalami BAB cair, BAB juga keluar lewat vagina, nutrisi diberikan per NGT dan juga oral. Hasil analisis feses tanggal 30 Maret 2012 menunjukkan infeksi usus oleh bakteri gram negatif, dan adanya maldigesti karbohidrat. Perubahan lingkungan eksternal: klien tinggal di lingkungan yang cukup bersih. Klien dirawat di sebuah ruangan ber AC bersama 5 pasien lainnya dengan penyakit-penyakit infeksi.

Pengkajian yang berkaitan dengan konservasi energi diperoleh data bahwa anak tampak lemah, lebih banyak berbaring di tempat tidur, kadang-kadang digendong oleh keluarga, gerakan kurang aktif. Klien diberi diet pregestimil 8 x 60 ml dan resomal 40 cc tiap kali BAB lewat NGT dan kadang lewat dot jika klien mau. Menurut keluarga, sebelum sakit klien hanya diberi susu formula, dan tidak ada kesulitan minum. Berat badan klien turun terus semenjak menderita diare.

Pengkajian konservasi integritas struktur didapatkan data klien tampak kurus, berat badan klien saat ini 4,2 kg, seharusnya pada usia klien sekarang, berat badannya 7,1 kg, lingkar lengan 8,5 cm dan terdapat *wasting*. Kulit di sekitar anus kemerahan, mata cekung, suhu 36⁰C, nadi: 120 x/mnt, RR: 36x/mnt. Klien juga mengalami fistel rektovestibular, sehingga BAB kadang keluar juga dari vagina.

Pengkajian integritas personal pada anak A belum bisa dikaji karena klien baru berusia 6 bulan dan integritas personal seperti identitas diri dan harga diri belum terbentuk. Namun ada beberapa data yang kemungkinan kedepannya akan mengganggu identitas diri klien. Data tersebut antara lain klien mengalami gizi buruk marasmik yang jika berlanjut terus dapat mengganggu tumbuh kembang klien dan akan berdampak pada integritas personal bila klien sudah besar. Klien juga mengalami fistel rektovestibular yang kemungkinan dapat mengganggu integritas personal.

Data yang diperoleh dari pengkajian konservasi integritas sosial yaitu klien ditunggu oleh orang tuanya, dan juga neneknya bila orang tua bekerja. Klien kadang menangis bila didekati petugas atau diperiksa. Keluarga sangat cemas dengan kondisi klien, tetapi nenek mengatakan pasrah, dan menyerahkan pada tim kesehatan untuk memberikan yang terbaik pada cucunya. Keluarga juga bertanya apakah perkembangan klien bisa normal seperti anak yang lain, dan bertanya apa yang harus dilakukan keluarga

agar perkembangan klien sesuai usianya. Klien sangat dekat dengan neneknya, karena di rumah selalu bersama neneknya bila ibunya bekerja.

2.4.2 *Trophicognosis*

Model Konservasi Myra E. Levine merekomendasikan *trophicognosis* sebagai suatu alternatif diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan yaitu memberi arti atau makna data atau fakta yang telah dikumpulkan sesuai dengan kondisi pasien. Berdasarkan data yang telah dikumpulkan, maka *trophicognosis* yang teridentifikasi sebagai berikut:

- a. Defisit volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan dari traktus gastrointestinal ke dalam feses atau muntahan.
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan yang berhubungan dengan kehilangan cairan akibat diare dan asupan yang tidak adekuat.
- c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair.
- d. Risiko infeksi berhubungan dengan keluarnya feses dari vagina efek dari fistel rektovestibular.
- e. Gangguan pertumbuhan berhubungan dengan asupan kalori protein yang tidak adekuat, proses katabolisme, dan kemungkinan gangguan penyerapan.
- f. Risiko gangguan perkembangan berhubungan dengan asupan nutrisi tidak adekuat, dan kurangnya pengetahuan keluarga tentang stimulasi tumbuh kembang.
- g. Ketakutan yang berhubungan dengan lingkungan yang tidak biasa, prosedur yang menimbulkan stress.
- h. Perubahan proses keluarga yang berhubungan dengan krisis situasi dan kurangnya pengetahuan.

2.4.3 **Hipotesis**

Hipotesis merupakan rencana penerapan intervensi keperawatan berdasarkan prinsip-prinsip konservasi yang bertujuan untuk

mempertahankan keutuhan pasien dan mempromosikan adaptasi terhadap situasi saat ini. Berdasarkan *trophicognosis* yang ditemukan, perawat akan melakukan validasi ke pasien tentang masalah mereka. Perawat akan membuat hipotesis dari masalah tersebut dan solusinya yang selanjutnya akan menjadi rencana keperawatan.

- a. Defisit volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan dari traktus gastrointestinal ke dalam feses atau muntahan.

Tujuan :

Setelah diberikan tindakan keperawatan klien menunjukkan hidrasi yang adekuat dengan kriteria ; 1) asupan cairan adekuat sesuai kebutuhan ; 2) Tidak ada tanda/ gejala dehidrasi (tanda-tanda vital dalam batas normal, frekuensi defekasi ≤ 1 x/24 jam dengan konsistensi padat/semi padat, turgor baik, ubun-ubun tidak cekung, mukosa bibir lembab).

Intervensi keperawatan:

Konservasi energi:

- 1) Berikan cairan melalui oral maupun NGT sesuai kebutuhan.
- 2) Catat asupan dan haluaran.
- 3) Libatkan keluarga dalam pemberian minum, memantau asupan dan haluaran cairan.
- 4) Tindakan kolaborasi: berikan cairan parenteral sesuai program.

Konservasi integritas struktur:

- 1) Pantau tanda-tanda dehidrasi.
- 2) Timbang BB setiap hari.
- 3) Pantau tanda-tanda vital.
- 4) Kolaborasi dengan dokter untuk program terapi.

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan yang berhubungan dengan kehilangan cairan akibat diare dan asupan yang tidak adekuat

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan nutrisi terpenuhi dengan kriteria; 1) Asupan nutrisi sesuai kebutuhan; 2) BB meningkat atau normal sesuai usia.

Intervensi:

Konservasi energi:

- 1) Berikan asupan nutrisi sesuai diet pasien.
- 2) Tunjukkan cara pemberian makanan per sonde, beri kesempatan keluarga untuk melakukannya sendiri.
- 3) Pastikan nutrisi diberikan sesuai program.
- 4) Amati dan catat respon anak terhadap pemberian susu formula, apakah ada mual atau muntah.
- 5) Jelaskan kepada keluarga tentang penyebab malnutrisi.
- 6) Kolaborasi :
 - a) Dengan ahli gizi untuk menjelaskan lebih lanjut tentang kebutuhan nutrisi pemulihan, susunan menu dan pengolahan makanan sehat seimbang, tunjukkan contoh jenis sumber makanan ekonomis sesuai status ekonomi klien.
 - b) Laksanakan pemberian vitamin sesuai program terapi.

Konservasi Integritas stuktur :

- 1) Timbang berat badan setiap hari.
- 2) Pantau status nutrisi klien.
- 3) Pantau perubahan tanda-tanda malnutrisi seperti adanya *wasting* atau *baggy pant*.

c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair.

Tujuan : setelah diberikan tindakan keperawatan, terjadi pemulihan kerusakan integritas kulit dengan kriteria keluarga dapat menunjukkan cara perawatan kulit, dan kemerahan di sekitar anus berkurang.

Intervensi :

Konservasi Integritas struktur:

- 1) Pantau kondisi kulit setiap saat.
- 2) Tekankan pada keluarga untuk selalu mengganti popok setiap kali BAB, membersihkan dan mengeringkan daerah sekitar anus.
- 3) Hindari penggunaan tissue basah yang mengandung alkohol.
- 4) Kolaborasi : oleskan salep sesuai program pada kulit yang teriritasi

d. Risiko infeksi berhubungan dengan keluarganya feces dari vagina efek dari fistel rektovestibular.

Tujuan: klien tidak mengalami infeksi dengan kriteria, tidak ada tanda-tanda infeksi.

Intervensi :

Konservasi Integritas struktur:

- 1) Pantau kondisi vagina dan saluran kencing untuk memastikan tidak ada tanda infeksi akibat fistel rektovestibular.
- 2) Tekankan pada keluarga untuk selalu membersihkan sampai ke vagina setiap kali klien BAB.
- 3) Kolaborasi : laksanakan program terapi sesuai instruksi.

e. Gangguan pertumbuhan berhubungan dengan asupan kalori protein yang tidak adekuat, proses katabolisme, dan kemungkinan gangguan penyerapan.

Tujuan: klien akan mencapai pertumbuhan sesuai standar usia dengan kriteria: pertumbuhan fisik (ukuran antropometrik) sesuai tahap usia.

Intervensi :

Konservasi energi :

- 1) Lakukan pemberian makanan/ minuman sesuai program.

Konservasi integritas struktur:

- 1) Lakukan pengukuran antropometrik secara berkala.

Konservasi integritas personal dan sosial:

- 1) Ajarkan kepada orang tua tentang standar pertumbuhan fisik sesuai usia anak.
- 2) Lakukan rujukan ke lembaga pendukung stimulasi pertumbuhan dan perkembangan (Puskesmas/Posyandu).

f. Risiko gangguan perkembangan berhubungan dengan asupan nutrisi yang tidak adekuat, dan kurangnya pengetahuan keluarga tentang stimulasi.

Tujuan: klien akan mencapai perkembangan sesuai standar usia dengan kriteria perkembangan motorik, bahasa/ kognitif dan personal/sosial sesuai tahap usia.

Intervensi :

Konservasi energi :

- 1) Lakukan pemberian makanan/ minuman sesuai program

Konservasi integritas personal dan sosial:

- 1) Ajarkan kepada orang tua tentang tugas-tugas perkembangan sesuai usia anak.
- 2) Ajarkan orang tua untuk melakukan stimulasi tingkat perkembangan sesuai dengan usia anak.
- 3) Lakukan rujukan ke lembaga pendukung stimulasi pertumbuhan dan perkembangan (Puskesmas/Posyandu).

g. Ketakutan yang berhubungan dengan lingkungan yang tidak biasa, dan prosedur yang menimbulkan stres.

Tujuan : Pasien memperlihatkan tanda rasa nyaman dan aman dengan kriteria; 1) Anak memperlihatkan tanda distress fisik atau emosional yang minimal; 2) Keluarga berpartisipasi dalam perawatan anak.

Intervensi:

Konservasi integritas personal:

- 1) Lakukan pendekatan dan berbicara pada anak sebelum dan saat melakukan prosedur keperawatan.

2) Berikan dot pada anak untuk memberikan rasa nyaman.

Konservasi integritas sosial:

- 1) Anjurkan kunjungan dan partisipasi keluarga dalam perawatan anak sesuai kemampuan keluarga untuk mencegah stres pada anak karena berpisah dari keluarganya.
- 2) Sentuh, peluk dan berbicara dengan anak untuk memberi rasa nyaman dan mengurangi stres.

h. Perubahan proses keluarga yang berhubungan dengan krisis situasi dan kurangnya pengetahuan.

Tujuan : orang tua mengerti tentang kondisi anak, paham prosedur dan terapi yang diperoleh anak, dengan kriteria ; 1) Orang tua menyatakan pemahaman; 2) Kooperatif terhadap tindakan dan ikut berpartisipasi dalam pemberian asuhan

Intervensi:

Konservasi Integritas sosial :

- 1) Gunakan pendekatan yang menenangkan
- 2) Dorong keluarga untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi
- 3) Bantu keluarga untuk memberikan rasa nyaman dan dukungan pada anak
- 4) Berikan informasi kepada keluarga mengenai keadaan sakit anaknya, tindakan terapeutiknya untuk mendorong kepatuhan terhadap program terapeutik.
- 5) Ijinkan keluarga berpartisipasi dalam perawatan anak untuk memenuhi kebutuhan anak.
- 6) Beritahu keluarga tentang prosedur pencegahan penyebaran infeksi
- 7) Atur perawatan kesehatan pasca hospitalisasi untuk penanganan yang berkesinambungan.

2.4.4 Intervensi

Intervensi merupakan realisasi dari hipotesis yang telah dibuat dalam memberikan perawatan langsung pada pasien. Intervensi yang dilakukan didasarkan pada prinsip-prinsip konservasi yaitu konservasi energi, integritas struktur, integritas personal dan integritas sosial. Tujuan dari pendekatan ini adalah menjaga keutuhan klien dan mempromosikan adaptasi. Implementasi yang dilakukan dalam pemberian asuhan keperawatan anak A berdasarkan pada intervensi pada masing-masing *trophicognosis* yang ditemukan. Implementasi secara terinci dapat dilihat pada lampiran 2.

2.4.5 Evaluasi

Respon organismik yaitu penilaian respon klien terhadap intervensi yang diberikan. Berdasarkan implementasi yang dilakukan selama anak A dirawat di ruang infeksi, dilakukan evaluasi sebagai berikut :

a. Tanggal 2 April 2012

S: Keluarga mengatakan frekuensi BAB 4 kali sejak tadi pagi, sedikit-sedikit, ada ampas dan warna kuning, muntah 1 kali kurang lebih 30 cc.

O: Keadaan umum lemah, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, ubun-ubun datar, mata cowong, balans +10, konjungtiva pucat, terdapat *wasting* dan tidak ada *baggy pants*. S: 37,1⁰ C, N: 130 x/mnt RR 32 x/mnt. Asupan susu formula dan resomal sesuai program per NGT dan sebagian per dot. Kulit di sekitar anus masih iritasi. BB= 4,455 Kg.

A: *Trophicognosis* :

- 1) Defisit volume cairan.
- 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan.
- 3) Kerusakan integritas kulit.
- 4) Risiko penyebaran infeksi.
- 5) Gangguan pertumbuhan.
- 6) Risiko gangguan perkembangan.

- 7) Ketakutan.
- 8) Perubahan proses keluarga.

P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan.

b. Tanggal 3 April 2012

S: Keluarga mengatakan frekuensi BAB 2 kali sejak pukul 07.00 ,
muntah 1 kali kurang lebih 30 cc.

O: Keadaan umum lemah, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis,
ubun-ubun datar, mata cowong, balans -33, konjungtiva pucat,
terdapat *wasting* dan tidak ada *baggy pants*. S: 36,9⁰ C, N: 130
X/mnt RR 36 x/mnt. *Asupan* susu formula dan resomal sesuai
program per NGT dan sebagian per dot. Kulit di sekitar anus masih
iritasi. BB = 4,320 Kg. Klien masih tampak takut bila didekati
petugas. Keluarga sudah diberi penjelasan tentang kemungkinan
peyebab malnutrisi maupun diare pada anak, rencana tindakan
seanjutnya dan keluarga dapat menerima penjelasan yang diberikan.

A: *Trophicognosis*:

- 1) Defisit volume cairan (belum teratasi).
- 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi).
- 3) Kerusakan integritas kulit (belum teratasi).
- 4) Risiko penyebaran infeksi (tidak terjadi tetapi masih berisiko).
- 5) Gangguan pertumbuhan (belum teratasi).
- 6) Risiko gangguan perkembangan (masih berisiko).
- 7) Ketakutan (belum teratasi).
- 8) Perubahan proses keluarga (teratasi sebagian).

P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan dengan
tambahan intervensi :

- 1) Menganjurkan ibu untuk memperlambat aliran susu yang
diberi lewat NGT agar klien tidak muntah.
- 2) Menganjurkan ibu untuk memberi klien tambahan minum.
- 3) Menganjurkan untuk tidak memberi klien banyak minum
sekaligus, tetapi bertahap dan perlahan.

c. Tanggal 4 April 2012

S: Keluarga mengatakan frekuensi BAB 4 kali sejak pukul tadi malam ,
muntah 1 kali kurang lebih 100 cc.

O: Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis,
ubun-ubun datar, mata cowong, balans +35, terdapat *wasting* dan
tidak ada *baggy pants*. S: 36,1⁰ C, N: 130 X/mnt RR 32 x/mnt.
Asupan susu formula dan resomal sesuai program diberikan per
NGT dan sebagian per dot. Kulit di sekitar anus masih iritasi. BB =
4,265 Kg. Klien tampak sudah ceria, tidak takut lagi dengan petugas.
Iritasi sudah berkurang, kulit sudah tidak kemerahan. Namun di
daerah vagina mulai tampak merah.

A: *Trophicognosis* :

- 1) Defisit volume cairan (belum teratasi).
- 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi).
- 3) Kerusakan integritas kulit (belum teratasi).
- 4) Risiko penyebaran infeksi (tidak terjadi tetapi masih berisiko).
- 5) Gangguan pertumbuhan (belum teratasi).
- 6) Risiko gangguan perkembangan (masih berisiko).
- 7) Ketakutan (teratasi).
- 8) Perubahan proses keluarga (teratasi sebagian).

P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan untuk
masalah yang belum teratasi dan masih berisiko untuk terjadi.

Perubahan intervensi :

- 1) Berikan terapi sesuai program : tambahan terapi kotrimoksazole 2 x ½ cth. metronidazole 3 x 30 mg IV.
- 2) Tekankan pada ibu untuk memberi susu sesuai program.
- 3) Ingatkan ibu untuk memberi perawatan kulit pada daerah yang mengalami iritasi.

d. Tanggal 5 April 2012

S: Ibu mengatakan klien muntah 2 kali sejak pukul tadi malam , BAB encer 5 kali, lebih banyak air, ampas sedikit, resomal sudah diberikan setiap kali mencret. Susu formula diberikan sesuai program.

O: Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit cukup, akral hangat, balans/8 jam (dihitung pukul 06.00 tanggal 6 April 2012) = +91, terdapat *wasting* dan tidak ada *baggy pants*. S: 37⁰ C, N: 140 X/mnt RR 36 x/mnt. Asupan susu formula dan resomal sesuai program. Kulit di sekitar vagina masih iritasi. BB = 4,355 Kg.

A: *Trophicognosis*:

- 1) Defisit volume cairan (belum teratasi).
- 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi, tetapi menunjukkan perbaikan).
- 3) Kerusakan integritas kulit (belum teratasi).
- 4) Risiko penyebaran infeksi (tidak terjadi tetapi masih berisiko).
- 5) Gangguan pertumbuhan (belum teratasi tetapi sudah menunjukkan perbaikan).
- 6) Risiko gangguan perkembangan (masih berisiko).
- 7) Perubahan proses keluarga (teratasi sebagian).

P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan untuk masalah yang belum teratasi dan masih berisiko untuk terjadi.

e. Tanggal 7 April 2012

S: Keluarga mengatakan frekuensi BAB 1 kali sejak pukul 07.00 , tidak ada demam dan tidak muntah. Susu formula diberikan sesuai program. Menurut ibu, iritasi kulit sudah mengalami perbaikan.

O: Keadaan umum lemah, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, terdapat *wasting* dan tidak ada *baggy pants*. S: 36,9⁰ C, N: 130 x/mnt RR 36 x/mnt Asupan susu formula dan resomal sesuai program per NGT dan sebagian per dot. Balans = +76, BB = 4,390 Kg.

A: *Trophicognosis*:

- 1) Defisit volume cairan (belum teratasi).
- 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi tetapi sudah menunjukkan perbaikan).
- 3) Kerusakan integritas kulit (belum teratasi, sudah menunjukkan perbaikan).
- 4) Risiko penyebaran infeksi (tidak terjadi tetapi masih berisiko).
- 5) Gangguan pertumbuhan (belum teratasi tetapi sudah menunjukkan perbaikan).
- 6) Risiko gangguan perkembangan (masih berisiko).
- 7) Perubahan proses keluarga (teratasi sebagian).

P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan.

f. Tanggal 9 April 2012

S : Menurut ibu klien sering muntah jika diberi susu 120 cc, sehingga ibu kadang hanya memberi 90 cc.

O : Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, mukosa bibir lembab. frekuensi BAB sudah berkurang, dan sudah lebih banyak ampas dari pada air Balans = +76, terdapat *wasting* dan tidak ada *baggy pants*. S: 36⁰ C, N: 120 X/mnt RR 36 x/mnt. Asupan susu formula dan resomal sesuai program per NGT dan sebagian per dot. BB = 4,495 Kg.

A : *Trophicognosis*:

- 1) Defisit volume cairan (belum teratasi).
- 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi tetapi sudah menunjukkan perbaikan).
- 3) Kerusakan integritas kulit (belum teratasi, sudah menunjukkan perbaikan).
- 4) Risiko penyebaran infeksi (tidak terjadi tetapi masih berisiko).
- 5) Gangguan pertumbuhan (belum teratasi tetapi sudah menunjukkan perbaikan).
- 6) Risiko gangguan perkembangan (masih berisiko).

7) Perubahan proses keluarga (teratasi sebagian).

P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan. Berikan terapi sesuai program : metronidazole sudah diganti per oral (3 x 30 mg po).

g. Tanggal 10 April 2012

S: Keluarga mengatakan klien sudah tidak mencret sejak 2 hari, tidak ada demam dan kadang muntah sehabis diberi susu. Susu formula diberikan sesuai program. Iritasi kulit sudah mengalami perbaikan.

O: Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, terdapat *wasting* dan tidak ada *baggy pants*. S: 36⁰ C, N: 120 X/mnt RR 36 x/mnt Asupan susu formula sesuai program. Balans = +76, BB = 4,585 Kg.

A: *Trophicognosis*:

- 1) Defisit volume cairan (teratasi).
- 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi tetapi sudah menunjukkan perbaikan).
- 3) Kerusakan integritas kulit (belum teratasi, sudah menunjukkan perbaikan).
- 4) Risiko penyebaran infeksi (tidak terjadi tetapi masih berisiko).
- 5) Gangguan pertumbuhan (belum teratasi, tetapi sudah menunjukkan perbaikan).
- 6) Risiko gangguan perkembangan (tidak terjadi).
- 7) Perubahan proses keluarga (teratasi sebagian).

P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan. Perubahan intervensi:

- 1) Anjurkan ibu untuk memberi klien susu lebih banyak per oral dibandingkan dengan lewat NGT.

h. Tanggal 11 April 2012

S: Ibu mengatakan klien sudah lebih banyak minum susu per oral dibandingkan dengan per NGT.

O: Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, terdapat *wasting* dan tidak ada *baggy pants*. S: 36⁰ C, N: 120 X/mnt RR 36 x/mnt Asupan susu formula sesuai program. Balans = +100, BB = 4,465 Kg.

A: *Trophicognosis* :

- 1) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi).
- 2) Kerusakan integritas kulit (belum teratasi, sudah menunjukkan perbaikan).
- 3) Risiko penyebaran infeksi (tidak terjadi tetapi masih berisiko).
- 4) Gangguan pertumbuhan (belum teratasi).
- 5) Risiko gangguan perkembangan (tidak terjadi).
- 6) Perubahan proses keluarga (teratasi).

P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan. Perubahan intervensi:

i. Tanggal 12 April 2012

S: Ibu mengatakan sangat senang karena hari ini klien boleh pulang.

O: Keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, mukosa bibir lembab. frekuensi BAB 1 kali sejak kemarin, konsistensi lembek. Iritasi kulit sudah di daerah vagina sudah berkurang, Berat badan yang ditimbang pagi = 4,575 kg. Hasil konsul bedah tanggal 11-4-2012, klien rencana dilakukan fistulografi dan kolostomi. Klien hari ini diperbolehkan pulang.

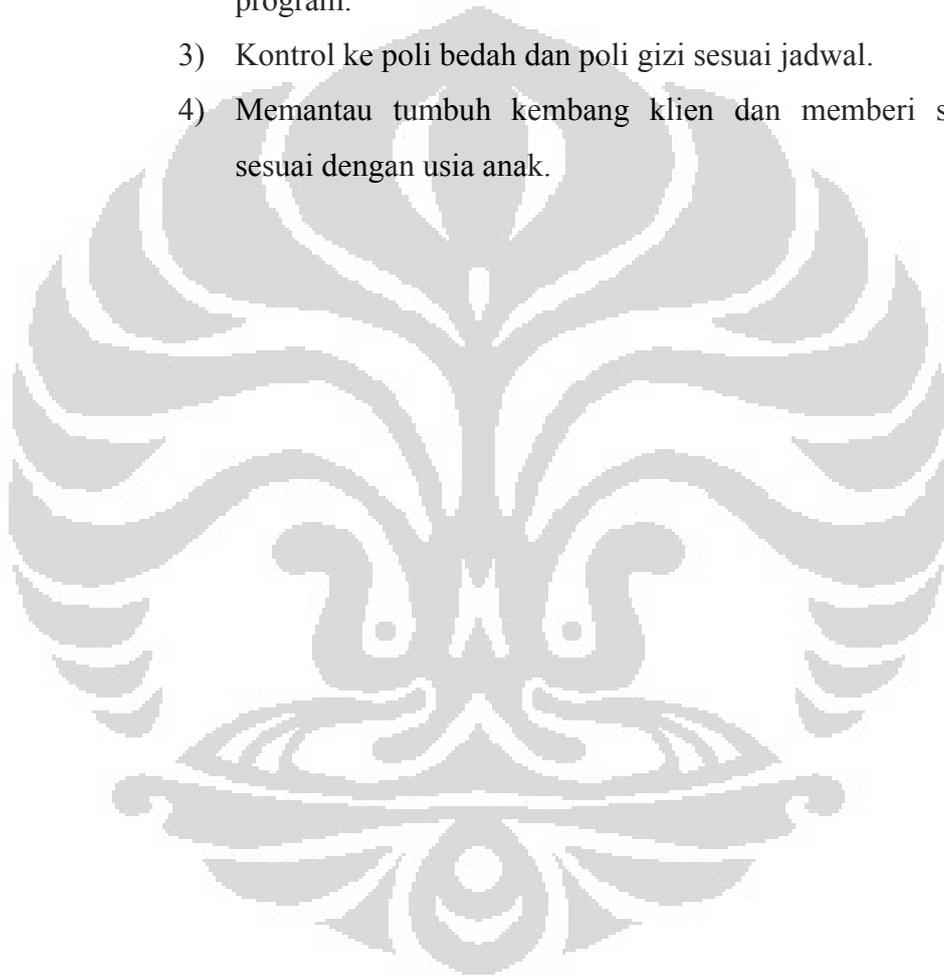
A: *Trophicognosis* :

- 1) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi).
- 2) Kerusakan integritas kulit (belum teratasi, sudah menunjukkan perbaikan).
- 3) Risiko penyebaran infeksi (tidak terjadi tetapi masih berisiko).

- 4) Gangguan pertumbuhan (belum teratasi tetapi sudah menunjukkan perbaikan).
- 5) Risiko gangguan perkembangan (tidak terjadi).
- 6) Perubahan proses keluarga (teratasi),

P: Edukasi keluarga untuk :

- 1) Melanjutkan perawatan di rumah.
- 2) Tetap menjaga asupan nutrisi klien dan memberi obat sesuai program.
- 3) Kontrol ke poli bedah dan poli gizi sesuai jadwal.
- 4) Memantau tumbuh kembang klien dan memberi stimulasi sesuai dengan usia anak.



BAB 3

PENCAPAIAN KOMPETENSI

Standar profesi perawat ditetapkan untuk menjamin dan memastikan masyarakat menerima pelayanan dan asuhan keperawatan yang kompeten dan aman. Salah satu standar profesi perawat adalah standar kompetensi. Standar diartikan sebagai ukuran atau patokan yang disepakati, sedangkan kompetensi dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang yang dapat terobservasi mencakup atas pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam menyelesaikan suatu pekerjaan atau tugas dengan standar kinerja (*performance*) yang ditetapkan. Standar kompetensi perawat merefleksikan atas kompetensi yang diharapkan dimiliki oleh individu yang akan bekerja di bidang pelayanan keperawatan (PPNI, 2005).

PPNI (2005) menjelaskan bahwa ranah dan unit kompetensi perawat meliputi praktik profesional yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat secara aspek etik dan legal, memberikan asuhan dan manajemen asuhan keperawatan serta mengembangkan profesionalisme dalam rangka peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan asuhan keperawatan. Program ners spesialis keperawatan anak dirancang untuk melahirkan ners yang secara khusus memiliki kompetensi dalam bidang keperawatan anak. Kompetensi seorang ners spesialis keperawatan anak merupakan kemampuan yang dapat terobservasi yang harus dimiliki oleh seorang ners spesialis yang mencakup pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam bidang pelayanan keperawatan anak.

Berdasarkan kompetensi yang harus dimiliki, maka seorang Ners Spesialis Keperawatan Anak diharapkan akan dapat berperan secara mandiri sebagai; 1) Praktisi asuhan keperawatan pada area keperawatan anak yang membutuhkan pelayanan keperawatan anak lanjut ; 2) Pendidik dan konsultan di bidang keperawatan anak, 3). Advokat bagi klien dalam area keperawatan anak; 4) Pengelola asuhan keperawatan anak pada tingkat menengah dan tinggi pada berbagai institusi pelayanan kesehatan; 5) Peneliti terkait keperawatan anak dan 6) Sebagai agen pembaharu/perubah untuk peningkatan kualitas asuhan keperawatan anak.

3.1 Target unit kompetensi sesuai area peminatan selama praktik residensi.

Praktik residensi dilaksanakan oleh residen dalam 2 tahap, yaitu residensi I dan residensi II. Praktik residensi dilaksanakan di unit atau ruangan sesuai dengan area peminatan residen. Residen dalam praktik residensi ini memilih area peminatan infeksi, non infeksi dan perinatologi dengan area atau unit peminatan utama adalah infeksi. Residensi I (11 SKS) dilaksanakan selama 18 minggu dari tanggal 19 September 2011 sampai dengan 27 Januari 2012. Praktik dilaksanakan di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta, yaitu di ruang IKA infeksi selama 6 minggu, Ruang IKA non infeksi selama 6 minggu dan ruang perinatologi selama 4 minggu. Residensi II (6 SKS) dilaksanakan selama 10 minggu, mulai tanggal 13 Pebruari 2012 sampai dengan 20 April 2012. Praktik diawali dengan pembuatan kontrak belajar di minggu pertama, dan dilanjutkan dengan praktik di ruang Anggrek RSAB Harapan Kita Jakarta selama 3 minggu dan ruang anak infeksi Gedung A Lantai 1 RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta selama 6 minggu.

3.1.1 Pencapaian Target Kompetensi di Ruang infeksi

Praktik di ruang rawat infeksi dilaksanakan pada residensi I dan residensi II. Praktik di ruang infeksi di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta berlangsung tanggal 3 September 2011 sampai dengan 11 November 2011. Praktik di ruang Anggrek RSAB Harapan Kita Jakarta dilaksanakan tanggal 14 November 2011 sampai dengan 23 Desember 2011, dan praktik di ruang infeksi IKA Gedung A Lantai I RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta dilaksanakan tanggal 12 Maret sampai dengan 20 April 2012. Kompetensi sebagai pemberi asuhan yang telah dicapai selama praktik di ruang infeksi adalah merawat anak dengan kasus-kasus infeksi kurang lebih 19 kasus. Variasi kasus yang dirawat antara lain dengan masalah gangguan pada sistem pernafasan yaitu bronkhopneumonia, asma, dan bronkiolitis, merawat anak dengan gangguan keseimbangan cairan antara lain diare, DHF, sindroma nefrotik dan *high out put stoma*. Merawat anak dengan masalah pada sistem gastrohepatologi yaitu *failure to thrive*, gizi buruk marasmik, kolestasis, atresia bilier, thyfoid, dan hepatitis. Merawat anak

dengan gangguan sistem persyarafan yaitu encephalitis, kejang demam, hemifarese tersangka *subdural fluid collection*. Melaksanakan sosialisasi *evidence based practice* tentang peran zink sulfat untuk bronkhiolitis akut pada anak usia 2-24 bulan.

3.1.2 Pencapaian Target Kompetensi di Ruang Non Infeksi

Praktik di ruang non infeksi dilaksanakan di ruang IKA non infeksi RSPAD Gatot Soberoto Jakarta yang berlangsung selama 6 minggu dari tanggal 14 November 2012 sampai dengan 23 Desember 2012. Kompetensi yang telah dicapai selama praktik di ruang non infeksi adalah merawat anak dengan kasus-kasus non infeksi kurang lebih 9 kasus. Variasi kasus yang dirawat yaitu gangguan sistem hematologi diantaranya leukemia limfoblastik akut (LLA), akut myeloblastik leukemia (AML), dan thalasemia. Merawat anak dengan gangguan kardiovaskuler yaitu *tetralogi of fallot* (TOF), gagal jantung dan merawat anak dengan gangguan sistem perkemihan yaitu glomerulonefritis akut. Merawat anak dengan masalah onkologi antara lain limfoma hodgkin, tumor wilms, dan retinoblastoma. Melaksanakan sosialisasi *evidence based practice* tentang dexamethason: efikasi, toksisitas dan pengaruhnya terhadap kualitas hidup anak leukemia.

3.1.3 Pencapaian Target Kompetensi di Ruang Perinatologi

Praktik di ruang perinatologi dilaksanakan di ruang peristi RSPAD Gatot Soebroto selama 4 minggu dari tanggal 26 Desember 2011 sampai dengan 20 Januari 2012. Kompetensi yang telah dicapai selama praktik di ruang peristi yaitu menilai masa gestasi dengan menggunakan *ballard score* pada 2 bayi, penyuluhan manajemen laktasi kepada 3 orang ibu dan melakukan resusitasi pada bayi baru lahir. Selain itu, selama praktik di ruang peristi, residen juga merawat kurang lebih 7 kasus neonatus. Kasus yang dirawat antara lain dengan masalah respirasi yaitu neonatus dengan distress pernafasan, neonatus dengan masalah termoregulasi yaitu bayi prematur dan BBLR. Merawat neonatus dengan infeksi dini, merawat neonatus

dengan gangguan metabolisme (hiperbilirubin dan hipoglikemia), merawat neonatus yang mendapat transfusi tukar, menggunakan alat CPAP dan melaksanakan sosialisasi *evidence based practice* tentang fototerapi.

3.2 Peran Ners Spesialis Keperawatan Anak

Peran sebagai seorang ners spesialis keperawatan anak yang telah dilaksanakan residen selama praktik residensi yaitu:

3.2.1 Peran Sebagai Pemberi Asuhan Keperawatan

Residen telah melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada klien di ruang infeksi, non infeksi dan perinatologi dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Tahap pertama residen melakukan pengkajian secara komprehensif pada klien dan keluarganya. Pengkajian bertujuan mengidentifikasi kondisi fisik dan psikososial klien dan keluarga sebagai dampak dari sakit yang dialami klien. Hasil pengkajian digunakan untuk menemukan masalah dan menegakkan diagnosis keperawatan serta menyusun intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah yang dialami klien. Melaksanakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan, melakukan evaluasi terhadap intervensi yang sudah dilaksanakan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah diberikan. Selama melaksanakan asuhan keperawatan pada klien, residen juga menerapkan konsep *family centered care* (FCC). Residen melibatkan keluarga dalam perawatan anak dan berusaha meningkatkan pengetahuan dan keterampilan orang tua dengan memberikan pendidikan kesehatan terkait perawatan anaknya, seperti memberikan nutrisi per NGT, melakukan kompres hangat, mencatat asupan dan haluaran, stimulasi tumbuh kembang dan sebagainya. Supartini (2004) menjelaskan bahwa konsep yang mendasari asuhan keperawatan yang berpusat pada keluarga adalah memfasilitasi keterlibatan orang tua dalam perawatan anak dan meningkatkan kemampuan orang keluarga dalam merawat anaknya.

3.2.2 Peran Sebagai Advokat

Perawat bertanggung jawab untuk membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan informasi dari berbagai pemberi pelayanan dan dalam

memberikan informasi lain yang diperlukan untuk mengambil persetujuan (*informed consent*) atas tindakan keperawatan yang diberikan kepadanya. Selama praktik, residen membantu beberapa keluarga yang mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan tentang perawatan anaknya, seperti pada keluarga anak B, yang menolak tindakan injeksi dan ingin membawa pulang anaknya. Residen berupaya menjelaskan dan bekerjasama dengan dokter penanggung jawab untuk memberi penjelasan lebih lanjut sehingga keluarga benar-benar paham dan kooperatif dalam setiap tindakan yang dilakukan pada anaknya.

3.2.3 Peran Sebagai Konsultan

Kompetensi dalam menjalankan peran sebagai konsultan dicapai dengan memberikan konsultasi dan bimbingan kepada keluarga klien dalam mengambil keputusan untuk perawatan anaknya. Konsultasi juga diberikan residen kepada perawat di ruangan tentang pelaksanaan *discharge planning*.

3.2.4 Peran Sebagai Pendidik

Peran sebagai pendidik, dicapai residen dengan memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga terkait dengan penyakit klien, perawatan yang dilakukan, dan masalah-masalah yang ditemukan pada klien. Tugas perawat adalah membantu klien meningkatkan pengetahuan dalam upaya meningkatkan kesehatan dan mencegah gejala penyakit sesuai kondisi dan tindakan yang spesifik. Residen juga memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga ketika sudah diijinkan pulang sebagai bagian dari pelaksanaan *discharge planning* sehingga perawatan yang diberikan berkelanjutan dan orang tua memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan yang cukup untuk merawat anaknya di rumah.

3.2.5 Peran Kolaborasi

Perawat sebagai anggota tim kesehatan, berkolaborasi dan mengkoordinasikan pelayanan keperawatan dengan aktivitas profesional

lain. Konsep “asuhan holistik” hanya dapat direalisasikan melalui penyatuan pendekatan interdisiplin (Wong, 2009). Residen dalam melaksanakan asuhan keperawatan telah berkolaborasi dengan tim kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, farmasi dan lainnya. Seperti dalam menyelesaikan masalah nutrisi yang dialami klien, residen memantau respon pasien terhadap diet yang diberikan pada pasien, kemudian melaporkan dan berkolaborasi dengan dokter dan ahli gizi untuk memodifikasi atau mengganti diet jika tidak dapat ditoleransi oleh pasien.

3.2.6 Peran Sebagai Peneliti

Selama melaksanakan praktik, residen tidak melakukan penelitian tetapi melakukan analisis hasil penelitian terkait masalah yang ditemukan pada klien kelolaan, menerapkan hasil-hasil penelitian dan melakukan sosialisasi *evidence based practice* (EBP) kepada perawat ruangan, sehingga bisa diterapkan dalam mengatasi masalah klien. Sosialisasi EBP di ruang rawat infeksi yang telah dilakukan antara lain tentang efektivitas suplemen zink dan tembaga yang diberikan sebagai terapi pada anak dengan diare akut maupun disentri, dan peran zink sulfat untuk bronkiolitis akut pada anak usia 2-24 bulan. Di ruang rawat non infeksi, residen melakukan sosialisasi EBP tentang dexamethason: efikasi, toksisitas dan pengaruhnya terhadap kualitas hidup anak leukemia. Sedangkan di ruang perinatologi, residen melakukan sosialisasi EBP tentang perawatan metoda kanguru pada bayi berat lahir rendah dan efektivitas beberapa metoda penggunaan fototerapi pada bayi hiperbilirubin.

3.2.7 Peran Sebagai Agen Perubahan

Peran sebagai agen perubahan dicapai residen dalam kegiatan proyek inovasi yang dilaksanakan bersama-sama seluruh perawat yang ada di ruang tempat praktik. Di ruang IKA RSPAD Gatot Soebroto Jakarta, residen melaksanakan proyek inovasi secara berkelompok dengan tema “Optimalisasi *discharge planning* sebagai metoda yang efektif untuk penerapan asuhan keperawatan holistik dan komprehensif pada anak “. Residen bersama kelompok membuat leaflet dan lebar balik untuk 10 penyakit terbanyak sebagai media untuk pelaksanaan discharge planning,

memodifikasi form *discharge planning* yang telah ada sebelumnya, melakukan sosialisasi dan melakukan uji coba pelaksanaan *discharge planning*. Secara individu, residen melaksanakan proyek inovasi berupa optimalisasi pelaksanaan *atraumatic care* dengan memodifikasi ruang rawat bernuansa anak yang dilaksanakan di Ruang Anggrek RSAB Harapan Kita Jakarta. Residen melakukan perubahan dengan memodifikasi ruangan seperti menempelkan gambar kartun pada pintu dan papan pasien, memasang mainan gantung yang mudah dibersihkan sehingga dapat mengurangi stres dan trauma pada anak selama dirawat.



BAB 4 PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan tentang analisis penerapan Model Konservasi Myra E. Levine dalam asuhan keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan pada anak dengan penyakit infeksi dan analisis praktik spesialis keperawatan anak dalam pencapaian target.

4.1 Penerapan Model Konservasi Myra E. Levine dalam Asuhan Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan pada Anak dengan Penyakit Infeksi

Nutrisi merupakan salah satu aspek penting dalam asuhan keperawatan baik pada anak yang sehat maupun yang sakit. Nutrisi untuk anak sehat dibutuhkan untuk berlangsungnya berbagai proses metabolisme dan untuk tumbuh kembang anak. Pada anak yang sakit, nutrisi memiliki pengaruh yang kompleks terhadap proses penyembuhan dan juga tumbuh kembang anak. Berbagai kemungkinan buruk dapat terjadi jika klien tidak mendapatkan nutrisi sesuai kebutuhannya. Nasar (2011) menjelaskan nutrisi berperan dalam hal bagaimana pasien merespon atau bereaksi terhadap penyakitnya. Banyak bukti menunjukkan bahwa pemberian nutrisi yang baik dapat memperbaiki perjalanan penyakit, mengurangi lama perawatan di rumah sakit, mengurangi biaya perawatan yang mahal. Penerapan asuhan nutrisi pediatrik secara tepat dapat mencegah terjadinya malnutrisi baik di masyarakat maupun pada pasien yang dirawat inap.

Malnutrisi yang dialami oleh pasien yang dirawat di rumah sakit terjadi akibat pemenuhan zat gizi yang tidak optimal, terutama pada penderita penyakit yang berat. Malnutrisi dapat terjadi pada hampir 40-50 % pasien bedah dan umum yang dirawat di rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan nutrisi belum diberikan secara memadai kepada pasien yang membutuhkan dan kurangnya perhatian tenaga kesehatan terhadap perbaikan masalah nutrisi (Bektiwibowo, 2005). Coxall, et.al (2008) juga menjelaskan bahwa kekurangan gizi mengakibatkan pertumbuhan menjadi terhambat, peningkatan

kerentanan terhadap infeksi, gangguan perkembangan otak, dan menambah panjang hari rawat di rumah sakit. Anak-anak tidak mampu bertahan terhadap kekurangan asupan nutrisi yang lama seperti pada orang dewasa, karena mempunyai cadangan energi yang lebih sedikit dibandingkan dengan energi yang dikeluarkan.

Penelitian Wahyuni, Julia dan Budiningsari (2005) tentang “Pengukuran status gizi pasien anak menggunakan metode *subjective global nutrition assessment* (SGNA) sebagai prediktor lama rawat inap, status pulang dan kejadian malnutrisi di rumah sakit”, menemukan anak yang berstatus gizi awal buruk mempunyai risiko 2,75 kali lebih tinggi untuk terjadinya malnutrisi rumah sakit dibandingkan dengan anak yang berstatus gizi awal baik. Dalam keadaan sakit terjadi pergeseran keseimbangan kebutuhan gizi. Kebutuhan gizi meningkat untuk melawan penyakit. Pada anak dengan status gizi baik cadangan beberapa zat gizi penting masih cukup sehingga pada saat sakit anak dengan status gizi baik akan mempunyai pertahanan tubuh yang kuat. Pada anak dengan status gizi buruk, antara kebutuhan dan asupan mengalami ketidakseimbangan, sehingga sistem pertahanan tubuhnya cenderung turun. Sebesar 40-55% pasien yang dirawat inap di rumah sakit mempunyai risiko menjadi malnutrisi berat sebesar 12%. Pada penelitian ini dijumpai dari 70,3% subjek berstatus gizi awal buruk yang masuk rumah sakit 36,9% di antaranya tetap pulang dalam keadaan malnutrisi. Sebesar 45% pasien yang pada saat masuk rumah sakit mempunyai status gizi awal buruk, tetapi pada saat keluar dari rumah sakit, jumlah pasien berstatus gizi buruk bertambah menjadi 51% .

4.1.1 Pengkajian

Hasil pengkajian status nutrisi pada kelima kasus terpilih menunjukkan sebagian besar mengalami malnutrisi yaitu gizi kurang dan gizi buruk. Berdasarkan perhitungan BB/TB kasus 1 termasuk gizi kurang, kasus 2 termasuk katagori normal, namun klien mengalami asites dan edema skrotum sehingga data berat badan kurang tepat untuk menentukan status nutrisi. Secara klinis, lingkaran lengan atas dan kadar albumin menunjukkan

status gizi kurang. Pada kasus 3, 4 dan 5 mengalami gizi buruk baik dinilai dari antropometris maupun tanda klinis. Menurut Depkes RI (2007) rendahnya nilai tinggi badan menurut usia (pertumbuhan terhambat /*stunting*) biasanya menunjukkan gangguan pertumbuhan yang telah berlangsung lama atau malnutrisi kronik Nilai rendah dari pengukuran berat badan menurut tinggi badan (berat badan kurang /*wasting*) berkorelasi dengan gangguan pertumbuhan yang sifatnya akut.

Kondisi malnutrisi dapat terjadi mulai dari sebelum masuk rumah sakit maupun selama dalam perawatan di rumah sakit. Dari kelima kasus terpilih, 3 kasus memang sudah mengalami gizi buruk sejak sebelum dirawat di rumah sakit, namun sebelumnya sudah mempunyai riwayat menderita penyakit yaitu diare, atresia bilier dan juga *necrotizing enterocolitis* (NEC). Hal ini sejalan dengan penelitian Rahma, Deni dan Syafianti (2007) yang menemukan proporsi anak yang menderita gizi buruk lebih banyak terdapat pada kelompok status kesehatan yang kurang dibandingkan dengan kelompok dengan status kesehatan yang cukup (56,3% : 43,8%). Anak dengan status gizi buruk ditemukan pernah menderita penyakit dalam 6 bulan terakhir dan jenis penyakit yang sering diderita adalah ISPA dan diare.

Berdasarkan umur dan jenis kelamin semua kasus terpilih berumur 3 bulan sampai 2 tahun, dengan 3 orang klien berjenis kelamin laki-laki dan 2 orang berjenis kelamin perempuan. Hal ini sesuai dengan penelitian Asmarini di IRNA Anak RSUD Dr Soetomo Surabaya Tahun 2009, yang menemukan distribusi gizi buruk terbanyak adalah pada balita usia 1-2 tahun, jenis kelamin laki-laki, dan sebagian besar sampel gizi buruk terkena penyakit infeksi. Asraf, et.al (2001), juga menemukan kekurangan gizi lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan.

Selama dalam perawatan, kasus 1, kasus 3, dan kasus 4 mengalami diare dan kasus 5 mengalami *high output* stoma. Kasus 1 dan 3 sejak sebelum

masuk rumah sakit sudah mengalami diare, sedangkan kasus 4 mengalami diare saat setelah dirawat di rumah sakit. Pada kasus 3 diare yang dialami klien bahkan lebih dari 14 hari. Diare merupakan salah satu faktor risiko terjadinya malnutrisi pada anak. Hal ini sejalan dengan penelitian Islamiyati, Sadiman dan Khatarina (2009), yang menemukan anak sebagian besar anak yang mengalami gizi buruk menderita penyakit infeksi selama 1 tahun terakhir dan penyakit infeksi yang paling banyak diderita adalah diare. Penelitian Palupi, Hadi dan Soenarto (2009) juga menemukan status gizi berhubungan dengan lama diare dan kejadian dehidrasi. Semakin buruk status gizi anak, maka akan semakin lama menderita diare dan semakin besar kemungkinan mengalami dehidrasi.

Trophicognosis ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan ditemukan pada kelima kasus. *Trophicognosis* yang lain juga ditemukan dan bervariasi sesuai dengan data yang ditemukan dan kondisi patofisiologi penyakit yang diderita. *Trophicognosis* ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan diangkat pada kelima kasus terpilih secara umum didasarkan adanya data yang ditemukan sesuai dengan batasan karakteristik masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan dari NANDA (2012). Data yang ditemukan antara lain: adanya keengganan untuk makan, penurunan berat badan 20% atau lebih dari berat badan ideal, diare, kehilangan berat badan dengan *intake* makanan yang adekuat, *intake* nutrisi kurang dari RDA.

Walaupun tidak menjadi *trophicognosis* dengan prioritas utama, namun masalah nutrisi merupakan masalah yang dapat berdampak ke masalah keperawatan yang lain apabila tidak ditangani dengan baik. Kozier (2011) menjelaskan bahwa masalah nutrisi dapat mempengaruhi banyak area lain dalam fungsi manusia, dan masalah nutrisi dapat menjadi etiologi dari diagnosis keperawatan lain. Menurut Bektiwobowo (2005), dalam keadaan sakit status nutrisi anak memiliki pengaruh yang sangat bermakna karena selain untuk tumbuh kembang, nutrisi juga diperlukan untuk mempercepat

proses penyembuhan, mencegah terjadinya malnutrisi dan mempersingkat masa rawat, dengan demikian status nutrisi ikut berperan dalam mempengaruhi perjalanan dan menentukan prognosis suatu penyakit.

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan dapat menyebabkan terganggunya keseimbangan energi. Alligood (2010) menjelaskan bahwa konservasi sebagai suatu usaha mencapai keseimbangan antara pasokan dan kebutuhan energi di dalam realitas yang unik dari individu. Leach (2006) dan Basavanthappa (2007) menjelaskan asupan nutrisi dan cairan yang adekuat merupakan salah satu upaya untuk menjaga pemasukan energi sehingga keseimbangan energi dapat tercapai. Individu membutuhkan keseimbangan energi dan pembaharuan energi yang terus menerus untuk menjaga kelangsungan hidupnya.

Pengkajian kebutuhan nutrisi berdasarkan Model Konsevasi Myra E. Levine pada kelima kasus terpilih difokuskan pada pengkajian konservasi energi disamping juga pengkajian konservasi integritas struktur, personal dan sosial yang sering berhubungan dengan masalah nutrisi dan juga masalah-masalah keperawatan lain yang ditemukan pada klien. Pengkajian konservasi energi untuk masalah nutrisi berkaitan dengan bagaimana asupan nutrisi klien, diet yang diperoleh pasien, toleransi terhadap diet dan cara pemberian nutrisi. Pengkajian konservasi integritas struktur yang berkaitan dengan kebutuhan nutrisi antara lain perubahan berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas dan tanda-tanda kerusakan integritas struktur seperti ukuran-ukuran antropometrik yang kurang dari normal, *wasting* dan *baggy pants* akibat asupan nutrisi yang tidak adekuat.

4.1.2 Hipotesis

Levine merekomendasikan *trophicognosis* sebagai suatu alternatif diagnosis keperawatan. Berdasarkan *trophicognosis* yang ditemukan, residen melakukan validasi ke pasien tentang masalah mereka. Residen membuat hipotesis dari masalah tersebut dan solusi yang bisa dilakukan,

yang selanjutnya akan menjadi rencana keperawatan. Residen membuat rencana keperawatan berdasarkan atas masalah keperawatan yang ditemukan pada klien.

Rencana keperawatan untuk *trophicognosis* ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan pada kelima kasus pada prinsipnya sama, dengan intervensi yang ditujukan untuk konservasi energi dan juga konservasi integritas struktur. Perbedaannya terletak pada jenis dan jumlah nutrisi yang diberikan, yang disesuaikan dengan usia, berat badan, penyakit yang diderita dan juga kondisi pasien. Hasil akhir yang diharapkan pada kelima kasus untuk *trophicognosis* ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan adalah asupan nutrisi sesuai kebutuhan, BB meningkat atau normal sesuai usia. Selain itu pada kasus 2 dan 4 hasil akhir yang diharapkan tercapai adalah nilai pemeriksaan laboratorium (Hb, albumin, PT, APTT) dalam batas normal, tidak ada tanda-tanda kekurangan vitamin, karena klien mengalami gangguan fungsi hati yang kemungkinan menyebabkan hasil pemeriksaan pada rentang yang tidak normal. Nilai laboratorium ini juga merupakan salah satu parameter status nutrisi klien.

4.1.3 Intervensi

Residen berpedoman pada hipotesis yang telah dibuat dalam memberikan perawatan langsung pada pasien. Alligood (2010) menjelaskan intervensi yang dilakukan didasarkan pada prinsip-prinsip konservasi yaitu konservasi energi, integritas struktur, integritas personal dan integritas sosial. Tujuan dari pendekatan ini adalah menjaga keutuhan klien dan mempromosikan adaptasi. Residen dalam memberikan intervensi, tidak hanya terfokus pada masalah nutrisi tetapi juga masalah keperawatan lain yang ditemukan pada klien. Walaupun dalam pembahasan ini yang lebih banyak dibahas adalah masalah nutrisi.

Kozier (2011) menjelaskan intervensi keperawatan untuk meningkatkan nutrisi yang optimal bagi klien yang dirawat di rumah sakit sering kali

diberikan dalam bentuk kolaborasi dengan dokter yang menuliskan program diet, dan ahli gizi yang menginformasikan klien mengenai diet khusus. Perawat menguatkan instruksi ini, menciptakan kondisi yang mendorong klien untuk makan, memberikan bantuan pada saat makan, memantau selera makan dan asupan makanan klien, memberikan makanan enteral dan parenteral dan berkonsultasi dengan dokter dan ahli gizi mengenai masalah nutrisi yang muncul.

Levine menjelaskan bahwa intervensi diberikan dengan mempertimbangkan prinsip-prinsip konservasi. Residen berasumsi bahwa dalam menyelesaikan satu *trophicognosis* atau masalah keperawatan, intervensi harus dipertimbangkan pada semua prinsip konservasi. Karena suatu masalah keperawatan kemungkinan memerlukan intervensi pada lebih dari satu prinsip konservasi. Walaupun nutrisi lebih banyak terkait dengan konservasi energi, namun intervensi yang diberikan tidak hanya terfokus pada konservasi energi tetapi juga pada prinsip konservasi yang lain seperti konservasi integritas struktur. Intervensi terkait dengan konservasi energi antara lain memberikan asupan nutrisi dan memastikan asupan nutrisi diberikan sesuai program, memantau toleransi klien terhadap diet, dan melaksanakan pemberian terapi sesuai program. Intervensi konservasi integritas struktur yang telah dilakukan antara lain, menimbang berat badan, memantau perubahan struktur akibat asupan nutrisi tidak adekuat seperti adanya *wasting* dan *baggy pants*.

Selama merawat klien pada kelima kasus terpilih, 3 kasus mendapat nutrisi enteral sedangkan 2 kasus nutrisi diberikan melalui oral. Residen melibatkan keluarga dalam pemberian nutrisi baik oral maupun enteral, namun sebelumnya selalu diberikan penjelasan terlebih dahulu tentang cara pemberian nutrisi dan hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemberian nutrisi, khususnya nutrisi yang diberikan melalui NGT. Pada kasus 1, 3 dan kasus 4, secara umum tidak mengalami peningkatan berat badan secara memadai, membutuhkan waktu makan yang lama, bahkan

mengalami penurunan berat badan. Lestari (2011) menjelaskan bahwa pasien yang membutuhkan nutrisi enteral adalah pasien yang tidak mampu mendapatkan kecukupan kalori secara oral tetapi fungsi ususnya masih normal. Pasien yang membutuhkan nutrisi enteral antara lain; pasien yang berat badannya tidak meningkat secara memadai, pertumbuhan tidak adekuat, anak yang membutuhkan waktu makan yang lama, anak yang kehilangan berat badan secara terus menerus, anak yang mengalami penurunan rasio berat/umur atau berat/ tinggi badan atau anak dengan masalah pada oral atau lambung.

Pada kasus 3, klien sempat tidak toleransi terhadap diet yang diberikan. Klien selalu muntah setiap diberikan susu dengan jumlah 120 cc, namun jika diberikan 90 cc, klien tidak muntah. Residen menyarankan keluarga untuk memperlambat aliran susu saat diberikan melalui NGT, dan juga berkolaborasi dengan dokter dan ahli gizi untuk masalah tersebut. Diet susu formula kemudian dikentalkan dan susu dicoba diberikan lebih banyak melalui oral. Pada kasus 5 yang mengalami *high output* stoma, klien sempat diberikan TPN (*Total Parenteral Nutrition*), namun nutrisi parenteral yang diberikan termasuk jenis nutrisi parenteral parsial. Hanya sebagian nutrisi diberikan melalui nutrisi parenteral, sedangkan lainnya diberikan melalui oral. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh, klien bisa minum per oral dan reflek isap tidak mengalami masalah. Asupan nutrisi per oral selalu habis, namun yang menjadi masalah, produk stoma juga meningkat, sehingga kemungkinan tidak banyak nutrisi yang dapat diserap tubuh. Setelah beberapa hari perawatan, TPN dihentikan, dan asupan per oral diberikan dengan pengentalan dan frekuensi lebih sering. Baker, Williams, dan Nightingale (2010) menemukan *high output* stoma terjadi pada 16% kasus ileostomi dan jejunostomies. Selain itu ditemukan juga pasien yang memiliki sisa usus kecil proksimal kurang dari 200 cm dan infeksi intra abdominal sebagai penyebab paling umum terjadinya *high output* stoma. Martin (2010) juga menjelaskan bahwa salah satu akibat

dari terjadinya *high output* stoma adalah terjadi malnutrisi karena malabsorpsi dengan kadar albumin yang rendah.

Formula nutrisi yang diberikan pada pada kasus 1 adalah makanan cair dari rumah sakit dengan pertimbangan klien tidak mengalami masalah dengan absorpsi lemak, sehingga diberikan formula standar. Pada kasus 2, 3, dan 5 diberikan pregestimil, sedangkan pada kasus 4 diberikan peptamen. Peptamen merupakan formula bebas laktosa dengan kandungan 70% *medium chain triglycerides* (MCT) yaitu lemak rantai sedang yang siap serap, baik untuk pasien dengan malabsorpsi lemak. Kandungan kalori sebanyak 100 Kkal tiap 100 ml (Nestle, 2012). Pregestimil merupakan formula bebas laktosa dengan kandungan 55% MCT dengan kalori 67 Kkal tiap 100 ml. Kasus 3 mengalami diare dan hasil analisis feses menunjukkan infeksi usus oleh bakteri gram negatif, dan adanya maldigesti karbohidrat sehingga diberikan pregestimil. Kasus 5 juga diberikan pregestimil, karena klien mengalami *high output stoma*.

Kasus 2 dan 4 merupakan kasus dengan gangguan fungsi hati sehingga diberikan makanan yang mengandung MTC karena relatif lebih larut dalam air sehingga tidak memerlukan garam empedu untuk absorpsi. Pada pasien yang menderita kolestasis maupun atresia bilier terjadi penurunan ekskresi asam empedu yang menyebabkan gangguan pada lipolisis intraluminal, dan absorpsi trigliserid rantai panjang. Menurut Azis (2006) lemak rantai panjang (MCT) membutuhkan asam empedu dan aktivitas lipolitik untuk bisa dicerna, baru kemudian masuk kedalam sirkulasi melalui sistim limfatik, sedang trigliserida rantai sedang dapat segera diserap kedalam sirkulasi portal. Karena sifatnya yang mudah diserap serta efek terhadap pengosongan lambung yang lebih ringan dan lebih cepat dirubah menjadi energi dibanding lemak rantai panjang, maka *medium chain triglyceride* lebih menguntungkan dipakai pada pasien yang mengalami gangguan hati. Pregestimil dan peptamen sama-sama merupakan formula bebas laktosa yang mengandung MCT. Perbedaannya

adalah pada jumlah kandungan MCT dan kandungan kalornya. Pregestimil merupakan formula bayi dan biasanya diberikan untuk anak usia kurang dari 1 tahun, sedangkan peptamen merupakan formula pediatrik untuk anak usia lebih dari 1 tahun.

4.1.4 Evaluasi

Residen melakukan evaluasi dengan menilai respon klien terhadap intervensi yang diberikan. Apabila ditemukan hipotesis yang tidak mendukung penyelesaian masalah klien, maka dilakukan modifikasi sehingga tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai. Hasil evaluasi pada kasus 1 menunjukkan *trophicognosis* yang belum teratasi adalah gangguan perfusi jaringan serebral dan gangguan perkembangan. Klien diperbolehkan pulang karena masalah infeksi yaitu diare sudah teratasi dan masalah neurologi ditindaklanjuti dengan rawat jalan. Hasil evaluasi pada kasus 2 dan kasus 4 menunjukkan sebagian besar masalah belum teratasi. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh kondisi pasien dengan penyakit hati, yang mengakibatkan gangguan fungsi berbagai sistem yang lain sehingga membutuhkan perawatan dalam waktu yang lama. Cochran dan Losek (2007) menjelaskan bahwa kegagalan fungsi hati pada anak-anak merupakan kondisi yang mengancam jiwa. Kegagalan hati akut berhubungan dengan disfungsi berbagai sistem organ seperti gangguan koagulasi, gangguan sistem imun, gangguan absorpsi lemak dan vitamin, dan ensepalopati. Pop dan Miu (2010) juga menjelaskan kolestasis memiliki dampak negatif terhadap gizi, pertumbuhan dan perkembangan, meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas.

Hasil evaluasi pada akhir perawatan kasus 3 menunjukkan masalah kerusakan integritas kulit belum teratasi, namun sudah menunjukkan perbaikan. Masalah gangguan pertumbuhan juga belum teratasi, karena pencapaian berat badan ideal pada anak dengan gizi buruk, tidak akan dapat dicapai dalam waktu yang cepat. Namun asupan nutrisi sudah adekuat dan kontrol di poliklinik nutrisi sudah diprogramkan. Diharapkan

setelah diare teratasi dan asupan nutrisi adekuat, klien akan dapat mengejar keterlambatan pertumbuhannya dan mencapai berat badan sesuai tinggi badan dan usia. Hasil evaluasi kasus 5 menunjukkan masalah risiko penyebarluasan infeksi tidak terjadi. Namun perubahan proses keluarga yang sebelumnya sudah teratasi, dan risiko defisit volume cairan muncul lagi karena produk stoma klien bertambah banyak ketika klien sudah direncanakan pulang.

Hasil evaluasi pada akhir perawatan dari *trophicognosis* ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan pada kelima kasus terpilih, menunjukkan ada yang teratasi, belum teratasi tetapi sudah menunjukkan perbaikan, dan ada juga yang belum teratasi. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh kondisi penyakit yang melatarbelakangi masalah nutrisi yang dialami klien. Pada kasus 1 dan 3 menunjukkan adanya peningkatan berat badan di akhir perawatan. Kasus 4 memang menunjukkan peningkatan berat badan, namun tidak dapat dipakai untuk menilai perbaikan status nutrisi karena pasien mengalami organomegali, asites dan edema. Asupan nutrisi pada kasus 2 dan 3 sudah sesuai dengan program, namun klien mengalami penurunan berat badan di akhir perawatan. Hal ini mungkin disebabkan oleh adanya peningkatan katabolisme dan gangguan penyerapan nutrisi akibat penyakit yang diderita klien.

Berdasarkan hasil evaluasi dari kelima kasus terpilih, menunjukkan *trophicognosis* yang teridentifikasi bervariasi dan tidak semuanya dapat diatasi. Model Konservasi Levine menjelaskan bahwa untuk mencapai *whollness*, individu akan melakukan adaptasi, dan konservasi adalah hasil dari adaptasi. Namun ada karakteristik adaptasi yang mempengaruhi kemampuan adaptasi seseorang. Salah satu karakteristik adaptasi tersebut adalah *specificity* yang artinya adaptasi juga bersifat spesifik. Hal ini menunjukkan proses penyembuhan dan kemampuan adaptasi masing-masing klien terhadap masalah yang dialami akan berbeda. Selain itu

adaptasi juga mempunyai karakteristik yang disebut *Redundancy* yang artinya pilihan akan selamat atau gagal oleh individu untuk memastikan terjadinya adaptasi yang berkelanjutan. Jika suatu sistem tubuh tidak mampu beradaptasi, maka sistem yang lain akan mengambil alih dan melengkapi tugasnya. *Redundancy* dipengaruhi oleh trauma, usia, penyakit atau kondisi lingkungan yang membuat individu tersebut sulit untuk mempertahankan hidup (Parker, 2005). Jadi ada berbagai faktor yang mempengaruhi pencapaian hasil dari asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien, sehingga antara pasien yang satu dengan pasien yang lain tidak akan sama. Demikian juga waktu yang dibutuhkan untuk mencapai proses penyembuhan, tentu akan sangat bervariasi.

4.2 Kendala yang Ditemukan dalam Penerapan Model Konservasi Myra E. Levine

Model Konservasi Levine dapat diterapkan pada semua kasus terpilih dengan masalah dan diagnosis yang berbeda. Prinsip-prinsip konservasi dalam Model Levine sudah mencakup masalah yang sering ditemukan dan dapat dijadikan acuan dalam mengatasi masalah-masalah tersebut. Model Konservasi juga dapat diterapkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak yang mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, namun masih ditemukan adanya beberapa kendala. Model Konservasi Levine termasuk dalam kategori model konseptual sehingga masih bersifat abstrak dan umum. Konsep yang masih umum tentu agak sulit diterapkan dalam kasus yang nyata. Seperti misalnya dalam menyusun hipotesis, Levine tidak menjelaskan secara rinci bagaimana menyusun hipotesis. Hanya dijelaskan bahwa hipotesis akan menjadi rencana keperawatan. Sebagai rencana keperawatan, seharusnya ada tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, dan ada rencana tindakan yang akan dilakukan. Levine hanya mencontohkan hipotesis itu sebagai apa yang dibutuhkan oleh pasien secara umum, sehingga akan kesulitan dalam melakukan evaluasi karena tidak ada tujuan dan kriteria yang jelas dan spesifik.

Penerapan Model Konservasi Myra E. Levine pada anak juga ditemukan adanya kendala, terutama untuk prinsip konservasi integritas personal. Konservasi integritas personal dilakukan dengan memelihara identitas diri, harga diri dan mengakui keunikan klien. Mengkaji identitas diri maupun harga diri pada anak sulit dilakukan. Hal yang bisa dilakukan untuk konservasi integritas personal ini adalah dengan mengkaji masalah-masalah yang terjadi saat ini, dan kemungkinan dapat mengganggu keutuhan integritas personal klien di masa yang akan datang, seperti misalnya cedera fisik, gangguan pertumbuhan, kecacatan, dan lain-lain.

Tujuan model Levine adalah tercapainya *wholeness* (keutuhan), namun dari lima kasus yang diangkat dalam karya ilmiah ini, ternyata ada 2 orang yang akhirnya meninggal. Dalam hal ini berarti keutuhan tidak tercapai. Levine tidak menjelaskan secara rinci bagaimana jika klien yang dirawat meninggal, apakah model ini bisa disebut gagal diterapkan pada klien tersebut. Inilah salah satu kelemahan model Levine jika dibandingkan dengan model yang lain, misalnya model adaptasi menurut Roy. Alligood (2010) menjelaskan bahwa dalam model konseptual Adaptasi Roy, ada dua respon adaptasi yaitu respon adaptif dan respon maladaptif. Respon yang adaptif dimana terminologinya adalah manusia dapat mencapai tujuan atau keseimbangan sistem tubuh. Sedangkan respon yang tidak adaptif dimana manusia tidak dapat mengontrol dari terminologi keseimbangan sistem tubuh manusia, atau tidak dapat mencapai tujuan yang akan diraih. Model Konservasi Myra E. Levine hanya menjelaskan keutuhan sebagai tujuan akhir dan tidak menjelaskan bagaimana jika tujuan tersebut tidak tercapai.

4.3 Praktik Spesialis Keperawatan Anak dalam Pencapaian Target

Praktik residensi dilaksanakan dalam 2 semester yaitu residensi 1 dan residensi 2. Selama praktik residensi 1 residen memilih peminatan infeksi dan non infeksi serta perinatologi yang merupakan ruangan dengan kompetensi yang wajib dicapai oleh seluruh residen. Pada residensi 2, residen memilih

peminatan ruang infeksi yang dilaksanakan di RSAB Harapan Kita Jakarta dan RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Selama pelaksanaan praktik, residen melakukan kegiatan-kegiatan sesuai dengan target yang telah ditetapkan dan telah dituangkan dalam kontrak belajar yang disusun di awal praktik. Ada salah satu target di ruang infeksi yang belum tercapai yaitu melaksanakan asuhan keperawatan pada anak dengan HIV/AIDS, hal ini terjadi karena selama praktik residensi, residen tidak menemukan kasus anak dengan HIV/AIDS di lahan praktik. Namun pada residensi 2, residen yang praktik di ruang infeksi telah mendapat bimbingan klinik dan pendalaman materi terkait HIV/AIDS dari dokter spesialis anak konsultan imunologi yang sangat bermanfaat dan menambah wawasan residen tentang HIV/AIDS yang terjadi pada anak.

Pencapaian kompetensi untuk peran sebagai pemberi asuhan dicapai residen dengan memberikan perawatan langsung pada klien anak pada tempat-tempat yang dilalui residen selama praktik. Pengalaman klinik yang diperoleh selama praktik menambah wawasan residen dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak khususnya untuk kasus-kasus infeksi, non infeksi dan perinatologi. Tidak ada hambatan yang berarti selama praktik residensi dan dalam pencapaian kompetensi. Ruangan dan staf di tempat praktik pada umumnya juga sangat mendukung pencapaian kompetensi pada praktik residensi ini. Salah satu tantangan selama praktik yang dirasakan residen adalah sebagai praktisi dengan level pendidikan spesialis, tentunya harus menunjukkan *performance* yang lebih baik dari yang lain. Namun hal ini menjadi pemacu semangat untuk lebih banyak belajar dan berlatih, serta mencari tahu dari berbagai sumber hal-hal yang tidak diketahui.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

- 5.1.1 Praktik residensi keperawatan anak diselenggarakan dengan tujuan untuk menghasilkan lulusan yang mampu memberikan asuhan keperawatan pada anak (0-18 tahun) dengan menerapkan berbagai konsep dan teori keperawatan, temuan riset, serta kebijakan pemerintah yang berlaku. Masalah kesehatan yang menjadi fokus pembahasan dalam karya ilmiah ini adalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan. Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, hampir selalu ditemukan pada anak yang sakit khususnya pada kasus-kasus infeksi. Dalam memberikan asuhan keperawatan, residen juga menerapkan konsep dan teori keperawatan dalam memberikan asuhan kepada klien. Teori yang diterapkan adalah Model Konservasi Myra E. Levine. Model Konservasi Levine merupakan teori keperawatan praktis dengan konservasi model dan prinsip yang berfokus pada kesinambungan energi klien untuk kesehatan dan penyembuhan. Kekurangan nutrisi merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan ketidakseimbangan energi.
- 5.1.2 Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan ditemukan pada kelima kasus terpilih. Masalah keperawatan lain yang ditemukan antara lain meliputi risiko /aktual kekurangan volume cairan, potensial komplikasi perdarahan, peningkatan suhu tubuh, kerusakan integritas kulit, risiko infeksi, gangguan pertumbuhan dan perkembangan, ansietas dan perubahan proses keluarga. Intervensi yang diberikan antara lain: membina hubungan saling percaya dengan anak, pemantauan tanda-tanda vital, pemantuan status nutrisi dan hidrasi, mencatat asupan dan haluaran, kolaborasi dengan tim gizi dalam penentuan diet sesuai dengan toleransi klien, menjelaskan tentang tumbuh kembang anak, dan stimulasi yang diberikan sesuai usia. Hasil evaluasi pada akhir perawatan dari *trophicognosis* ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan pada kelima kasus terpilih, menunjukkan ada yang teratasi, belum teratasi tetapi sudah menunjukkan perbaikan, dan ada juga yang belum teratasi. Hal ini

kemungkinan disebabkan oleh kondisi penyakit yang melatarbelakangi masalah nutrisi yang dialami klien

- 5.1.3 Kompetensi dan peran perawat sebagai praktisi keperawatan baik sebagai pemberi asuhan, *advokator*, *conselor*, *educator*, *colaborator*, dan agen perubah telah dapat dicapai selama praktik residensi. Pencapaian kompetensi tersebut telah sesuai dengan target yang ditentukan, walaupun ada yang tidak tercapai karena keterbatasan kasus. Namun hal ini telah diatasi dengan diberikannya pendalaman materi dan bimbingan klinik terkait kasus tersebut. Pengalaman klinik yang diperoleh selama praktik menambah wawasan residen dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak khususnya untuk kasus-kasus infeksi, non infeksi dan perinatologi. Tidak ada hambatan yang berarti selama praktik residensi dan dalam pencapaian kompetensi.
- 5.1.4 Model Konservasi Myra E. Levine dapat diterapkan dalam menyelesaikan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan pada anak dengan penyakit infeksi. Intervensi yang diberikan berdasarkan prinsip-prinsip konservasi sudah mencakup semua masalah yang ditemukan pada klien, walaupun tidak semua masalah dapat terselesaikan. Model Konservasi ini merupakan *nursing conceptual models (framework)* yang masih abstrak sehingga cukup sulit untuk diterapkan dan masih ditemukan beberapa kendala dalam penerapannya.

5.2 Saran

- 5.2.1 Model konservasi Myra E. Levine merupakan model yang universal dan dapat diterapkan lebih lanjut dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak baik pada kasus penyakit infeksi maupun kasus-kasus penyakit lain. Namun residen menyarankan beberapa perbaikan seperti penjabaran lebih rinci tentang pembuatan hipotesis, panduan untuk mengkaji integritas personal terutama pada anak, serta tujuan akhir tidak hanya tercapainya keutuhan tetapi juga alternatif lain jika tujuan tidak tercapai.
- 5.2.2 Masalah kebutuhan nutrisi perlu mendapat perhatian karena merupakan masalah yang sangat sering ditemukan pada klien anak dan dapat

berdampak pada hampir pada semua sistem tubuh yang dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak. Ners spesialis, diharapkan dapat melakukan kajian lebih mendalam, membuat inovasi dan menggunakan *evidence based practice* dalam mengatasi masalah nutrisi pada klien.

- 5.2.3 Ners spesialis keperawatan anak hendaknya selalu mengembangkan kemampuan dalam meningkatkan kompetensinya baik sebagai pemberi asuhan, *advokator*, *conselor*, *educator*, *colaborator*, dan agen perubah. Pengembangan diri dapat dicapai ners spesialis dengan melibatkan diri secara langsung dalam pelayanan klien di rumah sakit secara aktif.



DAFTAR PUSTAKA

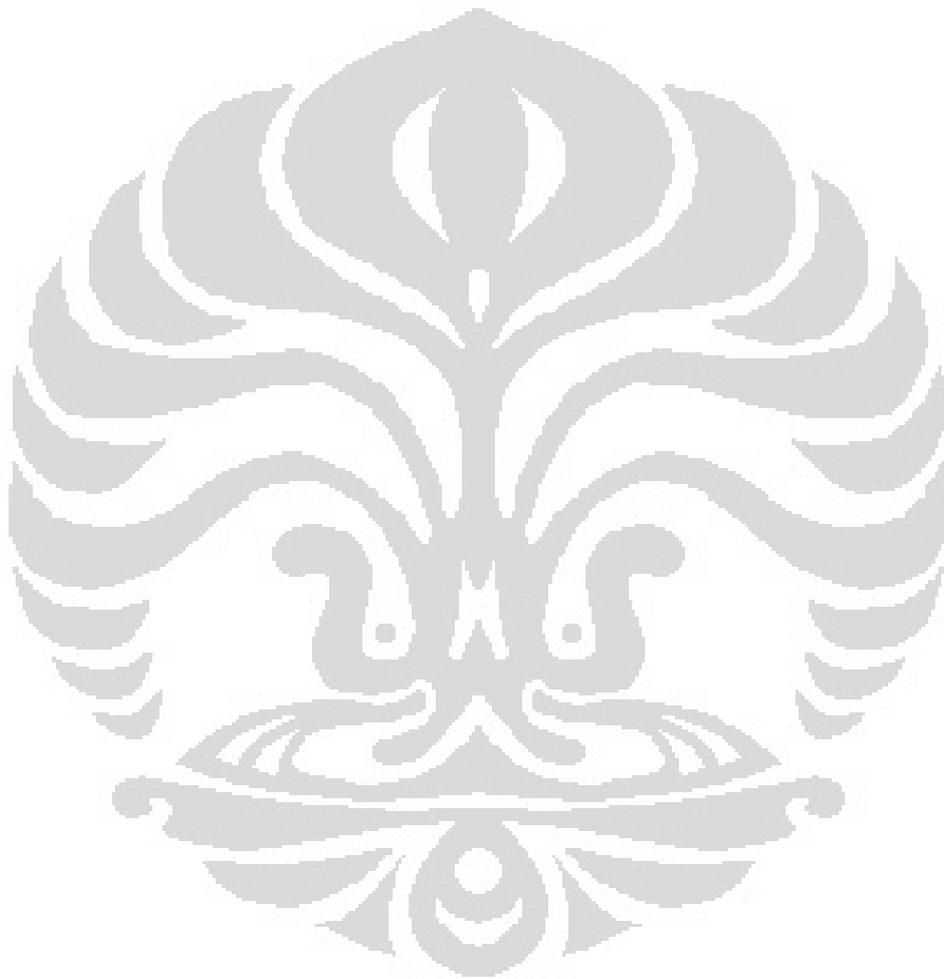
- Alligood, M.R. (2010). *Nursing theory: Utilization and application* (Fourth edition). Missouri: Mosby.
- Asmarini, D. N. (2009). *Pengaruh Gizi buruk terhadap anak usia balita*. Diunduh dari <http://alumni.unair.ac.id>. Tanggal 24 April 2012.
- Ashraf, S,et al. (2001). Malnutrition in diseased children with reference to age, sex, socio-economic status and area of living. *International Journal Of Agriculture & Biology*, 3(4), 419-420.
- Azis, A.L. (2006). *Support nutrisi pada anak sakit berat*. Diunduh dari <http://www.pediatrik.com>. Tanggal 24 April 2012.
- Baker,M.L, Williams,R.N, & Nightingale, J.M. (2010). Causes and management of a high-output stoma. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Tanggal 1 Juni 2012.
- BAPPENAS. (2011). *Rencana aksi nasional pangan dan gizi 2011-2015*. Diunduh dari www.bappenas.go.id. Tanggal 22 April 2012.
- Berman, A, & Snyder, S. (2012). *Fundamental of nursing* (Ninth Edition). Newyork: Pearson.
- Bektiwibowo, S. (2005). *Pengaruh pemberian nutrisi enteral terhadap status nutrisi serta respons jangka pendeknya pada kasus bedah anak di RSCM*. Diunduh dari <http://lontar.ui.ac.id>. Tanggal 24 April 2012.
- Bhasavanthappa, B.T. (2007). *Nursing theories*. New Delhi: JBMP.
- Brooker, C. (2009). *Esiklopedia keperawatan* (Hartono, A, Pendit, B.U, Widiarti, D, Penerjemah). Jakarta: EGC.
- Carpenito, L.J. (2009). *Diagnosa keperawatan: Aplikasi pada praktik klinis* (Edisi 9) (Kadar, K.S, Evriyani, D, Yudha, E.K, Ester,M, Penerjemah). Jakarta: EGC
- Coxall, K, et al. (2008). Applying the key principles of nutrition to nursing practice. *Nursing standar*; 22(36), 44-48.
- Cochran, J.B, Losek, J.D. (2007). Acute Liver Failure in Children. *Pediatric Emergency Care*, 23(2), 129-135.

- Gamban, G, et al. (2011). *Levine & Nursing (Application in Nursing Practice, Education & Research)*. Diunduh dari <http://myra-levine-4conservationprinciples.blogspot.com>. Tanggal 24 April 2012.
- Gibney, et al. (2009). *Gizi kesehatan masyarakat*. (Hartono, H, Penerjemah). Jakarta: EGC.
- Hartono, A. (2006). *Terapi gizi dan diet rumah sakit*. Jakarta: EGC.
- Hendarto, H, & Nasar, S.S. (2002). Aspek nutrisi parenteral pada anak. *Sari Pediatri*, 3(4), 227-234.
- Hidajat, B, Nasar, S.S, & Sjarif, D.R. (2011). *Buku ajar nutrisi pediatrik dan penyakit metabolik: Tinjauan mutakhir tentang makronutrien*. Jakarta: IDAI.
- Hidajat, B, Irawan, R & Nurul, H. (2006). *Nutrisi pada kasus bedah anak: Continuing Education XXXIV*. Diunduh dari <http://www.pediatrik.com>. Tanggal 20 Pebruari 2012.
- Islamiyati, Sadiman & Katharina, K. (2009). Hubungan penyakit infeksi dan gizi buruk pada balita di Kecamatan Metro Barat tahun 2008. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, 11(8), 32-37.
- Kozier, B, Erb, G, Berman, A, & Snyder, S.J. (2011). *Buku ajar fundamental keperawatan*. (Edisi 7) (Wahyuningsih, E, Yulianti, D, Yuningsih, Y, Lusyana, A, Penerjemah). Jakarta: EGC.
- Lestari, E.D. (2011). *Buku ajar nutrisi pediatrik dan penyakit metabolik: Nutrisi enteral*. Jakarta: IDAI.
- Leach, M.J. (2006). *Wound management: Using conservation model to guide practice*. Diunduh dari <http://www.ids-healthcare.com>. Tanggal 21 Pebruari 2012
- Mazrul & Azrimaidaliza (2008). *Peran zat gizi dan infeksi terhadap pertumbuhan*. Diunduh dari <http://onlyminda.files.wordpress.com>. Tanggal 25 Pebruari 2012
- NANDA. (2012). *Nursing diagnoses definitions and classification, 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Nasar, et al. (2011). *Buku ajar nutrisi pediatrik dan penyakit metabolik : Malnutrisi di rumah sakit*. Jakarta: IDAI.
- Nasar, et.al. (2007). *Skrining malnutrisi pada anak yang dirawat di rumah sakit*. Diunduh dari buk.depkes.go.id. Tanggal 30 April 2012.

- Nestle. (2012). *Peptamen*. Diunduh dari <http://www.nestle.co.id/ina/produk/nutrisi> kesehatan. Tanggal 2 Juni 2012.
- Nainggolan, M.C.D. (2010). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit Infeksi di Desa Mangkai Baru Kecamatan Lima Puluh Kabupaten Batubara Tahun 2010*. Diunduh dari <http://repository.usu.ac.id>. Tanggal 23 April 2012
- Palupi, A, Hadi, H & Soenarto, S.S. (2009). Status Gizi dan hubungannya dengan kejadian diare pada anak diare akut di ruang rawat inap RSUP Dr. Sarjito Yogyakarta. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 6(1), 1-7.
- Parker, M.E. (2005). *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F.A Davis Company.
- Pop, T.L, & Miu, N. (2010). Nutritional guidelines in children with cholestatic liver disease. *Nutritional therapy and metabolism*, 28(3), 117-128.
- Potter, P.A, & Perry, A.G.(2005). *Buku ajar fundamental keperawatan* (Edisi 4) (Ferderika, A, Penerjemah). Jakarta: EGC.
- PPNI. (2005). *Standar Kompetensi Perawat Indonesia*. Dipublikasi oleh Bidang Organisasi PP-PPNI . Diunduh dari <http://www.inna-ppni.or.id>. Tanggal 5 Mei 2012.
- Prawirohartono, E.P. (2011). *Buku ajar nutrisi pediatrik dan penyakit metabolik: Nutrisi parenteral*. Jakarta: IDAI.
- Rahmah, F, Deni, E, & Syafianti. (2007). Faktor risiko kejadian gizi buruk pada anak balita (12-59 bulan) di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang tahun 2007. Diunduh dari <http://repository.ipb.ac.id>. Tanggal 24 April 2012.
- Rodríguez, L, Cervantes, E, & Ortiz, R. (2011). Malnutrition and gastrointestinal and respiratory infections in children: A public health problem. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 8, 1174-1205.
- Scafer, K.M, & Potylycki, M.J.S. (1993). Fatigue associated with congestive heart failure: Use of Levine's Conservation Model. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 260-268.
- Sjarif, D.R. (2011). *Buku ajar nutrisi pediatric dan penyakit metabolik: Prinsip asuhan nutrisi pada anak*. Jakarta: IDAI
- Supartini, Y. (2004). *Konsep dasar keperawatan anak*. Jakarta: EGC.
- Tomey, Marriner & Alligood. (2006). *Nursing theorists and their network* (6th ed). St. Louis, Missouri: Mosby, Inc.

Wahyuni, S, Julia, M, & Budiningsari, R.D. (2005). Pengukuran status gizi pasien anak menggunakan metode *subjective global nutrition assessment* (SGNA) sebagai prediktor lama rawat inap, status pulang dan kejadian malnutrisi di rumah sakit. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 2(1).

WHO. (2012). Causes of child mortality for the year 2008. Diunduh dari <http://www.who.int>. Tanggal 24 April 2012.





**KONTRAK BELAJAR
RESIDENSI PERAWAT SPESIALIS ANAK
SEMESTER I DAN II TAHUN AKADEMIK 2011/2012**



Oleh:

**Ni Luh K. Sulisnadewi
NPM .0906594513**

**PROGRAM NERS SPESIALIS KEPERAWATAN ANAK
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2012**

**KONTRAK BELAJAR
RESIDENSI PERAWAT SPESIALIS ANAK
SEMESTER I TAHUN AKADEMIK 2011/2012
N.L.K SULISNADEWI
(0906594513)**

N O.	TUJUAN PRAKTIK	KOMPETENSI	METODA	WAKTU	TEMPAT
1	Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit Infeksi yaitu Pneumonia dan Diare	<p>Melaksanakan asuhan keperawatan dengan mengaplikasikan model konseptual konservasi energi Myra E. Levine, pada anak yang masalah infeksi respirasi dan infeksi saluran cerna:</p> <p>A. Pneumonia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan pengkajian berdasarkan prinsip konservasi. <ol style="list-style-type: none"> a. Konservasi energi: data fokus yang perlu dikaji antara lain frekwensi dan status pernafasan, adakah penggunaan otot bantu pernafasan, tingkat aktifitas, kebutuhan istirahat tidur biasanya berkurang karena sesak dan batuk, nafsu makan menurun, muntah, respirasi meningkat, denyut nadi meningkat. b. Integritas struktur: apakah ada nyeri dada, batuk bersputum purulent, demam, leukosit meningkat, ronchi. c. Integritas personal: ketakutan terhadap pengobatan dan prosedur yang dilakukan. d. Integritas sosial: berpisah dengan orang tua, tidak bisa bermain dengan teman. 2. Menentukan tropicognosis sesuai dengan masalah yang mungkin ditemukan : <ol style="list-style-type: none"> a. Bersihan jalan nafas tidak efektif 	Praktik <i>bed side teaching</i>	27 September s.d 4 November 2011	IKA (Infeksi) RSPAD

		<ul style="list-style-type: none"> b. Kerusakan pertukaran gas c. Nyeri (akut) d. Nutrisi kurang dari kebutuhan e. Kekurangan volume cairan f. Intoleransi aktifitas g. Kecemasan <p>3. Merumuskan hipotesis.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tindakan penghematan energi b. Pemberian posisi yang nyaman c. Pemantauan tanda-tanda vital dan suara nafas secara teratur. d. Tindakan untuk mengatasi bersihan jalan nafas tidak efektif seperti minum air hangat, postural drainage, mengencerkan dahak, latihan batuk efektif, suction. e. Tindakan mengurangi ansietas dan ketakutan. f. Pencegahan dehidrasi dengan pemberian cairan intravena selama fase akut. g. Pemberian cairan oral secara hati-hati untuk mencegah aspirasi. h. Pemberian nutrisi adekuat i. Pendidikan kesehatan pada orang tua. <p>4. Melaksanakan intervensi keperawatan sesuai hipotesis yang sudah dirumuskan.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memberikan obat-obatan (oral, sub kutan, intra muskuler, dan intravena) b. Memberikan pendidikan kesehatan pada orang tua c. Mengembangkan program bermain pada anak usia toddler, pra sekolah dan sekolah dengan masalah hospitalisasi dan akan menjalani tindakan invasif d. Merancang <i>play library</i> yang mendukung praktik di 			
--	--	--	--	--	--

		<p>rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> e. Membantu proses pembelajaran tuntas anak dengan hospitalisasi f. Melakukan bimbingan antisipasi g. Menggunakan komunikasi therapeutic dan hubungan interpersonal dalam memberikan asuhan keperawatan h. Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang nyaman i. Melakukan pendelegasian dan supervisi dalam pelayanan keperawatan j. Memberikan konsultasi pada perawat klinik k. Mengelola pelayanan keperawatan di ruang anak l. Merancang program <i>follow up</i> kasus klien pasca rawat di rumah sakit m. Memberikan bimbingan konsultasi terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan perawat n. Berkolaborasi dengan tim kesehatan lain o. Melaksanakan tehnik dan prosedur dalam keperawatan anak dengan penyakit infeksi <p>5. Evaluasi Menilai respon organisme :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jalan nafas efektif b. Nyeri terkontrol c. Pasien nyaman d. Kebutuhan nutrisi dan cairan terpenuhi secara adekuat e. Istirahat dan tidur dengan tenang. f. Cemas berkurang g. Orang tua selalu mendampingi anak. <p>6. Pendokumentasian asuhan keperawatan</p> <p>7. Mengidentifikasi praktik keperawatan anak yang tidak etis</p>			
--	--	--	--	--	--

dan illegal dalam pelayanan keperawatan.

B. Diare

1. Melaksanakan pengkajian dengan prinsip konservasi :
 - a. Konservasi energi: keadaan umum lemah, berkurangnya haluaran urine, berat badan menurun, membrane mukosa kering, turgor kulit jelek, ubun-ubun cekung, kulit pucat dingin serta kering, riwayat mengkonsumsi makanan terkontaminasi.
 - b. Integritas struktur: kulit kemerahan di sekitar anus, hasil pemeriksaan feces menunjukkan adanya organisme dalam tinja.
 - c. Integritas personal: berpisah dari orang tua, lingkungan yang tidak biasa, prosedur yang menimbulkan distress
 - d. Integritas sosial: tidak bisa bermain seperti biasanya, anak murung, menjadi pendiam, rewel atau menolak petugas kesehatan.
2. Tropicognosis
 - a. Kekurangan volume cairan
 - b. Nutrisi kurang dari kebutuhan
 - c. Risiko menularkan infeksi
 - d. Kerusakan integritas kulit
 - e. Ansietas
3. Hipotesis
 - a. Pemberian cairan rehidrasi
 - b. Pemberian nutrisi adekuat
 - c. Tindakan pencegahan penularan infeksi
 - d. Perawatan kulit di sekitar anus
 - e. Orang tua membutuhkan pendidikan kesehatan yang

		<p>benar tentang perawatan anak diare.</p> <p>4. Intervensi keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan tindakan keperawatan langsung berdasarkan hipotesis yang telah dirumuskan. b. Memberikan obat-obatan (oral, sub kutan, intra muskuler, dan intarvena) c. Memberikan pendidikan kesehatan pada orang tua d. Mengembangkan program bermain pada anak usia toddler, pra sekolah dan sekolah dengan masalah hospitalisasi dan akan menjalani tindakan invasif e. Membantu proses pembelajaran tuntas anak dengan hospitalisasi f. Melakukan bimbingan antisipasi g. Menggunakan komunikasi therapeutik dan hubungan interpersonal dalam memberikan asuhan keperawatan h. Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang nyaman i. Melakukan pendelegasian dan supervisi dalam pelayanan keperawatan j. Memberikan konsultasi pada perawat klinik k. Mengelola pelayanan keperawatan di ruang anak l. Merancang program <i>follow up</i> kasus klien pasca rawat di rumah sakit m. Memberikan bimbingan konsultasi terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan perawat n. Berkolaborasi dengan tim kesehatan lain. <p>5. Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien memperlihatkan tanda rehidrasi dan mempertahankan hidrasi adekuat. 			
--	--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> b. Mendapatkan nutrisi adekuat sesuai program dan memperlihatkan peningkatan BB . c. Infeksi tidak menyebar ke orang lain d. Tidak terlihat adanya kerusakan integritas kulit di daerah perianal seperti kemerahan atau lecet. e. Memperlihatkan tanda distress fisik atau emosional yang minimal dan orang tua berpartisipasi dalam perawatan. <p>6. Pendokumentasian asuhan keperawatan 7. Mengidentifikasi praktik keperawatan anak yang tidak etis dan illegal dalam pelayanan keperawatan</p>			
2	Mahasiswa mampu membuat proyek inovasi di Ruang Rawat Infeksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan <i>need assessment</i> yang terfokus melalui pengumpulan data dengan kuisisioner, wawancara dan observasi 2. Menyusun proposal yang dikonsultasikan dan disetujui oleh supervisor utama dengan berkoordinasi dengan lahan praktik 3. Mempresentasikan rencana proyek inovasi dengan lahan praktik 4. Melaksanakan proyek inovasi 5. Mengevaluasi perubahan yang dihasilkan . 6. Mempresentasikan laporan hasil proyek inovasi di lahan praktik. 	Presentasi, diskusi, praktik secara berkelompok		IKA (Infeksi) RSPAD
3	Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien anak	Melaksanakan asuhan keperawatan dengan mengaplikasikan model konseptual konservasi energi Myra E. Levine pada anak dengan gangguan pembekuan/kelainan darah, dan gangguan perkemihan (penyakit ginjal) :	Praktik <i>bed side teaching</i>	7 November s.d 16 Desember 2011	IKA RSPAD (Non Infeksi)

	<p>dengan penyakit non infeksi yaitu Leukemia dan Anemia</p>	<p>A. Leukemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan pengkajian berdasarkan prinsip konservasi <ol style="list-style-type: none"> a. Konservasi energi: perasaan letih, nyeri pada ekstremitas, nafsu makan menurun, mual muntah setelah kemoterapi, BB menurun, demam. b. Integritas struktur: memar tanpa sebab yang jelas, kerontokan rambut, mukositis, kerusakan membrane mukosa anus setelah kemoterapi. c. Integritas personal: takut terhadap prosedur diagnostik, merasa malu karena rambut rontok, takut berpisah dengan orang tua d. Integritas sosial: tidak bisa sekolah, tidak bisa bermain bersama teman-temannya, merasa jenuh di rumah sakit. 2. Tropicognosis <ol style="list-style-type: none"> a. Nyeri b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan c. Risiko kekurangan volume cairan d. Resiko infeksi e. Perubahan membrane mukosa f. Defisit aktifitas pengalihan g. Gangguan citra tubuh h. Cemas 3. Hipotesis <ol style="list-style-type: none"> a. Persiapan mennghadapi prosedur diagnostik dan terapeutik. b. Meredakan nyeri c. Pencegahan komplikasi mielosupresi (supresi sumsum tulang) yang dapat menyebabkan infeksi, kecenderungan perdarahan dan anemia. d. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan secara adekuat 			
--	--	---	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> e. Pencegahan infeksi f. Pencegahan dan perawatan kerusakan membran mukosa g. Perawatan fisik dan dukungan emosional secara berkesinambungan <p>4. Intervensi keperawatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memberikan tindakan keperawatan langsung sesuai dengan hipotesis. b. Membuat perencanaan pendidikan kesehatan c. Pemberian obat-obatan (oral, sub kutan, intra muskuler, dan intarvena) d. Mengembangkan program bermain pada anak usia toddler, pra sekolah dan sekolah dengan masalah hospitalisasi dan akan menjalani tindakan invasif e. Merancang <i>play library</i> yang mendukung praktik di rumah sakit f. Membantu proses pembelajaran tuntas anak dengan hospitalisasi g. Melakukan bimbingan antisipasi h. Menggunakan komunikasi therapeutic dan hubungan interpersonal dalam memberikan asuhan keperawatan i. Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang nyaman j. Melakukan pendelegasian dan supervisi dalam pelayanan keperawatan k. Memberikan konsultasi pada perawat klinik l. Mengelola pelayanan keperawatan di ruang anak m. Merancang program <i>follow up</i> kasus klien pasca rawat di rumah sakit n. Memberikan bimbingan konsultasi terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan perawat o. Berkolaborasi dengan tim kesehatan lain 			
--	--	---	--	--	--

		<p>5. Mengevaluasi tindakan keperawatan dengan melihat perkembangan anak:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anak beristirahat dengan tenang, tidak melaporkan adanya ketidaknyamanan dan tidak mengungkapkan keluhan gangguan rasa nyaman. b. Tidak memperlihatkan tanda-tanda infeksi. c. Anak terlibat dalam berbagai aktifitas yang sesuai dengan usia dan minatnya. d. Anak tidak mual dan muntah e. Nutrisi dan cairan terpenuhi sesuai kebutuhan. f. Membran mukosa bibir dan rectum tetap utuh. g. Anak mengutarakan kekhawatiran tentang kerontokan rambutnya dan dapat menentukan tindakan untuk mengurangi efek kerontokan rambut. <p>6. Pendokumentasian asuhan keperawatan</p> <p>7. Mengidentifikasi praktik keperawatan anak yang tidak etis dan illegal dalam pelayanan keperawatan</p> <p>B. Anemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan pengkajian berdasarkan prinsip konservasi <ol style="list-style-type: none"> a. Konservasi energi: kelemahan, kelelahan otot, malaise umum, takikardi dan sesak saat beraktifitas, nafsu makan menurun, anoreksia, BB menurun, nafas pendek saat beristirahat maupun beraktivitas, sering demam. b. Integritas struktur: pucat pada kulit dan membran mukosa, kuku mudah patah, rambut kering dan tipis, turgor kulit buruk, kering dan tidak elastis, penyembuhan luka buruk, membran mukosa kering dan pucat. c. Integritas personal: takut terhadap prosedur diagnostik, takut berpisah dengan orang tua d. Integritas sosial: tidak bisa sekolah, tidak bisa bermain 			
--	--	---	--	--	--

		<p>bersama teman-temannya, merasa jenuh di rumah sakit.</p> <p>2. Tropicognosis</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perubahan perfusi jaringan b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan c. Intoleransi aktifitas d. Resiko infeksi e. Cemas. <p>3. Hipotesis</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Persiapan mennghadapi prosedur diagnostik dan terapeutik. b. Mengurangi kebutuhan oksigen jaringan c. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan secara adekuat d. Pemberian aktifitas pengalihan yang sesuai dengan umur dan minat. e. Pencegahan infeksi <p>4. Intervensi keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan tindakan keperawatan langsung sesuai dengan hipotesis. b. Membuat perencanaan pendidikan kesehatan c. Pemberian obat-obatan (oral, sub kutan, intra muskuler, dan intarvena) d. Mengembangkan program bermain pada anak usia toddler, pra sekolah dan sekolah dengan masalah hospitalisasi dan akan menjalani tindakan invasif e. Merancang <i>play library</i> yang mendukung praktik di rumah sakit f. Membantu proses pembelajaran tuntas anak dengan hospitalisasi g. Melakukan bimbingan antisipasi 			
--	--	--	--	--	--

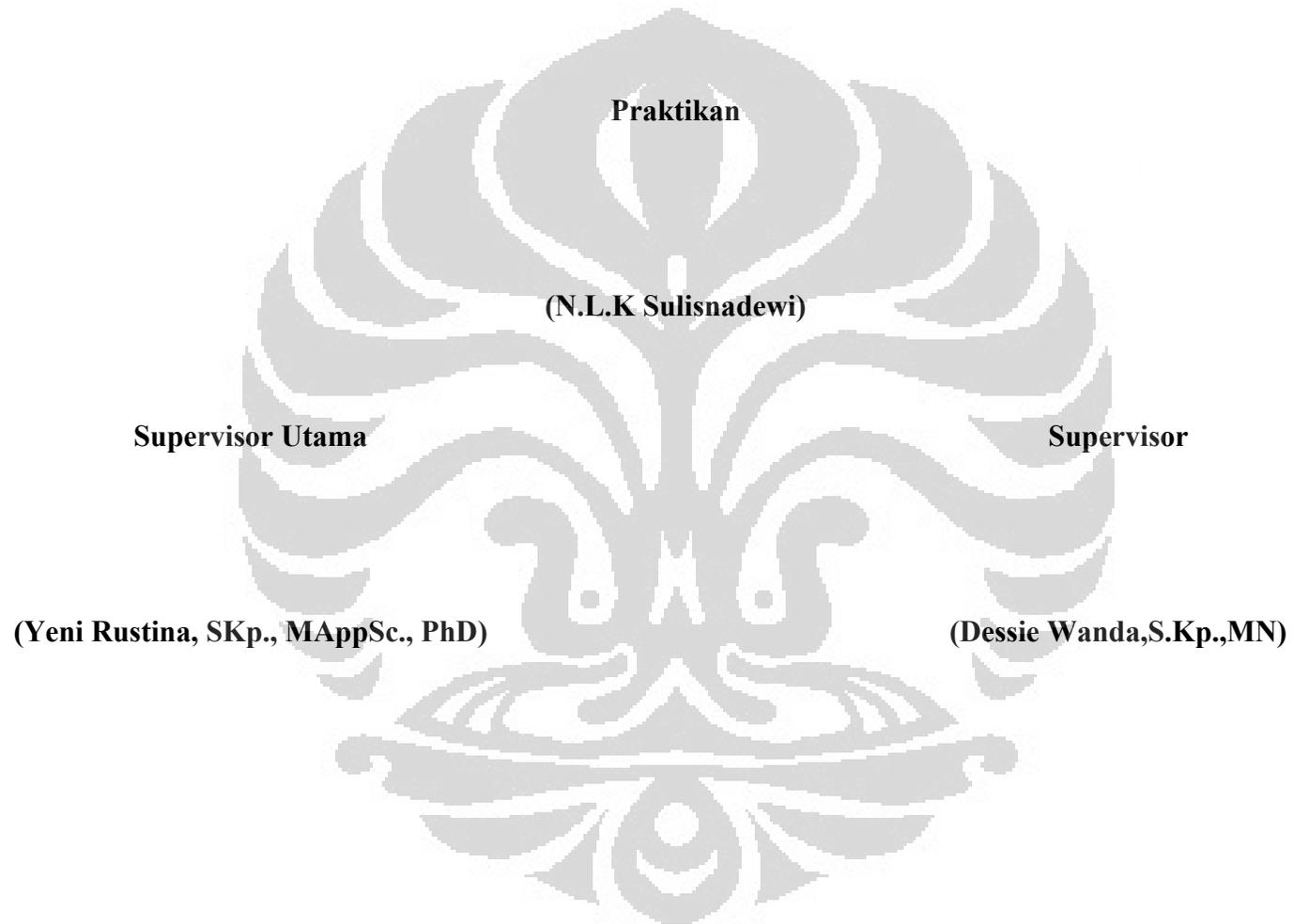
		<ul style="list-style-type: none"> h. Menggunakan komunikasi therapeutik dan hubungan interpersonal dalam memberikan asuhan keperawatan i. Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang nyaman j. Melakukan pendelegasian dan supervisi dalam pelayanan keperawatan k. Memberikan konsultasi pada perawat klinik l. Mengelola pelayanan keperawatan di ruang anak m. Merancang program <i>follow up</i> kasus klien pasca rawat di rumah sakit n. Memberikan bimbingan konsultasi terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan perawat o. Berkolaborasi dengan tim kesehatan lain <p>5. Evaluasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menunjukkan perfusi adekuat b. Nutrisi terpenuhi sesuai kebutuhan c. Melaporkan peningkatan toleransi terhadap aktifitas d. Tidak menunjukkan adanya tanda-tanda infeksi <p>6. Pendokumentasian asuhan keperawatan</p> <p>7. Mengidentifikasi praktik keperawatan anak yang tidak etis dan illegal dalam pelayanan keperawatan</p>			
4	Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien neonatus dengan penyakit	<p>Melaksanakan asuhan keperawatan pada anak dengan BBLR, dan sepsis:</p> <p>A. Sepsis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan pengkajian berdasarkan teori konservasi: <ul style="list-style-type: none"> a. Konservasi energi: bayi lethargi, malas minum, reflek hisap lemah, demam, apnoe, dyspnoe, nafas cuping hidung, merintih, sianosis, diare, muntah. 	Praktik <i>bed side teaching</i>	19 Desember 2011 s.d 13 Januari 2012	Ruang Perina RSAB Harapan Kita Jakarta

	akut yaitu BBLR dan Sepsis	<ul style="list-style-type: none"> b. Integritas struktur: ikterus, splenomegali, ubun-ubun menonjol, bilirubin total meningkat, leukosit meningkat. c. Integritas personal: d. Integritas sosial: bayi dirawat di ruangan tanpa ditunggu orang tua, orang tua atau keluarga hanya bisa menjenguk pada waktu jam berkunjung. <p>2. Tropicognosis</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Risiko cedera b. Hipotermi/Hipertermi c. Nutrisi kurang dari kebutuhan d. Perubahan proses keluarga. <p>3. Hipotesis</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pemenuhan kebutuhan nutrisi adekuat b. Pencegahan penyebaran infeksi dan terjadinya komplikasi. c. Monitoring dan kolaborasi d. Pendidikan kesehatan pada orang tua tentang kondisi bayinya. <p>4. Intervensi keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memberikan tindakan keperawatan langsung sesuai dengan rumusan hipotesis. b. Membuat perencanaan pendidikan kesehatan c. Bimbingan pemberian ASI, makanan pengganti ASI. d. Membantu pemberian obat-obatan (oral, sub kutan, intera muskuler, dan intaravena) e. Melaksanakan monitoring dan kolaborasi f. Mobilisasi bayi g. Bantuan hemodinamik tingkat dasar h. Pencegahan dan pengendalian infeksi 			
--	----------------------------	---	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> i. Manajemen BBLR (Metode PMK) j. Manajemen kejang k. Penganggulan infeksi pada neonatus l. Pemantauan neonatus yang menggunakan sungkup oksigen m. Menyiapkan tindakan transfusi tukar n. Teknik resusitasi neonatus dan stabilisasi o. Manajemen pelayanan keperawatan intensif p. Memberikan discharge planning q. Merancang program <i>follow up</i> kasus klien pasca rawat di rumah sakit r. Melaksanakan tehnik dan prosedur di ruang neonatus : menilai masa gestasi, manajemen laktasi. <p>5. Mengevaluasi tindakan keperawatan sesuai dengan perkembangan bayi.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nutrisi terpenuhi, BB normal, tidak menunjukkan tanda dehidrasi. b. Suhu tubuh dalam batas normal. c. Infeksi tidak berlanjut dan tidak ada tanda-tanda komplikasi. <p>6. Pendokumentasian asuhan keperawatan</p> <p>7. Mengidentifikasi praktik keperawatan anak yang tidak etis dan ilegal dalam pelayanan keperawatan</p> <p>B. BBLR</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan pengkajian berdasarkan teori konservasi: <ul style="list-style-type: none"> a. Konservasi energi: BB kurang dari 2500 gr, reflek isap dan menelan belum sempurna dan lemah, mudah menjadi hipotermi, lebih banyak tidur, gerakan dan tangisan bayi lemah, pernafasan belum teratur dans 			
--	--	--	--	--	--

		<p>sering apnea.</p> <p>b. Integritas struktur: Kulit keriput, tipis, penuh lanugo pada dahi, pelipis, telinga dan lengan, lemak jaringan sedikit (tipis), kepala lebih besar dari badan, genetalia belum sempurna</p> <p>c. Integritas personal:</p> <p>d. Integritas social:</p> <p>2. Tropicognosis</p> <p>a. Tidak efektifnya pola pernafasan</p> <p>b. Risiko termoregulasi tidak efektif</p> <p>c. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan</p> <p>d. Risiko kerusakan integritas kulit</p> <p>e. Risiko terjadinya infeksi</p> <p>3. Hipotesis</p> <p>a. Monitoring dan kolaborasi</p> <p>b. Tindakan mempertahankan pola nafas efektif</p> <p>c. Tindakan mempertahankan suhu tubuh dalam rentang normal</p> <p>d. Pemberian cairan dan nutrisi sesuai kebutuhan</p> <p>e. Perawatan kulit dan tindakan pencegahan kerusakan integritas kulit</p> <p>f. Pencegahan terjadinya infeksi</p> <p>4. Intervensi keperawatan</p> <p>a. Memberikan tindakan keperawatan langsung sesuai dengan rumusan hipotesis.</p> <p>b. Membuat perencanaan pendidikan kesehatan</p> <p>c. Bimbingan pemberian ASI, makanan pengganti ASI.</p> <p>d. Membantu pemberian obat-obatan (oral, sub kutan, intera muskuler, dan intaravena)</p>			
--	--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> e. Monitoring dan kolaborasi f. Mobilisasi bayi g. Bantuan hemodinamik tingkat dasar h. Pencegahan dan pengendalian infeksi i. Manajemen BBLR (Metode PMK) j. Manajemen kejang k. Penganggulan infeksi pada neonatus l. Pemantauan neonatus yang menggunakan sungkup oksigen m. Menyiapkan tindakan transfusi tukar n. Teknik resusitasi neonatus dan stabilisasi o. Manajemen pelayanan keperawatan intensif p. Memberikan discharge planning q. Merancang program <i>follow up</i> kasus klien pasca rawat di rumah sakit r. Melaksanakan tehnik dan prosedur di ruang neonatus : menilai masa gestasi, manajemen laktasi. <ul style="list-style-type: none"> 5. Mengevaluasi tindakan keperawatan sesuai dengan perkembangan bayi. <ul style="list-style-type: none"> a. RR normal 40-60x/mnt, jalan nafas paten dan irama regular. b. Mempertahankan suhu tubuh dalam batas normal (36,4-37,4⁰C c. Berat badan meningkat 15-30 gram/hari dan dapat dipertahankan peningkatannya. d. Kulit utuh, dan integritas baik e. Leukosit normal dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada tali pusat. 6. Pendokumentasian asuhan keperawatan 7. Mengidentifikasi praktik keperawatan anak yang tidak etis dan illegal dalam pelayanan keperawatan 			
--	--	---	--	--	--



**KONTRAK BELAJAR
RESIDENSI PERAWAT SPESIALIS ANAK
SEMESTER SEMESTER II TAHUN AKADEMIK 2012/2013
N.L.K SULISNADEWI
(0906594513)**

N O.	TUJUAN PRAKTIK	KOMPETENSI	METODA	WAKTU	TEMPAT
1	Mahasiswa mampu membuat proyek inovasi di Ruang Rawat Infeksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan <i>need assessment</i> yang terfokus melalui pengumpulan data dengan kuisisioner, wawancara dan observasi 2. Menyusun proposal yang dikonsultasikan dan disetujui oleh supervisor utama dengan berkoordinasi dengan lahan praktik 3. Mempresentasikan rencana proyek inovasi dengan lahan praktik 4. Melaksanakan proyek inovasi 5. Mengevaluasi perubahan yang dihasilkan . 6. Mempresentasikan laporan hasil proyek inovasi di lahan praktik. 	Presentasi, diskusi, praktik secara individu.	20 Pebruari s.d 9 Maret 2012	Ruang Anggrek RSAB Harapan Kita
2	Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit Infeksi yaitu Pneumonia dan Diare	<p>Melaksanakan asuhan keperawatan dengan mengaplikasikan model konseptual konservasi energi Myra E. Levine, pada anak yang masalah infeksi respirasi, gangguan keseimbangan cairan dan infeksi saluran cerna:</p> <p>A. Brochiolitis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan pengkajian berdasarkan prinsip konservasi. <ol style="list-style-type: none"> a. Konservasi energi: batuk non produktif, dispnea, adanya retraksi dinding dada, pernafasan cuping 	Praktik <i>bed side teaching</i>	12 Maret s/d 20 April 2012	IKA RSCM (Infeksi)

		<p>hidung, takipnea dengan RR> 70x/mnt, sianosis, adanya suara mengi, anak tampak lemah dan lesu, nafsu makan menurun, sulit minum.</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Integritas struktur: bunyi nafas buruk, pemeriksaan laboratorium ditemukan adanya RSV, analisa gas darah abnormal. c. Integritas personal: ketakutan terhadap pengobatan dan prosedur yang dilakukan, lingkungan yang tidak biasa. d. Integritas sosial: berpisah dengan orang tua, saudara dan teman sebaya. <p>2. Menentukan tropicognosis sesuai dengan masalah yang mungkin ditemukan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pola nafas tidak efektif b. Nutrisi kurang dari kebutuhan c. Kekurangan volume cairan d. Intoleransi aktifitas e. Cemas <p>3. Merumuskan hipotesis.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tindakan penghematan energi b. Pemberian posisi yang nyaman c. Pemantauan tanda-tanda vital dan suara nafas secara teratur. d. Monitoring dan kolaborasi. e. Pencegahan dehidrasi dengan pemberian cairan intravena selama fase akut. f. Pemberian cairan oral secara hati-hati jika tidak ada takipnea g. Pemberian nutrisi adekuat h. Tindakan mengurangi ansietas dan ketakutan i. Pendidikan kesehatan pada orang tua. 			
--	--	--	--	--	--

		<p>4. Melaksanakan intervensi keperawatan sesuai hipotesis yang sudah dirumuskan.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan obat-obatan (oral, sub kutan, intra muskuler, dan intarvena) b. Memberikan pendidikan kesehatan pada orang tua c. Mengembangkan program bermain pada anak usia toddler, pra sekolah dan sekolah dengan masalah hospitalisasi dan akan menjalani tindakan invasif d. Merancang <i>play library</i> yang mendukung praktik di rumah sakit e. Membantu proses pembelajaran tuntas anak dengan hospitalisasi f. Melakukan bimbingan antisipasi g. Menggunakan komunikasi <i>therapeutik</i> dan hubungan interpersonal dalam memberikan asuhan keperawatan h. Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang nyaman i. Melakukan pendelegasian dan supervisi dalam pelayanan keperawatan j. Memberikan konsultasi pada perawat klinik k. Mengelola pelayanan keperawatan di ruang anak l. Merancang program <i>follow up</i> kasus klien pasca rawat di rumah sakit m. Memberikan bimbingan konsultasi terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan perawat n. Berkolaborasi dengan tim kesehatan lain o. Melaksanakan tehnik dan prosedur dalam keperawatan anak dengan penyakit infeksi <p>5. Evaluasi Menilai respon organisme :</p>			
--	--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> a. Pola nafas efektif b. Kebutuhan nutrisi dan cairan terpenuhi secara adekuat c. Istirahat dan tidur dengan tenang. d. Cemas berkurang e. Orang tua selalu mendampingi anak. <p>6. Pendokumentasian asuhan keperawatan</p> <p>7. Mengidentifikasi praktik keperawatan anak yang tidak etis dan illegal dalam pelayanan keperawatan.</p> <p>B. DHF</p> <p>1. Melaksanakan pengkajian dengan prinsip konservasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Konservasi energi: demam 5-7 hari, keadaan umum lemah, mual, muntah, membrane mukosa kering, nafsu makan menurun, nyeri otot, tulang sendi, abdomen, dan ulu hati, sakit kepala. b. Integritas struktur: Perdarahan terutama perdarahan bawah kulit, ptechie, echymosis, hematoma, tanda-tanda renjatan (sianosis, kulit lembab dan dingin, tekanan darah menurun, gelisah, capillary refill lebih dari dua detik, nadi cepat dan lemah), epistaksis, hematemisis, melena, hematuri c. Integritas personal: berpisah dari orang tua, lingkungan yang tidak biasa, prosedur yang menimbulkan distres d. Integritas sosial: tidak bisa bermain seperti biasanya, anak murung, menjadi pendiam, rewel atau menolak petugas kesehatan. <p>2. Tropicognosis</p> <ul style="list-style-type: none"> f. Ketidakseimbangan volume cairan <ul style="list-style-type: none"> a. Nutrisi kurang dari kebutuhan 			
--	--	---	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> b. Risiko syok hipovolemik c. Ansietas <p>3. Hipotesis</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pemberian cairan rehidrasi b. Pemberian nutrisi adekuat c. Tindakan pencegahan syok hipovolemik d. Orang tua membutuhkan pendidikan kesehatan yang benar tentang perawatan anak diare. <p>4. Intervensi keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memberikan tindakan keperawatan langsung berdasarkan hipotesis yang telah dirumuskan. b. Memberikan obat-obatan (oral, sub kutan, intra muskuler, dan intravena) c. Memberikan pendidikan kesehatan pada orang tua d. Mengembangkan program bermain pada anak usia toddler, pra sekolah dan sekolah dengan masalah hospitalisasi dan akan menjalani tindakan invasif e. Membantu proses pembelajaran tuntas anak dengan hospitalisasi f. Melakukan bimbingan antisipasi g. Menggunakan komunikasi terapeutik dan hubungan interpersonal dalam memberikan asuhan keperawatan h. Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang nyaman i. Melakukan pendelegasian dan supervisi dalam pelayanan keperawatan j. Memberikan konsultasi pada perawat klinik k. Mengelola pelayanan keperawatan di ruang anak l. Merancang program <i>follow up</i> kasus klien pasca 			
--	--	---	--	--	--

		<p>rawat di rumah sakit</p> <p>m. Memberikan bimbingan konsultasi terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan perawat</p> <p>n. Berkolaborasi dengan tim kesehatan lain.</p> <p>5. Evaluasi</p> <p>a. Pasien memperlihatkan tanda rehidrasi dan mempertahankan hidrasi adekuat.</p> <p>b. Mendapatkan nutrisi adekuat sesuai program dan memperlihatkan peningkatan BB .</p> <p>c. Tidak terjadi syok hipovolemik</p> <p>d. Memperlihatkan tanda distress fisik atau emosional yang minimal dan orang tua berpartisipasi dalam perawatan.</p> <p>6. Pendokumentasian asuhan keperawatan</p> <p>7. Mengidentifikasi praktik keperawatan anak yang tidak etis dan illegal dalam pelayanan keperawatan</p> <p>C. Diare/Infeksi saluran cerna</p> <p>1. Melaksanakan pengkajian dengan prinsip konservasi :</p> <p>a. Konservasi energi: keadaan umum lemah, berkurangnya haluaran urine, berat badan menurun, membrane mukosa kering, turgor kulit jelek, ubun-ubun cekung, kulit pucat dingin serta kering, riwayat mengkonsumsi makanan terkontaminasi.</p> <p>b. Integritas struktur: hasil laboratorium menunjukkan infeksi saluran cerna, kulit kemerahan di sekitar anus, hasil pemeriksaan feces menunjukkan adanya organisme dalam tinja.</p> <p>c. Integritas personal: berpisah dari orang tua, lingkungan yang tidak biasa, prosedur yang</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>menimbulkan distres</p> <p>d. Integritas sosial: tidak bisa bermain seperti biasanya, anak murung, menjadi pendiam, rewel atau menolak petugas kesehatan.</p> <p>2. Tropicognosis</p> <p>d. Kekurangan volume cairan</p> <p>a. Nutrisi kurang dari kebutuhan</p> <p>b. Risiko menularkan infeksi</p> <p>c. Kerusakan integritas kulit</p> <p>d. Ansietas</p> <p>3. Hipotesis</p> <p>e. Pemberian cairan rehidrasi</p> <p>a. Pemberian nutrisi adekuat</p> <p>b. Tindakan pencegahan penularan infeksi</p> <p>c. Perawatan kulit di sekitar anus</p> <p>d. Orang tua membutuhkan pendidikan kesehatan yang benar tentang perawatan anak diare.</p> <p>4. Intervensi keperawatan</p> <p>a. Memberikan tindakan keperawatan langsung berdasarkan hipotesis yang telah dirumuskan.</p> <p>b. Memberikan obat-obatan (oral, sub kutan, intra muskuler, dan intarvena)</p> <p>c. Memberikan pendidikan kesehatan pada orang tua</p> <p>d. Mengembangkan program bermain pada anak usia toddler, pra sekolah dan sekolah dengan masalah hospitalisasi dan akan menjalani tindakan invasif</p> <p>e. Membantu proses pembelajaran tuntas anak dengan hospitalisasi</p> <p>f. Melakukan bimbingan antisipasi</p>			
--	--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> g. Menggunakan komunikasi therapeutik dan hubungan interpersonal dalam memberikan asuhan keperawatan h. Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang nyaman i. Melakukan pendelegasian dan supervisi dalam pelayanan keperawatan j. Memberikan konsultasi pada perawat klinik k. Mengelola pelayanan keperawatan di ruang anak l. Merancang program <i>follow up</i> kasus klien pasca rawat di rumah sakit m. Memberikan bimbingan konsultasi terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan perawat n. Berkolaborasi dengan tim kesehatan lain. <p>5. Evaluasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien memperlihatkan tanda rehidrasi dan mempertahankan hidrasi adekuat. b. Mendapatkan nutrisi adekuat sesuai program dan memperlihatkan peningkatan BB . c. Infeksi tidak menyebar ke orang lain d. Tidak terlihat adanya kerusakan integritas kulit di daerah perianal seperti kemerahan atau lecet. e. Memperlihatkan tanda distress fisik atau emosional yang minimal dan orang tua berpartisipasi dalam perawatan. <p>6. Pendokumentasian asuhan keperawatan</p> <p>7. Mengidentifikasi praktik keperawatan anak yang tidak etis dan illegal dalam pelayanan keperawatan</p>			
5	Mahasiswa mampu	Melaksanakan asuhan keperawatan dengan mengaplikasikan model konseptual konservasi energi Myra E. Levine, pada	Praktik <i>bed side teaching</i>	13 Pebruari s/d 20 April	IKA Infeksi RSCM

	<p>memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit Infeksi yaitu Bronchiolitis dan Meningitis</p>	<p>anak dengan masalah HIV/AIDS dan infeksi persyarafan:</p> <p>A. HIV AIDS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan pengkajian dengan prinsip konservasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Konservasi energi: demam, lemas, penurunan berat badan, diare kronis, perdarahan, sesak nafas. b. Integritas struktur: limfadenopati, bercak-bercak di kulit, infeksi yang menyebar, candidiasis mulut, c. Integritas personal: kelumpuhan, gangguan penglihatan, kelemahan umum, berpisah dari orang tua, lingkungan yang tidak biasa, prosedur yang menimbulkan distres d. Integritas social: tidak bisa bermain seperti biasanya, anak murung, menjadi pendiam, rewel atau menolak petugas kesehatan. 2. Tropicognosis <ol style="list-style-type: none"> a. Risiko infeksi b. Risiko kekurangan volume cairan c. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan d. Nyeri e. Perubahan membrane mukosa oral f. Intoleransi aktifitas g. Risiko perubahan pertumbuhan dan perkembangan 3. Hipotesis <ol style="list-style-type: none"> a. Monitoring dan kolaborasi b. Pencegahan dan penanggulangan infeksi c. Pencegahan dehidrasi dan pemberian cairan adekuat d. Pemberian nutrisi adekuat e. Tindakan penanganan nyeri f. Penanganan kerusakan mukosa g. Bantuan pemenuhan ADL 		2011	
--	---	---	--	------	--

		<ul style="list-style-type: none"> h. Pemantauan dan dukungan tumbuh kembang i. Pendidikan kesehatan pada orang tua <p>4. Intervensi keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memberikan tindakan keperawatan langsung berdasarkan hipotesis yang telah dirumuskan. b. Memberikan obat-obatan (oral, sub kutan, intra muskuler, dan intarvena) c. Memberikan pendidikan kesehatan pada orang tua d. Mengembangkan program bermain pada anak usia toddler, pra sekolah dan sekolah dengan masalah hospitalisasi dan akan menjalani tindakan invasif e. Merancang <i>play library</i> yang mendukung praktik di rumah sakit f. Membantu proses pembelajaran tuntas anak dengan hospitalisasi g. Melakukan bimbingan antisipasi h. Menggunakan komunikasi therapeutic dan hubungan interpersonal dalam memberikan asuhan keperawatan i. Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang nyaman j. Melakukan pendelegasian dan supervisi dalam pelayanan keperawatan k. Memberikan konsultasi pada perawat klinik l. Mengelola pelayanan keperawatan di ruang anak m. Merancang program <i>follow up</i> kasus klien pasca rawat di rumah sakit n. Memberikan bimbingan konsultasi terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan perawat o. Berkolaborasi dengan tim kesehatan lain. 			
--	--	---	--	--	--

		<p>5. Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi berkelanjutan b. Tidak menunjukkan tanda-tanda kekurangan volume cairan c. Nutrisi dan cairan terpenuhi sesuai kebutuhan d. Menunjukkan penurunan rasa nyeri e. Kebutuhan ADL terpenuhi f. Menunjukkan tumbuh kembang sesuai tahapan usia g. Orang tua berpartisipasi dalam perawatan anak <p>6. Pendokumentasian asuhan keperawatan</p> <p>7. Mengidentifikasi praktik keperawatan anak yang tidak etis dan illegal dalam pelayanan keperawatan</p> <p>B. Meningitis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan pengkajian dengan prinsip konservasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Konservasi energi: lesu, mudah terkena rangsang, demam, muntah penurunan nafsu makan, nyeri kepala b. Integritas struktur: penurunan kesadaran, kejang, paresis atau paralisis, kaku kuduk, silau, penglihatan ganda. c. Integritas personal: kelemahan umum, berpisah dari orang tua, lingkungan yang tidak biasa, prosedur yang menimbulkan distress d. Integritas social: tidak bisa bermain seperti biasanya, anak murung, menjadi pendiam, rewel atau menolak petugas kesehatan. 2. Tropicognosis <ol style="list-style-type: none"> a. Gangguan perfusi jaringan cerebral 			
--	--	---	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> b. Risiko terhadap trauma c. Nyeri d. Gangguan pemenuhan ADL e. Ansietas <p>3. Hipotesis</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitoring dan kolaborasi a. Perbaikan perfusi cerebral b. Pemberian nutrisi adekuat c. Pemenuhan ADL d. Tindakan penanganan nyeri e. Pencegahan trauma f. Pendidikan kesehatan pada orang tua <p>4. Intervensi keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memberikan tindakan keperawatan langsung berdasarkan hipotesis yang telah dirumuskan. b. Memberikan obat-obatan (oral, sub kutan, intra muskuler, dan intarvena) c. Memberikan pendidikan kesehatan pada orang tua d. Mengembangkan program bermain pada anak usia toddler, pra sekolah dan sekolah dengan masalah hospitalisasi dan akan menjalani tindakan invasif e. Merancang <i>play library</i> yang mendukung praktik di rumah sakit f. Membantu proses pembelajaran tuntas anak dengan hospitalisasi g. Melakukan bimbingan antisipasi h. Menggunakan komunikasi therapeutic dan hubungan interpersonal dalam memberikan asuhan keperawatan i. Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang 			
--	--	---	--	--	--

		<p>nyaman</p> <p>j. Melakukan pendelegasian dan supervisi dalam pelayanan keperawatan</p> <p>k. Memberikan konsultasi pada perawat klinik</p> <p>l. Mengelola pelayanan keperawatan di ruang anak</p> <p>m. Merancang program <i>follow up</i> kasus klien pasca rawat di rumah sakit</p> <p>n. Memberikan bimbingan konsultasi terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan perawat</p> <p>o. Berkolaborasi dengan tim kesehatan lain.</p> <p>5. Evaluasi</p> <p>h. Menunjukkan perbaikan tingkat kesadaran</p> <p>a. Menunjukkan penurunan rasa nyeri</p> <p>b. Kebutuhan ADL terpenuhi</p> <p>c. Nutrisi dan cairan terpenuhi sesuai kebutuhan</p> <p>d. Orang tua berpartisipasi dalam perawatan anak</p> <p>6. Pendokumentasian asuhan keperawatan</p> <p>7. Mengidentifikasi praktik keperawatan anak yang tidak etis dan illegal dalam pelayanan keperawatan</p>			
--	--	--	--	--	--

Praktikan

(N.L.K Sulisnadewi)

Supervisor Utama

Supervisor

(Nani Nurhaeni,S.Kp., MN)

(Happy Hayati, NS., Sp.Kep.An.)

Implementasi kasus kelolaan 3

Aplikasi teori konservasi dalam Asuhan keperawatan pada anak dengan diare, gizi buruk marasmik di Gedung A lantai I IKA RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta

TGL/ JAM	TROP	IMPLEMENTASI	EVALUASI
2-4- 2012 14.00	1,2,3, 4	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor kondisi klien, catatan perkembangan, status dehidrasi, dan asupan nutrisi, perubahan program terapi 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, mukosa bibir lembab, asupan dari jam 08.00 – 14.00 = 240 cc berupa susu formula pregestimil dan resomal yang diberikan lewat NGT dan sebagian lewat oral, haluaran: 100 cc dari urine dan feces. BB = 4,455 Kg. Diet pregitimil 8 x 90 cc.
15.00	1,2 1,2,6, 7	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Memberi penjelasan kepada keluarga tentang perawatan yang akan dilakukan, ikut memantau masukan dan haluaran cairan dan tanda-tanda dehidrasi, menekankan 5 waktu mencuci tangan. 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,1⁰ C, N: 120 X/mnt RR 36 x/mnt. • Ibu menyatakan memahami penjelasan yang diberikan • Keluarga menyatakan kesediaannya melaksanakan anjuran petugas.
	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan buku tulis dan menjelaskan cara mencatat asupan dan keluaran cairan dan nutrisi anak 	<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga memahami penjelasan yang diberikan, dan menyatakan kesediaan untuk mencatat asupan dan keluaran cairan dan nutrisi sesuai arahan.
18.00	1,2 1,2,3, 5	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Menekankan pada keluarga untuk memberikan anak susu formula sesuai program, mengamati respon 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 37,1⁰ C, N: 130 X/mnt RR 32 x/mnt. Obat sudah diminumkan. • Keluarga memahami penjelasan yang diberikan dan menyatakan kesediaannya untuk melaksanakan anjuran

		<p>anak dan tetap mencoba secara pemberian susu per oral disamping melalui sonde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan keluarga untuk berhati-hati memberikan susu melalui sonde , mengatur kecepatan alirannya agar tidak terlalu cepat, membilas dengan air putih, mencuci tabung dan selang setiap kali habis dipakai. 	
19.00	1,2,7 3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan keluarga untuk selalu mengganti popok setiap kali klien BAB, membersihkan dan mengeringkan daerah anus vagina serta memberi zalf pada daerah yang teriritasi. 	
20.00		<ul style="list-style-type: none"> • Injeksi cefotaksim 100 mg IV diberikan (hari ke 4) 	
20.30	1,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan dan haluaran, asupan nutrisi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Asupan dan haluaran sejak jam 14 sampai jam 20.00, asupan susu 185cc cc. Haluaran : BAB 100 cc, muntah kurang lebih 30 cc, IWL = 45 cc = 175 cc. Balans = +10.
3-4-2012 08.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, mukosa bibir lembab. Berdasarkan data dari dokumentasi, klien tadi malam muntah cukup banyak kurang lebih 100 cc, mukosa bibir kering, balans negatif 125 cc, disimpulkan mengalami dehidrasi ringan sedang. Klien kemudian diberikan IVFD KaEn 3B 13 ml/jam. Resomal tetap diberikan bila mencret.

			<p>Balans (pukul 22.00-06.00) asupan: oral 120 cc, IVFD 48 cc = 168 cc, Haluaran : BAB dan urine 105 cc, IWL 60 cc = 165. Kesan : balans seimbang, dan tidak ada tanda dehidrasi, sehingga IVFD distop, resomal tetap diberikan 40 cc tiap kali BAB. Berat badan yang ditimbang pagi = 4,320 kg</p>
09.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,3⁰ C, N: 118 X/mnt RR 36 x/mnt.
	7	<ul style="list-style-type: none"> • Memberi penjelasan pada keluarga tentang kemungkinan penyebab malnutrisi dan diare yang terjadi pada anak 	<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga menyatakan memahami penjelasan yang diberikan .
	3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi kulit di sekitar anus dan vagina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Masih terdapat kemerahan di sekitar anus. Tidak ada tanda-tanda kemerahan di sekitar vagina.
	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan keluarga untuk memberi anak resomal 40 cc 	<ul style="list-style-type: none"> • Anak diberikan resomal 40 cc per NGT, karena sedang tidur.
12.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Injeksi cefotaksim 100 mg IV diberikan (hari ke 5). 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,9⁰ C, N: 130 X/mnt RR 36 x/mnt.
14.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula 190 cc, resomal 80 cc = 270 cc. Haluaran: urine dan BAB 230 cc, muntah kurang lebih 30 cc, IWL 43 cc = 303 cc. Balans = -33
4-4-2012 20.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Berdasarkan data dari dokumentasi, susu tidak masuk 2 kali pada malam hari. Pukul 07.30 klien tampak irritable,

			<p>turgor kulit turun, mukosa bibir kering. Dianalisa klien mengalami dehidrasi ringan sedang. Dilakukan rehidrasi dengan resomal 315 ml / hari (105 ml/jam) per dot. Hasil konsul nefrologi, kesan ISK dan klien mendapat tambahan terapi kotrimoksasole 2 x ½ cth. Klien juga mendapat tambahan terapi metronidasole 3 x 30 mg IV dari bagian nutrisi dan metabolik. Saat ini, keadaan umum baik, klien tampak lebih ceria, sudah mau didekati, bermain di tempat tidur dan tersenyum pada petugas, turgor kulit cukup, mukosa bibir masih tampak kering. Balans / 8 jam (06-14)= + 270. BB pagi = 4,145</p>
20.10	1,4	<ul style="list-style-type: none"> • Injeksi cefotaksim 100 mg (hari ke 6) diberikan. 	
21.00	1,2,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Menekankan pada ibu untuk memberi anak susu pukul 24.00 dan pukul 03.00. 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,5⁰ C, N: 132 X/mnt RR 36 x/mnt. • Ibu menyatakan memahami kesediaannya melaksanakan anjuran petugas.
00.00	1,2,4	<ul style="list-style-type: none"> • Mengganti stopper karena bengkak. • Injeksi cefotaksim 100 mg 	<ul style="list-style-type: none"> • Stoper dipasang di kaki kiri, ceotaksm 100 mg IV sudah diberikan.
5-4-2012			
00.30	1,2, 4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau asupan nutrisi dan memberi obat oral 	<ul style="list-style-type: none"> • Susu 90 cc sudah diberikan, obat oral kotrimoksasole ½ cth syrup sudah diberikan
01.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau toleransi terhadap asupan nutrisi 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien muntah kurang lebih 80 cc.
04.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau asupan nutrisi dan toleransi terhadap asupan nutrisi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Susu formula 90 cc dan air putih 5 cc sudah diberikan, klien tidak muntah.
	1,4	<ul style="list-style-type: none"> • Injeksi cefotaksim 100 mg (hari ke 6) dan 	

06.00	1,2 1,2 4	metronidazole 30 mg IV diberikan <ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital. • Menimbang berat badan • Mengevaluasi integritas kulit di sekitar perineal. • Menganjurkan ibu untuk merawat kulit yang teriritasi 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,1⁰ C, N: 130 X/mnt RR 32 x/mnt. • BB = 4, 265 kg. • Iritasi sudah berkurang, kulit sudah tidak kemerahan. Namun di daerah vagina mulai tampak merah
07.30	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau asupan nutrisi • Memantau kondisi klien, asupan dan haluaran 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien sedang diberikan susu formula 90 cc/ NGT. • Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit cukup, akral hangat. Asupan dan haluaran sejak jam 21.00 sampai jam 07.00, asupan susu 380 cc, Haluaran : feces, urine dan muntah 310 cc.
5-4-2012 20.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, tidak demam, kesadaran compos mentis, turgor cukup, akral hangat. Balans / 8 jam = + 68. BB pagi = 4,265. Injeksi cefotaksim sudah distop. Diet klien sudah mengalami perubahan menjadi pregistiil 4 x 90 cc, 4 x 120 cc (instruksi bagian nutrisi metabolik tanggal 5-4-2012 pukul 09.00).
21.00	1,2,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,7⁰ C, N: 120 X/mnt RR 36 x/mnt.
21.45	1,2, 4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien dan asupan nutrisi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Susu hanya masuk 90 cc obat, klien muntah kurang lebih 30 cc, ibu sudah memberikan resomal kurang lebih 40 cc.
5-4-2012 01.30	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau asupan nutrisi dan obat oral 	<ul style="list-style-type: none"> • Susu formula 90 cc dan air putih 5 cc sudah diberikan, klien tidak muntah. Obat oral kotrimoksazole sudah diberikan.

04.00	1,4	<ul style="list-style-type: none"> • Injeksi metronidazole 30 mg IV diberikan 	
06.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital. • Menimbang berat badan 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 37⁰ C, N: 140 X/mnt RR 36 x/mnt. • BB = 4,355 kg.
07.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau asupan nutrisi 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien sudah diberikan susu formula 90 cc/ NGT dan air putih 5 cc.
07.30	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan dan haluaran 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit cukup, akral hangat. Asupan dan haluaran sejak jam 21.00 sampai jam 07.00, asupan susu 440 cc, Haluaran : feces, urine dan muntah 410 cc.
7-4-2012 08.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, klien tampak lebih ceria, sudah mau bercanda dan tersenyum pada petugas. Kesadaran compos mentis, mukosa bibir lembab. Menurut ibu, frekwensi BAB sudah berkurang, dan sudah lebih banyak ampas dari pada air. Berat badan yang ditimbang pagi = 4,390 kg.
09.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,5⁰ C, N: 120 X/mnt RR 32 x/mnt.
12.00	1,2 1,2,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Injeksi metronidasole 30 mg IV diberikan. 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,9⁰ C, N: 130 X/mnt RR 36 x/mnt.
14.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula 200 cc, resomal 50 cc = 250 cc Haluaran : urine dan feces 130 cc, IWL 44 cc = 174 cc, Balans = +76

9-4-2012 08.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, mukosa bibir lembab. frekwensi BAB sudah berkurang, dan sudah lebih banyak ampas dari pada air. Berat badan yang ditimbang pagi = 4,495 kg. Metronidasole sudah diganti per oral (3 x 30 mg po)
09.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36⁰ C, N: 128 X/mnt RR 32 x/mnt.
11.25	3	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobervasi kondisi kulit perineal dan vagina 	<ul style="list-style-type: none"> • Iritasi di sekitar perineal sudah sembuh, namun di vagina masih kemerahan. Ibu sudah membersihkan, mengeringkan dan mengoleskan zalf myco-z di daerah yang teriritasi.
12.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36⁰ C, N: 120 X/mnt RR 36 x/mnt.
12.30	1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau asupan nutrisi dan obat oral. • Menganjurkan ibu untuk memperlambat kecepatan aliran susu dari NGT dan mencoba memberikan sebagian per oral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien hanya diberikan 90 cc susu formula dari 120 cc , karena klien muntah. Ibu mengatakan klien sering muntah bila susunya diberikan 120 cc. Obat oral sudah diberikan
13.00	5	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan stimulasi bicara untuk anak sesuai usia klien. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu memahami penjelasan yang diberikan
14.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, <i>asupan</i> dan <i>haluaran</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula 185 cc, resomal 40 cc = 225 cc. Haluaran : urine feses dan muntah 250 cc, IWL 45 cc = 295 cc. Balans = -70 cc.
10-4-2012 08.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis,

09.00	1,2 3	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Memberikan ibu panduan stimulasi perkembangan anak . Menganjurkan ibu untuk membaca dan menerapkannya. 	<p>mukosa bibir lembab. frekwensi BAB 2 kali sejak kemarin, konsistensi lembek. Berat badan yang ditimbang pagi = 4,585 kg.</p> <ul style="list-style-type: none"> • S: 36,7⁰ C, N: 118 X/mnt RR 28 x/mnt. • Ibu memahami penjelasan yang diberikan dan akan melaksanakan anjuran petugas.
12.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36⁰ C, N: 120 X/mnt RR 36 x/mnt.
12.30	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau asupan nutrisi dan obat oral 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien masih tetap diberikan susu formula sesuai program 4 x 90 cc dan 4 x 120 cc, disarankan lebih banyak per oral. Tetapi menurut ibu klien hanya mau sedikit per oral, dan sisanya diberikan per NGT, klien tidak muntah. Obat oral sudah diberikan.
14.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, <i>asupan</i> dan <i>haluaran</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula 215 cc. Haluaran: urine dan feses 90 cc, IWL 46 cc = 136 cc, Balans = +125
11-4-2012 08.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, mukosa bibir lembab. frekwensi BAB 1 kali sejak kemarin, konsistensi lembek. Berat badan yang ditimbang pagi = 4,465 kg.
09.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Membaca hasil konsul bedah 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,2⁰ C, N: 120 X/mnt RR 28 x/mnt. • Hasil konsul bedah, klien direncanakan dilakukan

12.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<p>fistulografi dan kolostomi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • S: 36⁰ C, N: 120 X/mnt RR 36 x/mnt.
12.30	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau asupan nutrisi dan obat oral 	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan klien sudah lebih banyak minum susu per oral dibandingkan dengan per NGT. Obat oral sudah diberikan.
14.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula 215 cc. Haluaran: urine feses 70 cc, IWL 45 cc =115 cc, balans =+ 100.
12-4-2012 08.00	1,2 1,2,3, 4,5	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien • Memberi penjelasan pada keluarga <ul style="list-style-type: none"> - melanjutkan perawatan di rumah. - Tetap menjaga asupan nutrisi klien dan memberi obat sesuai program - Kontrol ke poli bedah dan poli gizi sesuai jadwal. - Memantau tumbuh kembang klien dan memberi stimulasi sesuai dengan usia anak. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, mukosa bibir lembab. frekwensi BAB 1 kali sejak kemarin, konsistensi lembek. Berat badan yang ditimbang pagi = 4,575 kg. Hasil konsul bedah tanggal 11-4-2012, klien rencana dilakukan fistulografi dan kolostomi. Klien hari ini diijinkan pulang.

Kasus kelolaan 1

**APLIKASI TEORI KONSERVASI DALAM
ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN DIARE,
HEMIPARESE DEKSTRA DI GEDUNG A LANTAI I IKA
RSUPN CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA**

A. Data Dasar

1. Identitas

Nama Anak : An. Fitri
 Tempat/ Tgl. Lahir/Usia : Jakarta, 18 Oktober 2010
 Alamat : Jalan Rawa Jaya II RT 001/06 Pisangan
 Timur Pulo Gadung Jakarta Timur
 Nama Ayah/Ibu : Tn.S
 Pekerjaan Ayah/Ibu : Swasta
 Pendidikan Ayah/Ibu : SMA

2. Status Kesehatan Anak

a. Keluhan utama:

BAB cair lebih dari 3 kali

b. Riwayat penyakit:

- 1) Sekitar 5 bulan yang lalu, klien tidak bisa berjalan, ekstremitas tampak lebih aktif yang sebelah kiri. Keluhan ini didahului dengan demam tinggi, tidak kejang, klien kemudian dirawat di salah satu rumah sakit selama 1 minggu. Hasil pemeriksaan darah dan rontgen dikatakan normal. Hasil pemeriksaan *ct-scan* terdapat kelainan susunan saraf pusat (SSP). Menurut keluarga perubahan tidak begitu banyak. Pasien kemudian dibawa berobat ke pengobatan alternative, dan dikasi sejenis ramuan.
- 2) Sejak 1 bulan yang lalu, pasien mulai bisa duduk lagi, namun pasien mengalami demam lagi, tidak kejang dan pasien tampak lemas.
- 3) Tanggal 12 maret 2013, pasien demam tinggi, kejang, tubuh kaku, lama kejang kurang lebih 1 menit, berhenti sendiri. Pasien kemudian dibawa ke poli umum RSCM, dan disarankan dirawat, namun keluarga menolak, dengan alasan belum membawa

persiapan apa-apa, dan tidak ada yang menjaga anak sulungnya di rumah.

- 4) Tanggal 13 maret 2012, klien mengalami BAB cair dan demam. Klien kemudian dibawa ke RSCM lagi dan dirawat di UGD dengan diagnosa utama diare akut dehidrasi sedang. Di UGD dilakukan rehidrasi dan tanggal 14 Maret 2012 klien dikirim untuk dirawat di Gedung A lantai 1 IKA RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta.
- 5) Saat pengkajian klien mengalami diare cair ampas sebanyak 2 kali sejak tadi malam, minum masih per NGT, makan bubur sekitar 2-3 sendok , klien lebih banyak tidur. Keluarga juga mengatakan nafsu makan klien mulai menurun sejak sekitar 20 hari sebelum masuk rumah sakit. Minum susu sedikit-sedikit.

c. Diagnosa medis :

- 1) Diare akut tanpa dehidrasi
- 2) Hemiparesis dekstra tersangka lesi *upper motor neuron* (UMN)
- 3) Subdural fluid collection
- 4) Kejang Demam Komplek (KDK)

d. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

Ibu mengatakan tidak ada keluhan selama hamil, An. F adalah anak kedua dari 2 bersaudara, lahir SC atas indikasi bekas SC 1 kali, dengan BB lahir 2900 g, dan panjang badan 49 cm.

e. Riwayat imunisasi : lengkap.

f. Hasil pemeriksaan laboratorium:

Tanggal 12 Maret 2012:

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL	SATUAN
Hemoglobin	12,6	11,5 – 15,5	g/dl
Hematokrit	36,4	35 - 45	%
Eritrosit		3,90 – 5,30	10 ⁶ /UL
Trombosit	4,8	150 – 400	10 ³ /UL
Leukosit	22,350	6,00 – 17,50	10 ³ /UL
Elektrolit			
a. Kalium	137	132 – 147	mEq/L
b. Natrium	5,45	3,30 – 5,40	mEq/L
c. Kalsium	9,9	9,0 – 11,0	mEq/L

g. Hasil pemeriksaan CT-Scan kepala:

Subdural fluid collection frontal, atropi cerebri.

h. Therapi:

- 1) Cefotaksim 3 x 175 mg IV
- 2) Fenobarbital 2 x 15 mg IV
- 3) Paracetamol 3 x 100 mg po
- 4) Pedialyte 80 ml setiap kali BAB
- 5) Zink 1 x 20 mg po.

B. Pengkajian Teori Konservasi

a. Perubahan lingkungan internal

Klien mengalami kelemahan pada sisi kanan tubuh, kesadaran somnolen, hasil *CT-Scan* menunjukkan adanya cairan di daerah subdural dan terjadi atropi serebri, BAB cair dan tidak mau makan, nutrisi diberikan per NGT.

b. Perubahan lingkungan eksternal

Menurut keluarga, klien tinggal di lingkungan yang cukup bersih. Klien dirawat di sebuah ruangan ber AC bersama 5 pasien lainnya dengan penyakit-penyakit infeksi.

c. Konservasi energi

Anak tampak lemah, kadang-kadang menangis, tidak bisa melakukan aktifitas, hanya terbaring di tempat tidur. BAB 2 kali sejak tadi malam dengan konsistensi cair dan ada ampas. Klien diberi makanan lunak, berupa bubur, tetapi hanya bisa masuk kurang lebih 3 sendok. Klien juga diberi susu 8 x 60 cc dan renalit 80 cc tiap kali BAB lewat NGT. Menurut ibu, sebelum sakit klien termasuk anak yang tidak sulit makan, namun sejak satu bulan yang lalu, klien susah makan, hanya mau makan makanan yang dihaluskan sekitar 5 sendok tiap kali makan, minum susu juga hanya sedikit-sedikit.

d. Konservasi integritas struktur

Didapatkan adanya kerusakan pada integritas struktur pada otak, dimana terjadi penumpukan cairan dan atropi serebri. Kesadaran somnolen, GCS E4M5V3= 12, hasil pemeriksaan CT-Scan menunjukkan adanya cairan di daerah subdural dan atropi cerebri. suhu 37,1⁰C, nadi: 120 x/mnt, RR: 30x/mnt. Klien juga mengalami diare, mukosa bibir lembab, kaki dan tangan kanan mengalami kelemahan.

e. Konservasi integritas personal

Mengalami penurunan perkembangan motorik kasar. Klien sebelumnya sudah bisa berjalan, namun semenjak sakit. Klien tidak bisa duduk lagi. Apabila ini berlanjut, dapat mengganggu integritas personal klien.

f. Konservasi integritas sosial

Klien ditunggu oleh ibu dan ayahnya. Klien hanya berespon dengan menangis bila dipanggil, kadang masih ada kontak mata, klien lebih banyak tidur. Keluarga sangat cemas dengan kondisi klien. Sering bertanya kenapa anaknya tidur terus.

C. Rencana Keperawatan (Tropicognosis dan Hipotesis).

Tanggal	No	Tropicognosis	Hipotesis	
14-3-2012	1.	Risiko defisit volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan dari traktus gastrointestinal ke dalam feses atau muntahan	<p>Pemberian cairan rehidrasi</p> <p>Tujuan : setelah diberikan tindakan keperawatan tidak terjadi kekurangan volume cairan dengan kriteria tanda vital dalam batas normal turgor elastik , membran mukosa bibir basah, mata tidak cowong, ubun-ubun tidak cekung, konsistensi BAB lembek, frekwensi 1 kali perhari</p>	<p>Intervensi keperawatan:</p> <p>Konservasi energi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan cairan oral dan parenteral sesuai program. 2. Catat asupan dan haluaran. 3. Libatkan keluarga dalam pemberian minum, memantau asupan dan haluaran cairan . <p>Konservasi integritas struktur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tanda-tanda dehidrasi, 2. Timbang BB setiap hari 3. Pantau tanda-tanda vital. 4. Kolaborasi dengan dokter untuk program terapi
14-3-2012	2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan yang berhubungan dengan kehilangan cairan akibat diare dan asupan yang tidak adekuat	<p>Pemberian nutrisi adekuat</p> <p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan nutrisi terpenuhi dengan kriteria, asupan nutrisi sesuai kebutuhan, BB meningkat atau normal sesuai usia.</p>	<p>Konservasi energi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan nutrisi sesuai diit pasien 2. Amati dan catat respon anak terhadap pemberian susu formula. <p>Konservasi Integritas stuktur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan setiap hari 2. Kolaborasi dalam pemberian obat anti mual

14-3-2012	3	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan adanya cairan di otak	Tujuan : setelah diberikan tindakan keperawatan, perfusi jaringan serebral adekuat dengan criteria menunjukkan perbaikan pada tingkat kesadaran, fungsi, fungsi kognitif, motorik dan sensorik, tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intracranial, tanda-tanda vital stabil	Konservasi integritas struktur: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau dan catat status neurologis sesering mungkin dan bandingkan dengan keadaan standar. 2. Pantau tanda-tanda vital 3. Monitor tanda-tanda peningkatan tekanan intracranial 4. Berikan istirahat yang cukup, ciptakan lingkungan yang tenang. 5. Kolaborasi dalam pemberian program terapi.
14-3-2012	4	Risiko kerusakan integritas kulit (dekubitus) berhubungan dengan kelemahan	<p>Klien membutuhkan mobilisasi pasif.</p> <p>Tujuan : setelah diberikan tindakan keperawatan, kerusakan integritas kulit tidak terjadi dengan kriteria tidak ada tanda-tanda dekubitus seperti kemerahan, lecet atau luka di bagian yang tertekan.</p>	Konservasi energi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan cairan yang adekuat untuk hidrasi 2. Berikan masukan makanan dengan jumlah protein dan karbohidrat yang adekuat Konservasi Integritas struktur: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kulit setiap 2 jam dan prn terhadap area tertekan, kemerahan dan pucat. 2. Tempatkan anak pada permukaan yang mengurangi tekanan 3. Ubah posisi dengan sering, kecuali jika

				<p>dikontraindikasikan</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Lindungi titik-titik tekanan (misalnya : trikanter, sakrum, pergelangan kaki, bahu dan oksiput) 5. Pertahankan kebersihan kulit dan kulit dalam keadaan kering. 6. Libatkan keluarga dalam menjaga keutuhan integritas kulit.
14-3-2012	5	<p>Gangguan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan asupan kalori protein yang tidak adekuat, proses katabolisme, dan atrofi serebri (disfungsi otak)</p>	<p>Klien membutuhkan stimulasi tumbuh kembang yang lebih optimal.</p> <p>Tujuan: klien akan mencapai pertumbuhan dan perkembangan sesuai standar usia dengan kriteria: pertumbuhan fisik (ukuran antropometrik) sesuai tahap usia. perkembangan motorik, bahasa/ kognitif dan personal/sosial sesuai tahap usia.</p>	<p>Konservasi integritas struktur dan personal:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ajarkan kepada orang tua tentang standar pertumbuhan fisik dan tugas-tugas perkembangan sesuai usia anak. b. Lakukan pemberian makanan/ minuman sesuai program . c. Lakukan pengukuran antropometrik secara berkala. d. Ajarkan orang tua untuk melakukan stimulasi tingkat perkembangan sesuai dengan usia klien apabila kondisi klien sudah stabil.

				e. Lakukan rujukan ke lembaga pendukung stimulasi pertumbuhan dan perkembangan (Puskesmas/Posyandu)
15-3-2012	6	Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi, kurangnya asupan cairan.	Tindakan menjaga termoregulasi. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien menunjukkan termoregulasi efektif dengan kriteria: suhu tubuh dalam batas normal	Konservasi energi: 1. Pantau suhu setiap 2 jam 2. Pantau status hidrasi 3. Beri kompres hangat 4. Anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang dapat menyerap keringat 5. Kolaborasi dalam pemberian antipiretik.

D. Implementasi

TGL/ JAM	TROP.	IMPLEMENTASI	EVALUASI
14-3- 2012 14.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor kondisi klien, catatan perkembangan, status dehidrasi, dan asupan nutrisi 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, kesadaran samnolen, GCS E4M5V3 = 12, BB: 8,4 Kg. Klien sudah dilakukan LP, masih tunggu hasil. Mukosa bibir lembab, anak hanya makan bubur 2 sendok, asupan dari jam 08.00 – 14.00 = 150 cc berupa susu dan renalyte yang diberikan lewat NGT, haluaran: 160 cc dari urine dan feces.
15.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 37,5⁰ C, N: 120 X/mnt RR 30 x/mnt.
	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memberi penjelasan kepada ibu tentang perawatan yang akan dilakukan, ikut memantau masukan dan haluaran cairan dan tanda-tanda dehidrasi, menekankan 5 waktu mencuci tangan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu menyatakan memahami penjelasan yang diberikan • Keluarga menyatakan kesediaannya melaksanakan anjuran petugas.
18.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,3⁰ C, N: 130 X/mnt RR 32 x/mnt.
	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau asupan nutrisi dan cairan 	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan jam 15.00 anak diberi susu formula 60 cc dan renalyte 80 cc lewat NGT.
19.00	4	<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan keluarga untuk mengubah posisi anak, miring kiri atau miring kanan secara teratur. Ikut memantau dan menjaga kulit di daerah yang tertekan tetap kering dan bersih. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga memahami penjelasan yang diberikan dan menyatakan kesediaannya untuk melaksanakan anjuran
20.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Injeksi cefotaksim 200 	

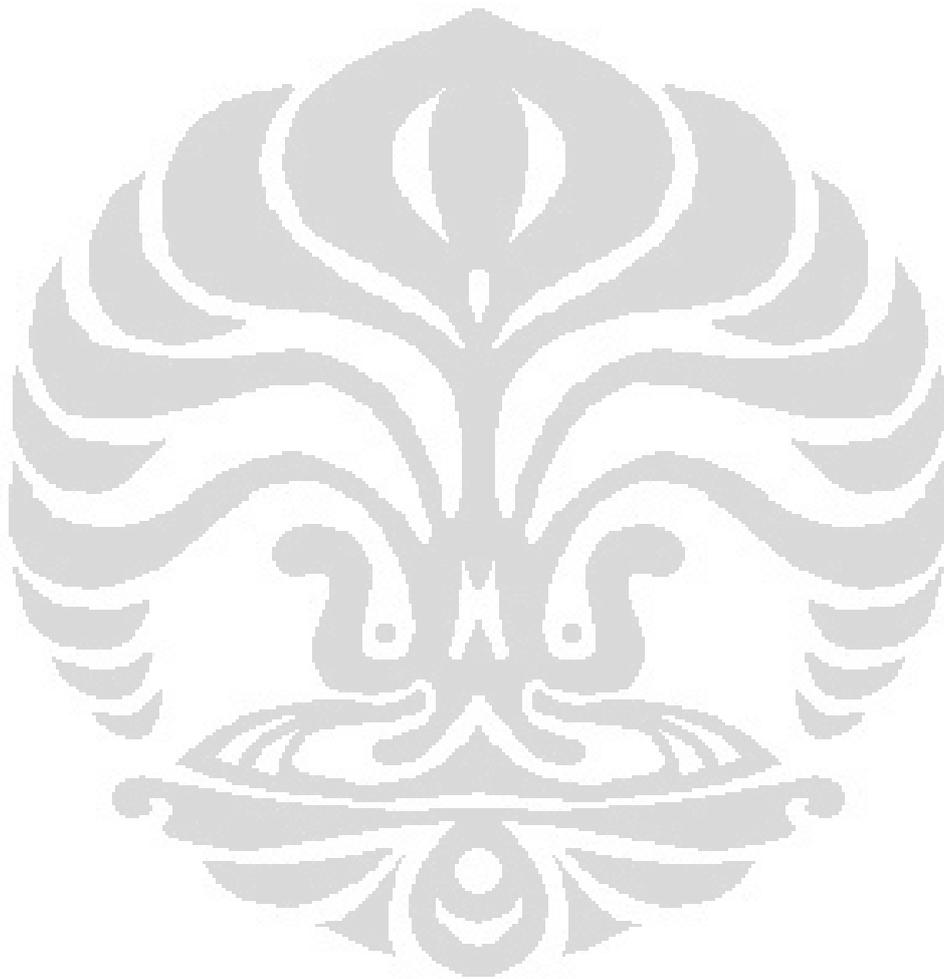
		mg IV diberikan	
	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan dan haluaran, asupan nutrisi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Frekwensi BAB 4 kali sejak pagi, konsistensi cair, ada ampas. Asupan dan haluaran sejak jam 14 sampai jam 20.00, asupan susu 120 cc, renalyte 80 cc. = 200 cc Haluaran : urine 90 cc, BAB 70 cc, IWL 63 cc = 223 cc. Balans = -23, tidak ada tanda-tanda dehidrasi.
15-3-2012	14.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien
	15.00	1,2,3,6	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Memberi kompres hangat dan mengajari keluarga melakukan kompres hangat.
		4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi kulit
	18.00	1,2,3,6	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital
			<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, kesadaran samnolen, GCS E4M5V3 = 12, BB = 8,3 Kg Hasil pemeriksaan LCS tidak sesuai meningitis. Mukosa bibir lembab, diet bubur sudah diganti makanan cair 8 x 120 cc. asupan dari jam 08.00 – 14.00 = 160 cc berupa susu dan renalyte yang diberikan lewat NGT, haluaran: 110 cc dari urine. Tadi siang klien demam, suhu 39,5⁰ C, sudah diberi paracetamol jam 12.00. • S: 37,9⁰ C, N: 120 X/mnt RR 30 x/mnt. • Keluarga menyatakan memahami penjelasan yang diberikan dan menyatakan kesediaannya melaksanakan anjuran petugas. • Integritas utuh, tidak ada tanda-tanda pucat atau kemerahan di daerah yang tertekan. • S: 37,7⁰ C, N: 130 X/mnt RR 32 x/mnt.

	6	<ul style="list-style-type: none"> • Mengukur suhu 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 39,5⁰ C
	6	<ul style="list-style-type: none"> • Memberi paracetamol 100 mg 	<ul style="list-style-type: none"> • Obat oral sudah diminumkan.
	6	<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan ibu untuk memberi kompres hangat 	<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga memahami penjelasan yang diberikan dan menyatakan kesediaannya untuk melaksanakan anjuran
19.00	3	<ul style="list-style-type: none"> • Injeksi cefotaksim 200 mg IV diberikan 	
20.00	1, 2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intracranial. Frekwensi BAB sejak tadi pagi 2 kali. Asupan dan haluaran sejak jam 14 sampai jam 20.00, asupan susu 250 cc, renalyte 80 cc =330 <i>Haluaran</i> : urine dan BAB 150 cc, IWL 62,25 cc= 212,25 cc Balans = + 117,75, tidak ada tanda overload
16-3-2012			
08.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, GCS E4M5V3 = 12. Frekwensi BAB 3 kali sejak tadi malam. Mukosa bibir lembab. BB = 8,5 Kg
09.00	1,2,3, 6	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,6⁰ C, N: 128 X/mnt RR 28 x/mnt.
	4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi kulit 	<ul style="list-style-type: none"> • Integritas utuh, tidak ada tanda-tanda pucat atau kemerahan di daerah yang tertekan.
12.00	1,2,3, 6	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,7⁰ C, N: 130 X/mnt RR 30 x/mnt.
	3	<ul style="list-style-type: none"> • Injeksi cefotaksim 200 mg IV dan fenobarbital 15 mg IV diberikan. 	
	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memberi obat oral 	<ul style="list-style-type: none"> • Obat oral sudah diminumkan.

14.00	1,2	<p>zinkid 20 mg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Asupan dan haluaran sejak jam 08.00 sampai jam 14.00, asupan susu 250 cc, renalyte 80 cc= 330 cc Haluaran : urine dan BAB 200 cc, muntah 30 cc, IWL 64 cc =294 cc. Balans = +36
19-3-2012 08.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien dari data dokumentasi status pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Data dari dokumentasi menunjukkan klien sudah tidak diare sejak tanggal 17 Maret 2012. Hasil pemeriksaan analisa gas darah tanggal 16 Maret 2012 menunjukkan klien mengalami <i>asidosis metabolic anion gap</i>, sudah dilakukan koreksi dengan bicnat 25 mEq dalam D5% 100 ml dalam 24 jam. Sudah dilakukan pemeriksaan AGD post koreksi, dan anion gap sudah menurun, dan tidak ada instruksi koreksi bicnat lagi. Berat badan 9,653 kg. Cefotaksim sudah stop, fenobarbital ganti oral, dosis 2 x 20 mg.
08.30	1,2,4,6	<ul style="list-style-type: none"> • Mengkaji kondisi klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, GCS E4M5V4= 13, mukosa bibir lembab. Balance cairan /8 jam (pukul 21.00 s/d 05.00) asupan susu dan air 525, haluaran : 400 urine dan feces, integritas kulit utuh, menurut keluarga, klien sudah tidak demam sejak kemarin.
09.00	1,2,3,6	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,5⁰ C, N: 118 X/mnt RR 32x/mnt.
10.00	4	<ul style="list-style-type: none"> • Menekankan pada keluarga untuk mengubah posisi klien, miring kanan dan kiri, 	<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga menyatakan memahami penjelasan yang diberikan dan menyatakan kesediaannya melaksanakan

		serta melakukan perawatan kulit di daerah tertekan.	anjuran petugas.
	5	<ul style="list-style-type: none"> Menjelaskan pertumbuhan dan perkembangan sesuai usia anak, dan mengajarkan stimulasi yang bisa diberikan sesuai usia anak, bila kondisinya sudah stabil. 	
12.00	1,2,3,6	<ul style="list-style-type: none"> Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> S: 36,7⁰ C, N: 110 X/mnt RR 28 x/mnt.
	1,2,6	<ul style="list-style-type: none"> Cefotaksim injeksi 200 mg IV diberikan 	
14.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran. Motivasi ibu untuk memberi klien tambahan minum. 	<ul style="list-style-type: none"> Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Balans per 6 jam 08.00 sampai jam 14.00, asupan susu 270 cc. Haluaran : urine dan BAB 280 cc, IWL = 72 cc = 352 cc. Balans = - 82 cc, tidak ada tanda dehidrasi.
20-3-2012 08.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> Keadaan umum lemah, GCS E4M5V4 = 13. Mukosa bibir lembab. Klien sudah tidak demam sejak kemarin, dan tidak diare lagi. Klien sudah bisa makan bubur dan minum per oral sedikit-sedikit. Klien rencana pulang hari ini.
09.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> S: 37⁰ C, N: 120 X/mnt RR 32 x/mnt.
10.00	1,2,3,4,5	<ul style="list-style-type: none"> Memberi pendidikan kesehatan pada orang tua untuk melanjutkan perawatan di rumah. Menekankan untuk memantau asupan nutrisi 	<ul style="list-style-type: none"> Keluarga memahami penjelasan yang diberikan dan menyatakan kesediaan melaksanakan anjuran.

		dan selalu berupaya memberi klien makan sedikit-sedikit tetapi sering, melakukan perawatan kulit, kontrol teratur sesuai anjuran dan memberi stimulasi tumbuh kembang	
--	--	---	--



D. Catatan Perkembangan (Evaluasi/Respon organismik)

TANGGAL/	EVALUASI
<p>14-3-2012 (Sore)</p>	<p>S: Keluarga mengatakan frekwensi BAB 4 kali sejak tadi pagi, klien lebih banyak tidur.</p> <p>O: Keadaan umum lemah, GCS E4M5V3= 12, masih terdapat kelemahan pada kaki dan tangan kanan, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, ubun-ubun datar, mata tidak cowong, , balans -23. S: 36,3⁰ C, N: 120 X/mnt RR 32 x/mnt. Asupan susu formula sesuai program per NGT dank klien tidak muntah, bubur hanya habis 3 sendok makan, integritas kulit utuh.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko defisit volume cairan 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan 3. Perubahan perfusi jaringan serebral 4. Resiko kerusakan integritas kulit 5. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan.</p>
<p>15-3-2012 (Sore)</p>	<p>S: Keluarga mengatakan frekwensi BAB 2 kali sejak tadi pagi, dan badan klien masih panas.</p> <p>O: Keadaan umum lemah, GCS E4M5V3= 12, masih terdapat kelemahan pada kaki dan tangan kanan. Hasil pemeriksaan LCS tudak sesuai dengan meningitis. mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, ubun-ubun datar, mata tidak cowong. Asupan dan haluaran sejak jam 14 sampai jam 20.00, asupan susu 250 cc, renalyte 80 cc =330 Haluaran : urine dan BAB 150 cc, IWL 62,25 cc= 212,25 cc, Balans = + 117,75, tidak ada tanda overload , S: 38⁰ C, N: 128 X/mnt RR 32 x/mnt. Integritas kulit utuh. Diet bubur sudah diganti makanan cair 8 X 120 cc. BB = 8,3 Kg.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko defisit volume cairan (tidak terjadi) 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi tetapi sudah mengalami perbaikan) 3. Perubahan perfusi jaringan serebral (belum teratasi) 4. Resiko kerusakan integritas kulit (tidak terjadi) 5. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan (belum teratasi) 6. Hipertermi. <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan.</p>

<p>16-3-2012 (Pagi)</p>	<p>S: Keluarga mengatakan frekwensi BAB 2 kali sejak tadi pagi, klien muntah 1 kali setelah diberi susu.</p> <p>O: Keadaan umum lemah, GCS E4M5V3= 12, BB = 8,5 Kg, masih terdapat kelemahan pada kaki dan tangan kanan, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, ubun-ubun datar, mata tidak cowong, Asupan dan haluaran sejak jam 08.00 sampai jam 14.00, asupan susu 250 cc, renalyte 80 cc= 330 cc Haluaran : urine dan BAB 200 cc, muntah 30 cc, IWL 64 cc =294 cc. Balans = +36, S: 36,7⁰ C, N: 128 X/mnt RR 28 x/mnt. Integritas kulit utuh.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko defisit volume cairan (tidak terjadi) 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 3. Perubahan perfusi jaringan serebral (belum teratasi) 4. Risiko kerusakan integritas kulit (tidak terjadi) 5. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan (belum teratasi) 6. Hipertermi (teratasi) <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan untuk masalah keperawatan yang belum teratasi. Menganjurkan ibu untuk memberi susu melalui NGT dengan aliran lebih pelan.</p>
<p>19-3-2012 (Pagi)</p>	<p>S: Keluarga mengatakan klien sudah tidak diare dan tidak demam, frekwensi BAB satu kali sehari dengan konsistensi lembek warna kuning, klien lebih banyak tidur., tidak ada tanda dehidrasi, mukosa bibir lembab, turgor cukup, mata tidak cowong</p> <p>O: Keadaan umum lemah, GCS E4M5V4= 13, masih terdapat kelemahan pada kaki dan tangan kanan, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, ubun-ubun datar, mata tidak cowong, balans – 82 cc . S: 36,7⁰ C, N: 110 X/mnt RR 28 x/mnt. Asupan susu formula sesuai program per NGT dan klien tidak muntah, sudah dilatih minum per oral sedikit-sedikit, integritas kulit utuh. BB = 9,635 Kg.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko defisit volume cairan (tidak terjadi) 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (teratasi) 3. Perubahan perfusi jaringan serebral (belum teratasi) 4. Risiko kerubsakan integritas kulit (tidak terjadi) 5. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan (belum

	<p>teratasi)</p> <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan untuk masalah yang belum teratasi dan masih berisiko untuk terjadi.</p>
<p>20-3-2012 (Pagi)</p>	<p>S: Keluarga mengatakan klien sudah tidak demam sejak kemarin, dan tidak diare lagi. Klien sudah bisa makan bubur dan minum per oral sedikit-sedikit.</p> <p>O: Keadaan umum lemah, GCS E4M5V6= 13, masih terdapat kelemahan pada kaki dan tangan kanan, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, ubun-ubun datar, mata tidak cowong, , balans +7. S: 36,3⁰ C, N: 120 X/mnt RR 32 x/mnt. Asupan susu formula sesuai program per NGT dan klien sudah bisa makan bubur dan minum per oral sedikit-sedikit, integritas kulit utuh. BB = 9,650 Kg. Klien diijinkan pulang.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko defisit volume cairan (tidak terjadi) 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (teratasi) 3. Perubahan perfusi jaringan serebral (belum teratasi) 4. Resiko kerusakan integritas kulit (tidak terjadi) 5. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan (belum teratasi) <p>P: Edukasi orang tua untuk :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melanjutkan perawatan di rumah 2. Kontrol sesuai dengan yang dijadwalkan 3. Memberi klien obat secara teratur sesuai program 4. Memantau asupan nutrisi dan memberi klien makan sedikit tetapi sering. 5. Mengubah posisi klien secara teratur dan melakukan perawatan kulit 6. Memberikan stimulasi perkembangan sesuai usia anak dan memantau tumbuh kembang anak di puskesmas atau posyandu.

Kasus kelolaan 2

**APLIKASI TEORI KONSERVASI DALAM
ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK B DENGAN KOLESTASIS
INTRAHEPATIK DI GEDUNG A LANTAI I IKA
RSUPN CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA**

A. Data Dasar

1. Identitas

Nama Anak : An. Baihaqi
Tempat/ Tgl. Lahir/Usia : Jakarta, 27- 11- 2011
Alamat : Komplek Bumi Seroja Permai Sumatra
Utara.
Nama Ayah/Ibu : Tn.S
Pekerjaan Ayah/Ibu : PNS
Pendidikan Ayah/Ibu : Sarjana

2. Status Kesehatan Anak

a. Keluhan utama:

Kuning sejak usia 1 minggu dan perut membuncit.

b. Riwayat penyakit:

- 1) Ketika usia 1 minggu, mata klien tampak kuning, BAB berwarna kuning dan tidak pucat. Keluarga sudah berupaya menjemur klien pada pagi hari, namun tidak tampak perubahan.
- 2) Usia 1 bulan, kuning menyebar ke seluruh tubuh, BAB kadang-kadang pucat, BAK seperti teh. Minum susu formula mau, perut kemudian membesar. Bengkak di kaki maupun mata tidak ada.
- 3) Usia 2,6 bulan, perut bertambah besar disertai pembengkakan di genitalia. Skrotum bertambah besar jika pasien menangis atau batuk.
- 4) Tanggal 14 Maret 2012, klien dibawa ke rumah sakit Cirebon, namun tidak dilakukan pemeriksaan karena fasilitas terbatas, klien langsung dirujuk ke RSCM.
- 5) Klien masuk dan mulai dirawat di ruang IKA sejak tanggal 16 Maret 2012.

6) Pengkajian dilakukan tanggal 19 Maret 2012. Saat pengkajian, kondisi klien tampak lemah, perut membesar, kuning di seluruh tubuh, skrotum dan umbilical membesar. Minum susu formula mau, anak kurang aktif.

c. Diagnosa medis :

- 1) Kolestasis intrahepatik
- 2) Asites masif dan edema skrotum bilateral
- 3) Hernia umbilicalis.

d. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

Ibu mengatakan ini kehamilan pertamanya setelah kurang lebih 10 tahun menikah, dan tidak ada keluhan selama hamil. An. B lahir spontan ditolong dokter dengan BB lahir 3100 g, dan panjang badan 41 cm.

e. Riwayat imunisasi : BCG, polio 1.

f. Hasil pemeriksaan laboratorium:

Tanggal 15 Maret 2012:

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL	SATUAN
Hemoglobin	11,3	11,5 – 15,5	g/dl
Hematokrit	32,8	35 - 45	%
Trombosit	72,1	150 – 400	10 ³ /UL
Leukosit	19,4	6,00 – 17,50	10 ³ /UL
Albumin	2,4	3,4 -4,8	g/dl
Bilirubin total	32,19	0 - 1	mg/dl
Bilirubin direk	21,6	0,0- 0,3	mg/dl
Bilirubin indirek	10,53	0,0 – 0,7	mg/dl
PT	27,6 (↑ 2x)		

g. Therapi:

- 1) Cefotaksim 3 x 300 mg IV (5)
- 2) Asam urodeoksikolat 3 x 50 mg po
- 3) Vitamin E 1 x 300 U mg po
- 4) Aktavol 2 x 0,5 ml po
- 5) Spironelakton 2 x 6,25 mg po
- 6) Furosemid 3 x 5 mg IV
- 7) Vit K 1 mg IM (terakhir tanggal 20 Maret 2012)

B. Pengkajian Teori Konservasi

a. Perubahan lingkungan internal

Perut klien membesar, skrotom membesar dan umbilikus menonjol, klien kesulitan bergerak karena perutnya yang membesar. Hasil USG ginjal menunjukkan uremik ginjal, hasil USG testis menunjukkan hernia skrotalis/hidrokel bilateral terinfeksi, dan hasil USG abdomen menunjukkan kesan dapat disesuaikan dengan sirosis hepatis, obstruksi bilier, asites dan uremik ginjal. Hasil kultur urine menunjukkan adanya enterococcus sp > 100.000 kuman/ml

b. Perubahan lingkungan eksternal

Ayah klien bekerja di luar kota, saat ini terpaksa libur karena harus menjaga klien. Orang tua mengatakan sebelum dirawat klien mudah tersenyum bila diajak bercanda. Tetapi semenjak dirawat, klien tampak lemas, dan jarang mau tersenyum lagi. Klien dirawat di sebuah ruangan ber AC bersama 5 pasien lainnya dengan penyakit-penyakit infeksi.

c. Konservasi energi

Klien tampak lemah, tampak kurang aktif, menurut ibu klien kadang menangis, berusaha tengkurap tetapi tidak bisa karena perutnya membesar. Klien mendapat diit pregestimil 8 x 125 ml. Saat pengkajian ibu mengatakan klien hanya minum sedikit, hanya habis 50 cc, klien lebih banyak tidur. Hasil pemeriksaan albumin rendah yaitu 2,4 g/dl.

d. Konservasi integritas struktur

Gangguan integritas struktur yang dialami klien antara lain penumpukan cairan di abdomen buncit dan tegang (asites), tampak ada venektasi, adanya hernia umbilikalisis, kedua testis membesar (hernia skrotalis), kuning di seluruh tubuh. Nilai bilirubin total 32,19 mg/dl, bilirubin indirek 10,53 mg/dl, bilirubin direk 21,6 mg/dl. BB = 6,975 kg, panjang badan 61 cm dan lingkar lengan 12 cm.

e. Konservasi integritas personal

Perkembangan motorik kasar klien seperti tengkurap, menjadi terhambat akibat perutnya yang besar. Apabila masalah belum teratasi, akan terjadi gangguan tumbuh kembang yang dapat mengganggu integritas personal jika klien sudah besar.

f. Konservasi integritas sosial

Klien ditunggu oleh ibu dan ayahnya. Keluarga mengatakan sudah menunggu kehadiran seorang bayi hampir 10 tahun, dan sekarang sudah dikaruniai anak, tetapi masih diberi cobaan menderita penyakit seperti sekarang. Keluarga sangat cemas dengan kondisi klien.

C. Rencana Keperawatan (Tropicognosis dan Hipotesis).

Tanggal	No	Tropicognosis	Hipotesis	
19-3-2012	1	Risiko cedera (perdarahan) berhubungan dengan pemanjangan koagulasi	Tindakan mencegah terjadinya cedera (perdarahan) Tujuan klien tidak mengalami komplikasi perdarahan dengan criteria tidak terjadi perdarahan, nilai PT dan APTT dalam batas normal.	Konservasi energi: 1. Monitor tanda-tanda vital Konservasi integritas struktur: 1. Monitor tanda-tanda terjadi perdarahan. 2. Berikan vitamin K sesuai program terapi. 3. Libatkan keluarga dalam memantau terjadinya perdarahan. 4. Anjurkan untuk segera melaporkan pada petugas bila menemukan BAB berwarna

				kemerahan atau hitam dan bila klien muntah berwarna coklat atau hitam.
19-3-2012	2	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan penurunan absorpsi dan penyimpanan vitamin yang larut dalam lemak, gangguan metabolisme protein.	Pemberian nutrisi adekuat Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan nutrisi terpenuhi dengan kriteria, asupan nutrisi sesuai kebutuhan, BB meningkat atau normal sesuai usia, hasil pemeriksaan laboratorium (Hb, albumin, PT, APTT) dalam batas normal, tidak ada tanda-tanda kekurangan vitamin.	Konservasi energi: 1. Berikan asupan nutrisi sesuai diit pasien 2. Amati dan catat respon anak terhadap pemberian susu formula. Konservasi Integritas struktur : 1. Timbang berat badan setiap hari dan ukur lingkaran lengan 2. Pantau hasil pemeriksaan laboratorium. 3. Kolaborasi dalam pemberian albumin, vitamin K jika diperlukan.
19-3-1012	3	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan plasma protein	Klien membutuhkan pemantauan dan pengelolaan cairan. Tujuan : kelebihan volume cairan dapat dikurangi dengan kriteria keseimbangan asupan dan haluaran dalam 24 jam, berat badan stabil, asites dan edema berkurang, tidak sesak.	Konservasi energi: 1. Catat asupan dan haluaran cairan setiap hari. 2. Tindakan kolaborasi : berikan diuretik dan albumin sesuai program. Konservasi itegritas sruktur: 1. Timbang berat badan setiap hari 2. Ukur dan catat lingkaran perut setiap hari 3. Pantau hasil pemeriksaan laboratorium
19-3-2012	4	Risiko penyebarluasan infeksi berhubungan	Klien membutuhkan perawatan terhadap infeksi	Konservasi integritas struktur: 1. Lakukan tindakan dengan tehnik

		dengan tidak adekuatnya system pertahanan tubuh.	yang sudah terjadi. Tujuan : tidak terjadi penyebarluasan infeksi dengan kriteria : hasil pemeriksaan laboratorium terkait infeksi yang dialami pasien menunjukkan perbaikan, suhu tubuh dalam batas normal.	aspetik 2. Tingkatkan asupan nutrisi dan cairan 3. Kaji temperatur tiap 4 jam 4. Berikan antibiotik sesuai aturan 5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium terkait infeksi yang dialami pasien
19-3-2012	5	Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan kondisi penyakit, stimulasi yang kurang.	Klien membutuhkan stimulasi tumbuh kembang yang lebih optimal. Tujuan: klien akan mencapai pertumbuhan dan perkembangan sesuai standar usia dengan kriteria: pertumbuhan fisik (ukuran antropometrik) sesuai tahap usia. perkembangan motorik, bahasa/ kognitif dan personal/sosial sesuai tahap usia.	Konservasi integritas personal: 1. Ajarkan kepada orang tua tentang standar pertumbuhan fisik dan tugas-tugas perkembangan sesuai usia anak. 2. Lakukan pemberian makanan/ minuman sesuai program . 3. Lakukan pengukuran antropometrik secara berkala. 4. Ajarkan orang tua untuk melakukan stimulasi tingkat perkembangan sesuai dengan usia klien apabila kondisi klien sudah stabil. 5. Lakukan rujukan ke lembaga pendukung stimulasi pertumbuhan dan perkembangan (Puskesmas/Posyandu)
19-3-2012	6	Perubahan proses keluarga yang berhubungan dengan krisis situasi dan	Keluarga membutuhkan informasi terkait kondisi anak. Tujuan : Orang tua	Konservasi Integritas sosial : 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Dorong keluarga

		kurangnya pengetahuan	mengerti tentang kondisi anak, paham prosedur dan terapi yang diperleh anak, dengan kriteria : orang tua menyatakan pemahaman, koopertaif terhadap tindakan dan ikut berpartisipasi dalam pemberian asuhan	<p>untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Bantu keluarga untuk memberikan rasa nyaman dan dukungan pada anak 4. Berikan informasi kepada keluarga mengenai keadaan sakit anaknya, tindakan terapeutiknya untuk mendorong kepatuhan terhadap program terapeutik. 5. Ijinkan keluarga berpartisipasi dalam perawatan anak untuk memenuhi kebutuhan anak. 6. Beritahu keluarga tentang prosedur pencegahan penyebaran infeksi 7. Atur perawatan kesehatan pasca hospitalisasi untuk penanganan yang berkesinambungan.
20-3-2012	7	Hipertermia berhubungan dengan reaksi infeksi	<p>Tindakan menjaga termoregulasi.</p> <p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien menunjukkan termoregulasi efektif dengan kriteria: suhu tubuh dalam batas normal</p>	<p>Konservasi energi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau suhu setiap 2 jam 2. Pantau status hidrasi 3. Beri kompres hangat 4. Anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang dapat menyerap keringat 5. Kolaborasi dalam pemberian antipiretik.

D. Implementasi

TGL/ JAM	TROP.	IMPLEMENTASI	EVALUASI
19-3-2012 08.00	1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor kondisi klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, minum susu formula mau per dot dan tidak muntah. Abdomen buncit dan tegang, lingkar perut 53,5 cm. BB= 6,850 kg.
09.00	1,2,4 2,6	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Memberi penjelasan kepada keluarga tentang perawatan yang akan dilakukan, menekankan untuk ikut dengan mencatat asupan nutrisi dan cairan serta haluaran dari urine, feces maupun muntah. 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 37,1⁰ C, N: 130 X/mnt RR 30 x/mnt. • Keluarga menyatakan memahami penjelasan yang diberikan • Keluarga menyatakan kesediaannya melaksanakan anjuran petugas.
12.00	1,2 1 4 3	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Injeksi Vitamin K 1 mg diberikan • Injeksi cefotaksim 300 mg IV diberikan • Injeksi furosemid 5 mg IV diberikan 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,3⁰ C, N: 130 X/mnt RR 32 x/mnt.
14.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan dan haluaran, asupan nutrisi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula 270 cc, Haluaran : urine dan feces 215 cc, IWL= 69 cc= 284 cc, Balans = -14 cc
20-3-2012 08.00	1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, perut buncit dan tegang, lingkar perut 52,8 cm, BB = 6,905 kg. Minum susu formula mau dan habis, tidak muntah.
09.00	1,2,4 6,7	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Memberi kompres hangat 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 38,1⁰ C, N: 125 X/mnt RR 34 x/mnt. • Keluarga menyatakan

11.00	7	<p>dan mengajarkan keluarga melakukan kompres hangat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengukur suhu tubuh 	<p>memahami penjelasan yang diberikan dan menyatakan kesediaannya melaksanakan anjuran petugas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • S: 37,5⁰ C
12.00	1,2,7 3,4 1	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Injeksi cefotaksim 300 mg, furosemid 5 mg IV. • Injeksi vitamin K 1mg IM diberikan 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 37,⁰ C, N: 130 X/mnt RR 32 x/mnt.
14.00	1,2,3,4 2,6	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran • Memotivasi ibu untuk tetap tenang, dan selanjutnya mengupayakan agar nutrisi masuk sesuai program. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, klien sudah tidak demam. Ibu mengatakan hari ini klien malas minum, lebih banyak tidur. Susu yang disediakan hanya habis setengah. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00.00, <i>asupan</i> susu 120 cc, Haluaran : urine dan BAB 330 cc.
21-3-2012 08.00	1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, perut buncit dan tegang, lingkar perut 53 cm, BB = 6,850 kg. Asupan sesuai program.
09.00	1,2,4,7	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 37⁰ C, N: 132 X/mnt RR 32 x/mnt.
10.00	7 7	<ul style="list-style-type: none"> • Menggali perasaan keluarga tentang kondisi anaknya. • Memotivasi keluarga untuk sabar dan melanjutkan pengobatan dan perawatan klien, karena pemeriksaan dan perawatan penyakit seperti yang dialami klien memang membutuhkan waktu yang cukup lama. Menyarankan keluarga untuk bertanya kepada dokter yang merawat, perkembangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mempunyai keinginan untuk membawa pulang anaknya, karena dilihat tidak banyak perubahan. • Keluarga dapat menerima penjelasan yang diberikan.

12.00	1,2,4,7	klien, dan rencana selanjutnya agar lebih jelas.	
	3,4	• Memantau tanda-tanda vital	• S: 37, ⁰ C, N: 128 X/mnt RR 30 x/mnt.
14.00	1,2,3,4,5	• Injeksi cefotaksim 300 mg, furosemid 5 mg IV.	
		• Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran dan perubahan therapi.	• Keadaan umum lemah, klien sudah tidak demam. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00.00, asupan susu 360 cc, Haluaran : urine 160 cc, IWL= 69 cc=229 cc. Balans = + 131 cc. Perubahan therapi: cefotaksim distop karena hasil kultur urine menunjukkan klien resisten cefotaksim. Klien mendapat tambahan therapi gentamisin 1 x 40 mg IV. Tidak ada tanda-tanda perdarahan.
28-3-2012	1,2,3,4	• Mengevaluasi perkembangan klien	• Tanggal 24 Maret 2012, klien mengalami hiponatremia dan hipokalemia dan sudah dilakukan koreksi. Keadaan umum saat ini masih lemah, kesadaran compos mentis, perut buncit dan tegang, BB = 6,440 kg, lingkar perut= 49 cm. Asupan sesuai program.
14.30	1,2,3,4	• Memonitor hasil laboratorium dan perubahan therapi.	• Hb= 9,5 g/dl, Hematokrit = 28,7%, Eritrosit = 3,18 x10 ⁶ /UL, Trombosit = 96 x10 ³ /UL, Leukosit = 13,66 x10 ³ /UL, PT = 26,4 detik (2,1 kali), APTT = 79,2 detik (2,4 kali), SGOT = 793 (N< 84), SGPT = 222 (N <60), albumin= 3,08, Bilirubin total = 32,12, bilirubin direk = 24,96, bilirubin indirek = 7,16, ureum =0,3, kreatinin = 0,20 mg/dl, natrium = 130 mEq/L, Kalium = 3,67 mEq/L, Klorida = 94 mEq/L. Kesan terjadi anemia, trombositopenia, peningkatan PT-APTT, hiperbilirubinemia.

15.00	1,2,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • Perubahan therapi : klien mendapat tambahan therapi vitamin K 1 mg IM selama 3 hari dan furosemid distop.
16.00	1	<ul style="list-style-type: none"> • Injeksi vitamin K 1 mg diberikan 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,8⁰ C, N: 120 X/mnt RR 32 x/mnt.
18.00	1,2,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,6⁰ C, N: 115 X/mnt RR 30 x/mnt.
20.00	1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00.00, asupan susu 250 cc, Haluaran : urine 100 cc, IWL = 69 cc = 169 cc. Balans = + 81 cc. Tidak ada tanda-tanda perdarahan.
29-3-2012 08.00	1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, perut buncit dan tegang, lingkaran perut 50 cm, BB = 6,430 kg. Asupan sesuai program.
09.00	1,2,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,2⁰ C, N: 120 X/mnt RR 32 x/mnt.
10.45	4	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor perubahan therapi 	<ul style="list-style-type: none"> • Gentamisin diganti meropenem 3 x 150 mg IV
12.00	1,2,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,3⁰ C, N: 120 X/mnt RR 32 x/mnt.
14.00	1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00.00, asupan susu 250 cc, Haluaran : urine 350 cc, IWL = 64 cc = 414 cc. Balans = -164 cc. Tidak ada tanda-tanda perdarahan.
30-3-2012 14.00	1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum saat ini baik, kesadaran compos mentis, perut buncit, umbilicus menonjol, masih tampak ada hernia skrotalis, tidak ada tanda-tanda perdarahan. BB =

15.00	1,2,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<p>6,54 kg, lingkar perut= 50 cm Asupan sesuai program.</p> <ul style="list-style-type: none"> • S: 36,3⁰ C, N: 124 X/mnt RR 32 x/mnt.
16.00	5	<ul style="list-style-type: none"> • Memberi penjelasan pada keluarga pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai usia klien. Menganjurkan untuk memberikan stimulasi terutama perkembangan bila kondisi klien sudah stabil. Menganjurkan untuk rutin membawa anak ke posyandu atau tempat pelayanan kesehatan lain untuk memantau tumbuh kembang jika klien sudah diijinkan pulang. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga dapat menerima penjelasan yang diberikan dan akan melaksanakan anjuran petugas.
18.00	1,2,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,2⁰ C, N: 132 X/mnt RR 40 x/mnt.
20.00	4	<ul style="list-style-type: none"> • Injeksi meropenem 150 mg (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, asupan dan haluaran sejak jam 14.00 sampai jam 20.00.00, asupan susu 250 cc, Haluaran : urine 300 cc, IWL = 65 cc = 365 cc. Balans = -115 cc. Tidak ada tanda-tanda perdarahan.
	1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran. 	
2-4-2012 14.00	1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan berdasarkan pengamatan dan dokumentasi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil laboratorium tanggal 1 April 2012 pukul 15.30 yaitu PT = 28,2 detik (2,3 kali), APTT = 93,8 detik (3 kali), natrium = 127 mEq/L, Kalium = 2,94 mEq/L, Klorida = 84,3 mEq/L. Kesan terjadi hiponatremia, hipokalemia, gangguan/pemanjangan koagulasi. Sudah dilakukan koreksi dengan premixed NaCl 0,9% + KCl 12,5 mEq 250 ml/jam. Perubahan terapi : klien mendapat tambahan terapi vitamin K 1 x 1 mg IM selama 3 hari, furosemid 3 x 5 mg po, NaCl 3 x 350 mg po. • Keadaan umum saat ini masih

			lemah, kesadaran compos mentis, perut buncit , lingkaran perut 50 cm, umbilicus menonjol, masih tampak ada hernia skrotalis, BB = 6,5 kg. Asupan sesuai program. Saat ini sedang terpasang IVFD premiksed Na Cl 0,9% + KCl 12,5 mEq sampai dengan jam 18.00.
15.00	1,2,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36⁰ C, N: 120 X/mnt RR 28 x/mnt.
16.00	1	<ul style="list-style-type: none"> • Injeksi vitamin K 1 mg IM 	
18.00	1,2,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 37⁰ C, N: 130 X/mnt RR 36 x/mnt.
20.00	4 1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Injeksi meropenem 150 mg (4) • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, asupan dan haluaran sejak jam 14.00 sampai jam 20.00.00, asupan susu dan IVFD 300 cc, Haluaran : urine 155cc, IWL = 65 cc= 220 cc. Balans = + 50 cc. Tidak ada tanda-tanda perdarahan.
3-4-2012 08.00	1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, perut buncit lingkaran perut 45 cm, umbilicus menonjol, masih tampak ada hernia skrotalis dan lingkaran perut 45 cm, BB = 6,32 kg. asupan sesuai program. Ronde divisi gastrohepatologi, klien rencana pulang.
09.00	1,2,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36⁰ C, N: 120 X/mnt RR 36 x/mnt.
12.00	1,2,4 4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Injeksi meropenem 150 mg IV (5) 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36⁰ C, N: 128 X/mnt RR 36 x/mnt.
14.00	1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00.00, asupan susu 250 cc, Haluaran : urine 220 cc, IWL = 63 cc= 283 cc. Balans = -33 cc Tidak ada tanda-tanda perdarahan.

E. Catatan Perkembangan (Evaluasi/Respon organismik)

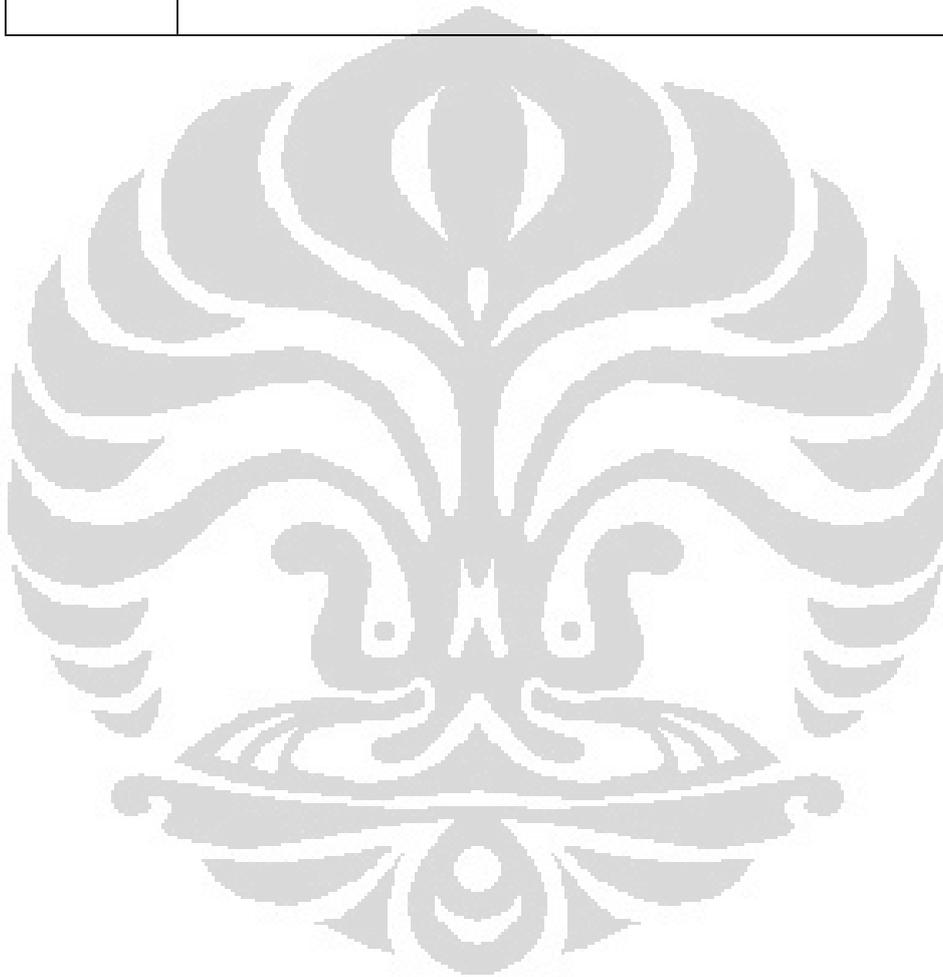
TANGGAL	EVALUASI
19-3-2012 (Pagi)	<p>S: Keluarga mengatakan kondisi klien lemah, lebih banyak tidur. Minum pregestimil per dot, tetapi belum sesuai program yang seharusnya 125 cc setiap kali pemberian, hanya dihabiskan 70-100 cc, tidak muntah.</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, abdomen buncit dan tegang, lingkar perut 53,5 cm. BB= 6,850 kg, S: 37,1⁰ C, N: 130 X/mnt RR 30x/ menit, tidak ada tanda-tanda perdarahan. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula 270 cc, Haluaran : urine dan feces 215 cc.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko terjadi perdarahan (masih berisiko) 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 3. Kelebihan volume cairan (belum teratasi) 4. Risiko penyebarluasan infeksi (masih berisiko) 5. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 6. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan.</p>
20-3-2012 (Pagi)	<p>S: Keluarga mengatakan klien sudah bisa minum pregestimil per oral sesuai program 125 cc setiap kali minum dan tidak muntah. Klien demam.</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, abdomen buncit dan tegang, lingkar perut 52,8 cm, BB = 6,905 kg, Klien sempat demam pukul 09.00, sudah dikompres dan tanda-tanda vital pukul 12.00 S: 37⁰ C, N: 130 X/mnt RR 32x/ menit, tidak ada tanda-tanda perdarahan. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00.00, asupan susu 120 cc, Haluaran : urine dan BAB 330 cc.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko terjadi perdarahan (masih berisiko) 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 3. Kelebihan volume cairan (belum teratasi) 4. Risiko penyebarluasan infeksi (masih berisiko) 5. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 6. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) 7. Hipertermi <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan.</p>

<p>21-3-2012 (Pagi)</p>	<p>S: Keluarga mengatakan klien susu formula per oral sesuai program 125 cc setiap kali minum dan tidak muntah. Keluarga bermaksud mengajak anak pulang, karena melihat tidak ada perubahan yang berarti, malah anak tampak semakin lemah.</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, abdomen buncit dan tegang, lingkar perut 53 cm, BB = 6,850 kg, S: 37,⁰ C, N: 128 x/mnt RR 30 x/mnt, tidak ada tanda-tanda perdarahan. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00.00, asupan susu 360 cc, Haluaran : urine 160 cc.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko terjadi perdarahan (masih berisiko) 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 3. Kelebihan volume cairan (belum teratasi) 4. Risiko penyebaran infeksi (masih berisiko) 5. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 6. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) 7. Hipertermi (teratasi) <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan untuk masalah yang masih berisiko dan belum teratasi. Berikan motivasi pada keluarga untuk melanjutkan perawatan, rujuk ke dokter penanggung jawab untuk memberi penjelasan dampak yang terjadi apabila perawatan tidak dilanjutkan.</p>
<p>28-3-2012 (Sore)</p>	<p>S: -</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, asupan sesuai program, abdomen buncit dan tegang, lingkar perut 49 cm, BB = 6,440 kg, S: 36,8⁰ C, N: 120 X/mnt RR 32 x/mnt, tidak ada tanda-tanda perdarahan. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00.00, asupan susu 250 cc, Haluaran : urine 100 cc. Hasil pemeriksaan laboratorium : Hb= 9,5 g/dl, Hematokrit = 28,7%, Eritrosit = 3,18 x10⁶/UL, Trombosit = 96 x10³/UL, Leukosit = 13,66 x10³/UL, PT = 26,4 detik (2,1 kali), APTT = 79,2 detik (2,4 kali), SGOT = 793 (N< 84), SGPT = 222 (N <60), albumin= 3,08, Bilirubin total = 32,12, bilirubin direk = 24,96, bilirubin indirek = 7,16, ureum =0,3, kreatinin = 0,20 mg/dl, natrium = 130 mEq/L, Kalium = 3,67 mEq/L, Klorida = 94 mEq/L. Kesan terjadi anemia, trombositopenia, peningkatan PT-APTT, hiperbilirubinemia.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko terjadi perdarahan (masih berisiko) 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 3. Kelebihan volume cairan (belum teratasi) 4. Risiko penyebaran infeksi (masih berisiko) 5. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko)

	<p>6. Perubahan proses keluarga (belum teratasi)</p> <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan untuk masalah yang masih berisiko dan belum teratasi. Berikan terapi sesuai program: klien mendapat tambahan terapi vitamin K 1 mg IM selama 3 hari dan furosemid distop.</p>
29-3-2012 (Pagi)	<p>S: Keluarga mengatakan hari ini kondisi klien baik, minum susu mau sesuai program dan tidak muntah.</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, perut buncit dan tegang, lingkaran perut 50 cm, BB = 6,430 kg. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00.00, asupan susu 250 cc, Haluaran : urine 350 cc, tidak ada tanda-tanda perdarahan.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko terjadi perdarahan (masih berisiko) 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 3. Kelebihan volume cairan (belum teratasi) 4. Risiko penyebaran infeksi (masih berisiko) 5. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 6. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan. Berikan terapi sesuai program : terapi gentamicin diganti meropenem 3 x 150 mg IV.</p>
30-3-2012 (Sore)	<p>S: Tidak ada keluhan, minum susu mau sesuai program dan tidak muntah. Klien masih belum bisa tengkurap, karena perutnya yang besar, tetapi klien bisa miring kiri atau kanan.</p> <p>O: Keadaan umum saat ini baik, kesadaran compos mentis, perut buncit buncit, lingkaran perut 50 cm, umbilicus menonjol, masih tampak ada hernia skrotalis, tidak ada tanda-tanda perdarahan. BB = 6,54 kg. Asupan dan haluaran sejak jam 14.00 sampai jam 20.00.00, asupan susu 250 cc, Haluaran : urine 300 cc.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko terjadi perdarahan (masih berisiko) 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 3. Kelebihan volume cairan (belum teratasi) 4. Risiko penyebaran infeksi (masih berisiko) 5. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 6. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan untuk masalah yang belum teratasi dan masih berisiko untuk terjadi.</p>

<p>2-4-2012 (Sore)</p>	<p>S: Keluarga mengatakan hari ini kondisi klien baik, minum susu mau sesuai program dan tidak muntah.</p> <p>O: Keadaan umum saat ini masih lemah, kesadaran compos mentis, perut buncit, lingkar perut 50 cm, umbilicus menonjol, masih tampak ada hernia skrotalis, BB = 6,5 kg. Asupan dan haluaran sejak jam 14.00 sampai jam 20.00.00, asupan susu dan IVFD 300 cc, Haluaran : urine 155cc, tidak ada tanda-tanda perdarahan. S: 37⁰ C, N: 130 X/mnt RR 36 x/mnt, Hasil laboratorium tanggal 1 April 2012 pukul 15.30 yaitu PT = 28,2 detik (2,3 kali), APTT = 93,8 detik (3 kali), natrium = 127 mEq/L, Kalium = 2,94 mEq/L, Klorida = 84,3 mEq/L. Kesan terjadi hiponatremia, hipokalemia, gangguan/pemanjangan koagulasi. Sudah dilakukan koreksi dengan premixed NaCl 0,9% + KCl 12,5 mEq 250 ml/jam.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko terjadi perdarahan (masih berisiko) 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 3. Kelebihan volume cairan (belum teratasi) 4. Risiko penyebaran infeksi (masih berisiko) 5. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 6. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan. Berikan terapi sesuai program : Perubahan terapi : klien mendapat tambahan terapi vitamin K 1 x 1 mg IM selama 3 hari, furosemid 3 x 5 mg po, NaCl 3 x 350 mg po.</p>
<p>3-4-2012 (Pagi)</p>	<p>S: Keluarga mengatakan hari ini kondisi klien baik, minum susu mau sesuai program dan tidak muntah. Keluarga mengatakan akan melanjutkan perawatan dengan rawat jalan, dan membawa anak ke Medan karena ayahnya bekerja di sana.</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, perut buncit, keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, perut buncit, lingkar perut 45 cm, umbilicus menonjol, masih tampak ada hernia skrotalis, BB = 6,32 kg. Lingkar lengan = 11,5 cm. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00.00, asupan susu 250 cc, Haluaran : urine 220 cc, IWL = 63 cc, Balans = -33 cc. Ronde divisi gastrohepatologi, klien rencana pulang.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko terjadi perdarahan (masih berisiko) 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 3. Kelebihan volume cairan (belum tertasi tetapi sudah mengalami perbaikan) 4. Risiko penyebaran infeksi (tidak terjadi) 5. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih

	<p>berisiko)</p> <p>6. Perubahan proses keluarga (teratasi)</p> <p>P: Edukasi orang tua untuk:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tetap mengikuti program terapi dan perawatan sesuai petunjuk tim kesehatan.2. Memantau asupan nutrisi dan memberi susu formula sesuai program.3. Kontrol sesuai petunjuk dan memberi klien obat teratur sesuai program4. Memberikan stimulasi tumbuh kembang sesuai usia anak.
--	---



Kasus kelolaan 4

**APLIKASI TEORI KONSERVASI DALAM
ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK A.R DENGAN
ATRESIA BILIER DAN GIZI BURUK MARASMUS
DI GEDUNG A LANTAI I IKA
RSUPN CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA**

A. Data Dasar

1. Identitas

Nama Anak : An. Arya Duta
Tempat/ Tgl. Lahir/Usia : Jakarta, 21- 10- 2010
Alamat : Kampung Jati Parung RT 01/06 N0 102
Nama Ayah/Ibu : Tn.A
Pekerjaan Ayah/Ibu : Swasta
Pendidikan Ayah/Ibu : SMA

2. Status Kesehatan Anak

a. Keluhan utama:

Perut membesar, datang untuk transfusi albumin.

b. Riwayat penyakit:

- 1) Ketika usia 3,5 bulan mata klien tampak kuning, dibawa berobat ke dokter, namun tidak ada perbaikan. Perut makin membesar, BAB berwarna seperti dempul, BAK kuning tua.
- 2) Usia 7 bulan, pasien dibawa berobat ke rumah sakit Cibinong, mendapat transfusi albumin 2 kali dan didiagnosa mengalami atresia bilier.
- 3) Sebelumnya klien sudah 2 kali dirawat di IKA RSCM dan mendapat transfuse albumin serta dilakukan punksi asites. Klien rutin control ke poli gastrohepatologi.
- 4) Klien masuk rumah sakit tanggal 4 April 2012 untuk transfusi albumin, dari hasil pemeriksaan diduga klien mengalami *spontaneous bacterial peritonitis* (SB). Klien kemudian dirawat di UGD.
- 5) Klien kemudian dipindahkan ke ruang IKA tanggal 6 April 2012.

- 6) Pengkajian dilakukan tanggal 7 April 2012. Saat pengkajian, kondisi klien tampak lemah, perut membesar, demam dan anak rewel.
- c. Diagnosa medis :
- 1) Atresia Bilier dengan asites
 - 2) Tersangka *Spontaneous Bacterial Peritonitis*.
 - 3) Gizi buruk marasmik.
- d. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran
- Ibu mengatakan ini tidak ada keluhan selama hamil. An. A.R lahir spontan, cukup bulan, langsung menangis dengan BB lahir 3300 g, dan panjang badan 50 cm.
- e. Riwayat imunisasi : dasar lengkap kecuali campak.
- f. Hasil pemeriksaan laboratorium:
- Tanggal 4-4- 2012:

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL	SATUAN
Hemoglobin	9,16	10,8 – 12,8	g/dl
Hematokrit	24,3	35 - 45	%
Trombosit	787000	247.000-497.000	mm ³
Leukosit	214.000	6000-17.500	mm ³
Tanggal 5-4-2012			
Albumin	2,4	3,8-5,4	g/dl
Prokalsitonin	5,55	< 0,1	ng/ml

- g. Therapi:
- 1) Cefotaksim 3 x 300 mg IV (3)
 - 2) Asam urodeoksikolat 3 x 80 mg po
 - 3) Vitamin E 1 x 200 U mg po
 - 4) Aktavol 2 x 1 ml po
 - 5) Spironelakton 2 x 6,25 mg po
 - 6) Albumin 25% 25 cc

B. Pengkajian Teori Konservasi

a. Perubahan lingkungan internal

Klien mengalami atresia bilier sehingga terjadi timbunan thrombus empedu pada sel hati dan system bilier. Perut klien membesar, lingkar perut 53 cm, hasil laboratorium prokalsitonin 5,55 ng/ml, Hemoglobin 9,16 g/dl, albumin 2,4 g/dl.

b. Perubahan lingkungan eksternal

Klien dirawat di sebuah ruangan ber AC bersama 5 pasien lainnya dengan penyakit-penyakit infeksi.

c. Konservasi energi

Klien tampak lemah, kurang aktif, kesulitan bergerak karena perutnya yang besar. Klien mendapat diit peptamen 6 x 120 ml per NGT. Hasil pemeriksaan albumin rendah yaitu 2,4 g/dl. Klien saat ini mengalami demam, suhu 38⁰ C

d. Konservasi integritas struktur

Gangguan integritas struktur yang dialami klien antara lain penumpukan cairan di abdomen buncit dan tegang (asites), lingkar perut 53 cm, tampak ada venektasi, sekrotum edema, kuning di seluruh tubuh. BB = 7,050 kg, TB = 70 cm, lingkar lengan atas =10 cm. $BB/U = 7/10,5 = 66,6\%$, $TB/U = 70,8 = 86\%$, $BB/TB = 7/8,5=82,3\%$, $LLA/U = 10/14,7 = 68\%$, terdapat wasting, dan tidak ada baggy pants.

e. Konservasi integritas personal

Klien saat ini sudah berusia 1 tahun 6 bulan, dan mengalami keterlambatan perkembangan, klien belum bisa duduk. Klien sudah bisa tengkurap umur 4 bulan, namun saat tidak bisa lagi karena perutnya yang membesar. Apabila penyakit klien belum teratasi, akan terjadi gangguan tumbuh kembang yang dapat mengganggu integritas personal jika klien sudah besar.

f. Konservasi integritas sosial

Klien ditunggu oleh ibu dan ayahnya. Klien takut dengan petugas kesehatan, selalu menangis bila didekati atau dilakukan pemeriksaan, dan biasanya lebih tenang bila digendong ibunya. Keluarga sangat cemas

dengan kondisi klien, tetapi pasrah dan akan tetap berusaha merawat klien semampunya.

C. Rencana Keperawatan (Tropicognosis dan Hipotesis).

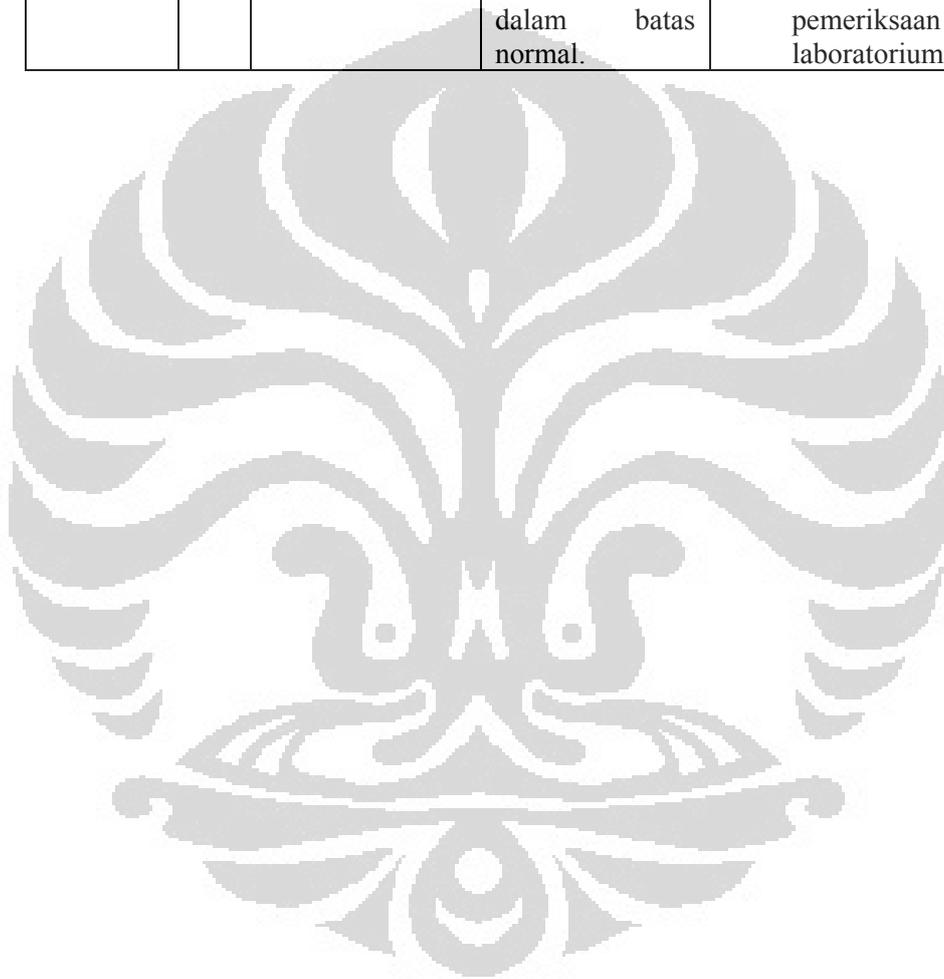
Tanggal	No	Tropicognosis	Hipotesis	
7-4-2012	1	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan penurunan absorpsi dan penyimpanan vitamin yang larut dalam lemak, gangguan metabolisme protein.	<p>Pemberian nutrisi adekuat</p> <p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan nutrisi terpenuhi dengan kriteria, asupan nutrisi sesuai kebutuhan, BB meningkat atau normal sesuai usia, hasil pemeriksaan laboratorium (Hb, albumin, PT, APTT) dalam batas normal, tidak ada tanda-tanda kekurangan vitamin.</p>	<p>Konservasi energi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan asupan nutrisi sesuai diit pasien Amati dan catat respon anak terhadap pemberian susu formula. <p>Konservasi Integritas stuktur :</p> <ol style="list-style-type: none"> Timbang berat badan setiap hari dan ukur lingkaran lengan Pantau hasil pemeriksaan laboratorium. Kolaborasi dalam pemberian albumin, vitamin K jika diperlukan.
7-4-2012	2	Hipertermia berhubungan dengan reaksi infeksi	<p>Tindakan menjaga termoregulasi.</p> <p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien menunjukkan termoregulasi efektif dengan kriteria: suhu tubuh dalam batas normal</p>	<p>Konservasi energi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pantau suhu setiap 2 jam Pantau status hidrasi Beri kompres hangat Anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang dapat menyerap keringat Kolaborasi dalam pemberian antipiretik.
7-4-2012	3	Kelebihan volume cairan berhubungan	Klien membutuhkan pemantauan dan	<p>Konservasi energi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Catat asupan dan haluaran cairan

		dengan penurunan plasma protein	<p>pengelolaan cairan.</p> <p>Tujuan : kelebihan volume cairan dapat dikurangi dengan kriteria keseimbangan asupan dan haluaran dalam 24 jam, berat badan stabil, asites dan edema berkurang, tidak sesak.</p>	<p>setiap hari.</p> <p>2. Tindakan kolaborasi : berikan diuretik dan albumin sesuai program.</p> <p>Konservasi integritas struktur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan setiap hari 2. Ukur dan catat lingkar perut setiap hari 3. Pantau hasil pemeriksaan laboratorium
7-4-2012	4	Risiko penyebarluasan infeksi berhubungan dengan malnutrisi, penyakit kronis.	<p>Tindakan pencegahan penyebarluasan infeksi.</p> <p>Tujuan: setelah diberikan tindakan keperawatan, tidak terjadi penyebarluasan infeksi dengan kriteria: klien bebas dari tanda dan gejala infeksi, hasil pemeriksaan laboratorium (jumlah leukosit, nilai prokalsitonin) dalam batas normal, status imun, gastrointestinal, genitourinaria dalam batas normal.</p>	<p>Konservasi energi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan asupan nutrisi adekuat 2. Berikan waktu istirahat yang cukup. <p>Konservasi integritas struktur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan teknik aseptif 2. Batasi pengunjung bila perlu 3. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 4. Ganti letak IV perifer dan dressing sesuai dengan petunjuk umum 5. Berikan terapi antibiotik cefotaksim 3 x 350 mg IV 6. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
7-4-2012	5	Gangguan pertumbuhan dan perkembangan	Klien membutuhkan stimulasi tumbuh	<p>Konservasi integritas personal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan kepada orang tua tentang

		berhubungan dengan kondisi penyakit kronis	<p>kembang yang lebih optimal.</p> <p>Tujuan: klien akan mencapai pertumbuhan dan perkembangan sesuai standar usia dengan kriteria: pertumbuhan fisik (ukuran antropometrik) sesuai tahap usia. perkembangan motorik, bahasa/ kognitif dan personal/sosial sesuai tahap usia.</p>	<p>standar pertumbuhan fisik dan tugas-tugas perkembangan sesuai usia anak.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Lakukan pemberian makanan/ minuman sesuai program . 3. Lakukan pengukuran antropometrik secara berkala. 4. Ajarkan orang tua untuk melakukan stimulasi tingkat perkembangan sesuai dengan usia klien apabila kondisi klien sudah stabil. 5. Lakukan rujukan ke lembaga pendukung stimulasi pertumbuhan dan perkembangan (Puskesmas/Posyandu)
7-4-2012	6	Perubahan proses keluarga yang berhubungan dengan krisis situasi dan kurangnya pengetahuan	<p>Keluarga membutuhkan informasi terkait kondisi anak.</p> <p>Tujuan : Orang tua mengerti tentang kondisi anak, paham prosedur dan terapi yang diperoleh anak, dengan kriteria : orang tua menyatakan pemahaman, kooperaif terhadap tindakan dan ikut berpartisipasi dalam pemberian asuhan</p>	<p>Konservasi Integritas sosial :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Dorong keluarga untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi 3. Bantu keluarga untuk memberikan rasa nyaman dan dukungan pada anak 4. Berikan informasi kepada keluarga mengenai keadaan sakit anaknya, tindakan terapeutiknya untuk mendorong kepatuhan terhadap program terapeutik. 5. Ijinkan keluarga berpartisipasi dalam

				<p>perawatan anak untuk memenuhi kebutuhan anak.</p> <p>6. Beritahu keluarga tentang prosedur pencegahan penyebaran infeksi</p> <p>7. Atur perawatan kesehatan pasca hospitalisasi untuk penanganan yang berkesinambungan.</p>
9-4-2012	7	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan tidak adekuatnya ekspansi paru akibat asites	<p>Klien membutuhkan tindakan untuk memaksimalkan ventilasi. Tujuan setelah diberikan tindakan keperawatan, klien menunjukkan keefektifan pola nafas dengan kriteria :</p> <p>Klien tidak sesak, jalan nafas paten, frekwensi nafas dalam rentang normal. Tanda-tanda vital dalam batas normal.</p>	<p>Konservasi energi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 2. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 3. Monitor respirasi dan status O₂ 4. Berikan O₂ sesuai program 5. Pertahankan jalan nafas yang paten 6. Monitor vital sign 7. Informasikan pada pasien dan keluarga tentang posisi yang dapat meningkatkan ekspansi paru untuk memperbaiki pola nafas. 8. Monitor pola nafas
9-4-2012	8	Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan (gastrointestinal) berhubungan dengan perdarahan, penurunan kadar hemoglobin.	<p>Tindakan menjaga perfusi jaringan adekuat</p> <p>Tujuan: setelah diberikan tindakan keperawatan, tidak terjadi gangguan perfusi jaringan dengan kriteria mempertahankan/ memperbaiki perfusi jaringan dengan bukti</p>	<p>Konservasi energi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Berikan O₂ sesuai program 3. Berikan tranfusi sesuai program. <p>Konservasi integritas struktur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi perdarahan dari saluran gastrointestinal (muntah atau berak

			<p>tanda vital stabil, perdarahan gastrointestinal berkurang sampai hilang, kulit hangat, keluaran urine adekuat, hasil pemeriksaan laboratorium dalam batas normal.</p>	<p>darah)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Observasi warna dan suhu kulit atau membrane mukosa. 3. Pantau asupan dan haluaran cairan. 4. Berikan cairan intra vena atau per oral sesuai indikasi. 5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
--	--	--	--	--



D. Implementasi

TGL/ JAM	TROP.	IMPLEMENTASI	EVALUASI
7-4- 2012 08.00	1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor kondisi klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, minum susu formula per NGT. Abdomen buncit dan tegang, lingkar perut 53 cm. BB= 7,050 kg.
09.00	2,4 2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Memberi kompres hangat dan mengajarkan keluarga melakukan kompres hangat. 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 38,1⁰ C, N: 130 X/mnt RR 36 x/mnt. • Keluarga menyatakan memahami penjelasan yang diberikan dan menyatakan kesediaannya melaksanakan anjuran petugas
11.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Menekankan untuk ikut dengan mencatat asupan nutrisi dan cairan serta haluaran dari urine, feces maupun muntah. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga menyatakan memahami penjelasan yang diberikan • Keluarga menyatakan kesediaannya melaksanakan anjuran petugas.
12.00	2,4 4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Injeksi cefotaksim 350 mg (hari ke 3) IV diberikan 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 37,5⁰ C, N: 132 X/mnt RR 32 x/mnt.
14.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan dan haluaran, asupan nutrisi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula peptamen dan air 246 cc ditambah ASI, Haluaran : urine dan feces 160 cc, IWL 53 cc = 213 cc. Balans = +33
9-4- 2012 08.00	1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, perut buncit dan tegang, lingkar perut 52 cm, BB = 7,590 kg. Klien sudah mendapat albumin 25% sebanyak 25 cc dan hasil pemeriksaan albumin post transfusi tanggal 11-4-2012 jam 19.00 = 3,13 g/dl. • Klien dikeluhkan BAB berdarah

			<p>sejak tanggal 8-4-2012 pagi. Sudah dilakukan pemeriksaan laboratorium dan hasilnya : Hb= 6,7 g/dl, Hematokrit = 20,5%, Trombosit = 68.000 mm³, PT = 28,7 detik (2,2 kali), APTT = 124,6 detik (3,8 kali). Kesan terjadi anemia, trombositopenia, peningkatan PT-APTT. Sudah mendapat transfusi PRC 150 cc dibagi dalam 2 kali pemberian dan mendapat tambahan terpi vitamin K 1 x 0,2 mg selama 3 hari. Karena frekwensi BAB bercampur darah bertambah sering, klien rencana diberikan FFP 3 x 70 ml.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagi ini keluarga melaporkan klien sudah BAB bercampur darah 6 kali sejak kemarin, klien masih puasa. Saat ini terpasang IVFD N5 (460) + D40 (90) + KCl (10) 23,3 ml/jam, aminofusin 5% 5,8 l/jam. Klien tampak sesak, terpasang O2 ½ liter/menit.
09.00	2,4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 37,5⁰ C, N: 130 X/mnt RR 40 x/mnt.
	1,8	<ul style="list-style-type: none"> • Ronde divisi gastrohepatologi 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien tidak dipuaskan lagi, diduga BAB berdarah karena infeksi parasit, dan rencana analisis tinja parasit dan analisis feses. Klien mendapat tambahan therapi metronidazole 3 x 2,5 ml po, spironolakton 3 x 6,25 mg po.
12.00	2,3,7,8	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,4⁰ C, N: 120 X/mnt RR 36 x/mnt.
	4	<ul style="list-style-type: none"> • Injeksi cefotaksim 350 mg (hari ke- 5) 	
14.00	1,2,3,4,7,8	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, masih tampak sesak, akral hangat. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu peptamen 240 cc dan Aminofusin 48 cc = 288. Haluaran : urine dan BAB 270 cc, IWL 56 cc = 326 cc. Balans

			= -38
10-4-2012 08.00	1,2,3,4,7,8	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, perut buncit dan tegang, lingkaran perut 57 cm, masih tampak sesak, terpasang O₂ 1/2 liter/ menit, akral hangat, BB = 7,600 kg. Hasil pemeriksaan feses lengkap menunjukkan adanya lemak dan darah samar. Tadi malam sesak bertambah dan klien dilakukan pemeriksaan darah lengkap. Hasil pemeriksaan sebagai berikut : Hb= 8,3 g/dl, Hematokrit = 26,4%, Trombosit = 64.000 mm³. Pukul 06.30 sudah masuk FFP II Golongan B 70 cc.
09.00	2,3,7,8 6,7	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Menganjurkan ibu untuk memberi klien posisi setengah duduk atau digendong dengan posisi lebih tegak. 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 37⁰ C, N: 102 X/mnt RR 52 x/mnt.
12.00	2,3,7,8 4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Injeksi cefotaksim 350 mg IV (hari ke 7), spironolakton 6,25 mg po, metronidasole 2,5 ml po. 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36⁰ C, N: 120 X/mnt RR 48 x/mnt.
14.00	1,2,3,4,7,8	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran dan perubahan terapi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, klien sudah tidak demam. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu peptamen 240 cc, FFP 70 cc = 310 cc. Haluaran : urine dan BAB 165 cc, IWL 57 cc = 222 cc Balans = - 88 cc Klien mendapat tambahan terapi furosemid oral 2 x 6 mg. Diet sudah diganti nasi tim ayam blender tanpa sayur 2 x dan peptamen 6 x 70 ml/NGT.

<p>11-4-2012 08.00</p>	<p>1,2,3,4,7,8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil laboratorium tanggal 10-4-2012 pukul 19.00 : Hemoglobin= 7,7 g/dl, Hematokrit = 23,4%, Trombosit = 63.000 mm³, leukosit = 9620/ul, PT = 20,9 detik (1,65 kali), APTT = 843 detik (33,4 kali), SGOT = 49 (N< 84), SGPT = 154 (N <60), albumin= 2,35 g/dl, gamma GT= 70 U/L, Bilirubin total = 28,32 bilirubin direk = 24,96, bilirubin indirek = 25,12, ureum = 42 mg/dl, kreatinin = 0,30 mg/dl, alkali posfatase = 213 u/l. Kesan terjadi anemia, trombositopenia, peningkatan PT-APTT, hipoalbuminemia. • Klien sudah endapat tranfusi PRC II 80 cc pukul 23.30 dan tranfusi albumin 16 cc selang 6 jam setelah transfuse PRC selesai. • Saat evaluasi keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, perut buncit dan tegang, lingkaran perut 53 cm, sesak sudah berkurang, terpasang O2 1/2 liter/ menit, akral hangat, BB = 7,510 kg. Ibu mengatakan klien BAB 9 x dalam 24 jam, konsistensi seperti bubur, warna kuning, tidak ada lendir kadang-kadang ada darah sedikit.
<p>09.00</p>	<p>2,3,7,8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,8⁰ C, N: 104 X/mnt RR 40 x/mnt.
	<p>1,4</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Membaca perubahan program dan terapi dari gastrohepatologi 	<ul style="list-style-type: none"> • Furosemid distop, terapi lain lanjut, diberi tambahan zink 1 x 20 mg,
<p>12.00</p>	<p>2,3,7,8 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Injeksi cefotaksim 350 mg IV (hari ke 8), spironolakton 6,25 mg po, metronidasole 2,5 ml po. 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 37⁰ C, N: 120 X/mnt RR 38 x/mnt.

14.00	1,2,3,4,7,8	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, klien sudah tidak demam. Diet nasi tim pukul siang hanya habis 3 sendok makan. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu peptamen 123 cc. Haluaran : urine dan BAB 85 cc, IWL 56cc = 141 cc. Balans = - 18
12-4-2012 14.00	1,2,3,4,7,8	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, perut buncit dan tegang, lingkaran perut 55 cm, masih tampak sesak, terpasang O2 1/2 liter/ menit, akral hangat, BB = 7,610 kg. Hasil pemeriksaan analisis tinja menunjukkan adanya infeksi usus karena bakteri gram negative disertai eritrosit dalam tinja.
15.00	2,4,7,8 2,4,7,8	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Membaca hasil laboratorium 	<ul style="list-style-type: none"> • S:37⁰ C, N: 118 X/mnt RR 40 x/mnt. • Hemoglobin= 8 g/dl, Hematokrit = 24,8%, Trombosit = 40.000 mm³, leukosit = 11910/ul, PT = 20,9 detik (1,65 kali), APTT = 82,3 detik (2,48 kali), albumin= 2,59 g/dl, Na+ 138, K 2,48, Cl 100. Kesan : anemia, trombositopenia, hipoalbuminemia, pemanjangan faktor pembekuan, hipokalemia. Instruksi : Koreksi Ka En 3B 22 ml/ jam, transfusi albumin 25% 12 ml.
18.00	1,2,4,7,8	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital, dan memberi obat oral furosemid 6 mg dan vitamin E 200 unit per oral. 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 37,4⁰ C, N: 120 X/mnt RR 38x/mnt.
19.00	1	<ul style="list-style-type: none"> • Memasang IVFD KaEn 3 B 25 ml/jam 	
20.00	4	<ul style="list-style-type: none"> • Injeksi cefotaksim 350 mg IV dan memberi obat oral metronidazole 2,5 ml, asam ursodeoksilat 60 	

	1,2,3,4,7,8	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, masih tampak sesak, klien rewel, diet nasi tim hanya habis ¼ porsi. Asupan dan haluaran sejak jam 14.00 sampai jam 20.00, asupan susu peptamen 123 cc dan IVFD KaEn 3B 25 cc= 148 cc = 271 cc. Haluaran : urine dan BAB 170 cc, IWL 57 cc = 227 cc. Balans =+44.
13-4-2012 08.00	1,2,3,4,7,8	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, dikeluhkan demam S: 38⁰C, perut tambah besar dan tegang, lingkaran perut 58 cm, tampak sesak, terpasang O2 1/2 liter/menit, akral hangat, BB = 7,787 kg. Sudah masuk albumin 25% 12 cc.
09.00	2,4,7,8	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 37,9⁰ C, N: 120 X/mnt RR 48 x/mnt.
09.30	2,4,7,8	<ul style="list-style-type: none"> • Membaca hasil laboratorium, perubahan terapi dan program selanjutnya 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil kultur urine menunjukkan terdapat kuman enterococcus > 100.000 kuman/ml. Kuman sensitive terhadap vankomycin, dan fosfomycin, resisten terhadap cefotaksim. • Rencana pungsi asites hari senin, mendapat terapi lasix ekstra 6 mg IV 1 kali, spironolakton 3 x 6,25 po dan furosemid 3 x 6 mg po, KCl 3 x 200 mg po.
12.00	2,4,7,8 7 7 1,3	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Inhalasi dengan NaCl 2 cc dan salbutamol 1 ml. • Memberi obat oral asam ursodioksilat 60 mg, KCl 200 mg po. 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 37,5⁰ C, N: 110 X/mnt RR 40 x/mnt.
14.30	1,2,3,4,7,8	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran dan perubahan terapi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum lemah. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, <i>asupan</i> susu peptamen 85 cc, IVFD KaEn 3

			<p>B 150 cc = 235 cc Haluaran : urine dan BAB 180 cc, IWL 58 cc = 238 cc. Balans = - 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasil laboratorium procalcitonin 5, 55 mg/dl. Kesan : klinis sepsis. • Perubahan terapi : fosfomycin 3 x 700 mg IV selama 5 hari.
16-4-2012		Mengevaluasi perkembangan klien dari data dokumentasi	<p>Tanggal 14-4-2012 pukul 11.00 WIB, kondisi klien memburuk, klien sesak nafas, dan akhirnya dilakukan intubasi. Klien kemudian dipindahkan ke ruang PICU pukul 23.00. Berdasarkan informasi dari PICU, klien dinyatakan meninggal tanggal 15-4-2012 pukul 02.30 WIB.</p>



D Catatan Perkembangan (Evaluasi/Respon organismik)

TANGGAL	EVALUASI
7-4-2012 (Pagi)	<p>S: Ibu mengatakan klien sangat rewel, badannya demam.</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, abdomen buncit dan tegang, lingkar perut 54,5 cm, terdapat <i>wasting</i> dan tidak ada <i>baggy pants</i>. BB= 7,050 kg, S: 37,5⁰ C, N: 132 X/mnt RR 32 x/mnt. Asupan susu formula peptamen dan air 246 cc ditambah ASI, Haluaran : urine dan feces 160 cc, IWL 53 cc = 213 cc. Balans = +33</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 2. Hipertermia (belum teratasi) 3. Kelebihan volume cairan (belum teratasi) 4. Risiko penyebaran infeksi (masih berisiko) 5. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 6. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan.</p>
9-4-2012 (Pagi)	<p>S: Ibu mengatakan klien BAB bercampur darah sejak kemarin.</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, abdomen buncit dan tegang, lingkar perut 54,5 cm, terdapat <i>wasting</i> dan tidak ada <i>baggy pants</i>. BB= 7,590 kg, S: 36,4⁰ C, N: 120 X/mnt RR 40 x/mnt. Terpasang IVFD N5 (460) + D40 (90) + KCl (10) 23,3 ml/ jam, aminofusin 5% 5,8 l/jam. Klien tampak sesak, terpasang O2 ½ liter/menit. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 8-4-2012: Hb= 6,7 g/dl, Hematokrit = 20,5%, Trombosit = 68.000 mm³, PT = 28,7 detik (2,2 kali), APTT = 124,6 detik (3,8 kali). Kesan terjadi anemia, trombositopenia, peningkatan PT-APTT. Sudah mendapat transfusi PRC 150 cc dibagi dalam 2 kali pemberian. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu peptamen 240 cc dan Aminofusin 48 cc = 288. Haluaran : urine dan BAB 270 cc, IWL 56 cc = 326 cc. Balans = -38</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 2. Hipertermia (belum teratasi) 3. Kelebihan volume cairan (belum teratasi) 4. Risiko penyebaran infeksi (masih berisiko) 5. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 6. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) 7. Pola nafas tidak efektif 8. Risiko gangguan perfusi jaringan.

	<p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan. Berikan terapi sesuai program : klien mendapat tambahan terapi vitamin K 1 x 0,2 mg selama 3 hari dan rencana diberikan FFP 3 x 70 ml.</p>
10-4-2012 (Pagi)	<p>S: Ibu mengatakan klien tadi malam bertambah sesak, BAB tidak merah lagi.</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, akral hangat, abdomen buncit dan tegang, lingkaran perut 57 cm, terdapat wasting dan tidak ada baggy pants. BB= 7,600 kg., S: 36⁰ C, N: 120 X/mnt RR 48 x/mnt. Tadi malam sesak bertambah dan klien dilakukan pemeriksaan darah lengkap. Hasil pemeriksaan sebagai berikut : Hb= 8,3 g/dl, Hematokrit = 26,4%, Trombosit = 64.000 mm³. Pukul 06.30 sudah masuk FFP II Golongan B 70 cc. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu peptamen 240 cc, FFP 70 cc = 310 cc. Haluaran : urine dan BAB 165 cc, IWL 57 cc = 222 cc Balans = - 88 cc</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 2. Hipertermia (teratasi) 3. Kelebihan volume cairan (belum teratasi) 4. Risiko penyebaran infeksi (masih berisiko) 5. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 6. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) 7. Pola nafas tidak efektif (belum teratasi) 8. Risiko gangguan perfusi jaringan (masih berisiko) <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan untuk masalah yang belum teratasi dan masih berisiko untuk terjadi. Berikan diet dan terapi sesuai program :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mendapat tambahan terapi furosemid oral 2 x 6 mg. 2. Diet sudah diganti nasi tim ayam blender tanpa sayur 2 x dan peptamen 6 x 70 ml/NGT
11-4-2012 (Pagi)	<p>S: Ibu mengatakan klien BAB 9 x dalam 24 jam, konsistensi seperti bubur, warna kuning, tidak ada lendir kadang-kadang ada darah sedikit. Klien sudah diberikan transfusi PRC ke II.</p> <p>O: Keadaan umum lemah, perut buncit dan tegang, lingkaran perut 53 cm, sesak sudah berkurang, terpasang O2 1/2 liter/ menit, akral hangat, BB = 7,510 kg., terdapat wasting dan tidak ada baggy pants. S: 37⁰ C, N: 120 X/mnt RR 38 x/mnt. Hasil laboratorium tanggal 10-4-2012 pukul 19.00 : Hemoglobin= 7,7 g/dl, Hematokrit = 23,4%, Trombosit = 63.000 mm³, leukosit = 9620/ul, PT = 20,9 detik (1,65 kali), APTT = 843 detik (33,4 kali), SGOT = 49 (N< 84), SGPT = 154 (N <60),</p>

	<p>albumin= 2,35 g/dl, gamma GT= 70 U/L, Bilirubin total = 28,32 bilirubin direk = 24,96, bilirubin indirek = 25,12, ureum = 42 mg/dl, kreatinin = 0,30 mg/dl, alkali posfatase = 213 u/l. Kesan terjadi anemia, trombositopenia, peningkatan PT-APTT, hipoalbuminemia. Diet nasi tim pukul siang hanya habis 3 sendok makan. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu peptamen 123 cc. Haluaran : urine dan BAB 85 cc, IWL 56cc = 141 cc. Balans = - 18</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 2. Kelebihan volume cairan (belum teratasi, namun sudah mengalami perbaikan) 3. Risiko penyebaran infeksi (masih berisiko) 4. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 5. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) 6. Pola nafas tidak efektif (belum teratasi) 7. Risiko gangguan perfusi jaringan (masih berisiko) <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan untuk masalah yang belum teratasi dan masih berisiko untuk terjadi.</p>
<p>12-4-2012 (Sore)</p>	<p>S: Ibu mengatakan klien BAB bercampur darah lagi, sudah 2 kali sejak pagi, perut klien bertambah besar, klien rewel</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, perut buncit dan tegang, lingkaran perut 55 cm, tampak sesak, terpasang O2 1/2 liter/ menit, akral hangat, BB = 7,610 kg, terdapat wasting dan tidak ada baggy pants Hasil pemeriksaan analisis tinja menunjukkan adanya infeksi usus karena bakteri gram negative disertai eritrosit dalam tinja. Hemoglobin= 8 g/dl, Hematokrit = 24,8%, Trombosit = 40.000 mm³, leukosit = 11910/ul, PT = 20,9 detik (1,65 kali), APTT = 82,3 detik (2,48 kali), albumin= 2,59 g/dl, Na⁺ 138, K 2,48, Cl 100. Kesan : anemia, trombositopenia, hipoalbuminemia, pemanjangan faktor pembekuan, hipokalemia. S: 37,4⁰ C, N: 120 X/mnt RR 38x/mnt. Diet nasi tim hanya habis ¼ porsi. Asupan dan haluaran sejak jam 14.00 sampai jam 20.00, asupan susu peptamen 123 cc dan IVFD KaEn 3B 25 cc= 148 cc = 271 cc. Haluaran : urine dan BAB 170 cc, IWL 57 cc = 227 cc. Balans =+44.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 2. Kelebihan volume cairan (belum teratasi) 3. Risiko penyebaran infeksi (masih berisiko) 4. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 5. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) 6. Pola nafas tidak efektif (belum teratasi)

	<p>7. Risiko gangguan perfusi jaringan (masih berisiko)</p> <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan untuk masalah yang belum teratasi dan masih berisiko untuk terjadi.</p>
13-4-2012 (Pagi)	<p>S: Ibu mengatakan klien kondisi klien semakin lemah, klien demam dan sesak.</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, perut tambah besar dan tegang, lingkaran perut 58 cm, tampak sesak, terpasang O₂ 1/2 liter/ menit, akral hangat, BB = 7,787 kg. Sudah masuk albumin 25% 12 cc. S: 37,9⁰ C, N: 120 X/mnt RR 48 x/mnt. Hasil kultur urine menunjukkan terdapat kuman enterococcus > 100.000 kuman/ml. Kuman sensitive terhadap vankomycin, dan fosfomycin, resisten terhadap cefotaksim. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu peptamen 85 cc, IVFD KaEn 3 B 150 cc = 235 cc Haluaran : urine dan BAB 180 cc, IWL 58 cc = 238 cc. Balans = - 3. Hasil laboratorium procalsitonin 5, 55 mg/dl. Kesan : klinis sepsis.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 2. Kelebihan volume cairan (belum teratasi) 3. Risiko penyebaran infeksi (masih berisiko) 4. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 5. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) 6. Pola nafas tidak efektif (belum teratasi) 7. Risiko gangguan perfusi jaringan (masih berisiko) 8. Hipertemia <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan untuk masalah yang belum teratasi dan masih berisiko untuk terjadi.</p> <p>Tambahan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan ibu untuk memberi kompres hangat. 2. Berikan terapi sesuai program : klien mendapat tambahan terapi lasix ekstra 6 mg IV 1 kali, spironolakton 3 x 6,25 po dan furosemid 3 x 6 mg po, KCl 3 x 200 mg po, fosfomycin 3 x 700 mg IV selama 5 hari.
16-4-2012	<p>Dari data dokumentasi diperoleh informasi :</p> <p>Tanggal 14-4-2012 pukul 11.00 WIB, kondisi klien memburuk, klien sesak nafas, dan akhirnya dilakukan intubasi. Klien kemudian dipindahkan ke ruang PICU pukul 23.00. Berdasarkan informasi dari PICU, klien dinyatakan meninggal tanggal 15-4-2012 pukul 02.30 WIB</p>

Kasus kelolaan 5

**APLIKASI TEORI KONSERVASI DALAM
ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN GIZI BURUK
MARASMIK, INFEKSI SALURAN KENCING, ILEOSTOMI RIWAYAT
HIGH HALUARAN STOMA DI GEDUNG A LANTAI I IKA
RSUPN CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA**

A. Data Dasar

1. Identitas

Nama Anak : By. Ny Ely Triana
 Tempat/ Tgl. Lahir/Usia : Jakarta, 9-2-2012
 Alamat : Jalan Bayam makmur No 20 RT
 005/002 Gandaria.
 Nama Ayah/Ibu : Ny. E
 Pekerjaan Ayah/Ibu : Swasta
 Pendidikan Ayah/Ibu : SMA

2. Status Kesehatan Anak

a. Keluhan utama:

Batuk pilek sejak 10 hari sebelum masuk rumah sakit, produksi stoma bertambah banyak dan cair.

b. Riwayat penyakit:

- 1) 10 hari sebelum masuk rumah sakit, klien mengalami batuk dan pilek, tidak sesak, namun tidak dibawa berobat, hanya diuap sendiri di rumah dengan Na Cl.
- 2) Tanggal 4 April 2012, klien dibawa ke RSCM untuk kontrol. Produksi stoma lebih cair dan lebih banyak = 175 ml/24 jam, anak tampak kehausan. Klien kemudian disarankan langsung ke UGD, karena tampak dehidrasi. Klien dirawat di UGD dengan diagnose produksi stoma berlebih dengan dehidrasi berat dan gizi buruk. Dilakukan rehidrasi, klien dipuaskan, mendapat terapi asam folat 1 x 5 mg dan vitamin A 50.000 IU po. Klien sempat mengalami asidosis metabolic dan alkalosis respiratorik pada

tanggal 4 April 2012 pukul 23.00, dan sudah dilakukan koreksi dengan bicnat 50 mEq dalam 15 ml/8 jam. Tanggal 6 April 2012 klien sudah mengalami perbaikan dan diperbolehkan minum 6 x 5 ml dan dinaikan bertahap. Hasil kultur urine tanggal 9 April 2012 menunjukkan adanya kuman pseudomonas sp > 10⁵ kuman/ml dan E coli > 10⁵ kuman/ml, klien kemudian mendapat terapi cefoperazone sulbaktam 2 x 100 mg.

3) Klien pindah ke ruang IKA infeksi tanggal 12 April 2012 pukul 16.50. Saat tiba di ruang infeksi, keadaan umum baik, terpasang IVFD: Ns (460) +KCl (10) +D40 (40) =4,2 ml/jam, aminofusin 5 % 2 ml/ jam, minum per oral mau dengan diet pregestimil 8 x 30 ml, BB 2720 gram, PB = 49 cm, Lila = 8 cm.

c. Riwayat penyakit dahulu

1) Usia 3 hari, anak demam disertai perut kembung, muntah berwarna hijau, dibawa ke salah satu rumah sakit dan akhirnya dirujuk ke RSCM. Di RSCM didiagnosa mengalami infeksi usus, kemudian dilakukan operasi ileostomi, dirawat selama 1 bulan di ruang BCH RSCM.

d. Diagnosa medis :

- 1) Gizi buruk marasmik
- 2) ISK e.c pseudomonas Sp
- 3) Ileostomi riwayat produksi stoma berlebih

e. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

Ibu mengatakan ngidam tidak ada keluhan selama hamil. An. T adalah anak pertama, lahir secara SC atas indikasi partus lama, cukup bulan, langsung menangis, dengan BB lahir 3000 g, dan panjang badan 49 cm.

f. Hasil pemeriksaan laboratorium:

Tanggal 4 April 2012:

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL	SATUAN
Hemoglobin	9,10	9,2 – 13,6	g/dl
Hematokrit	24,2	35 - 45	%
Trombosit	820	150 – 400	10^3 /UL
Leukosit	36800	6,00 – 17,50	10^3 /UL
Elektrolit			
a. Kalium	5,03	132 – 147	mEq/L
b. Natrium	122	3,50 – 5,50	mEq/L
c. Klorida	98	100 - 106	mEq/L

g. Diet : pregestimil 8 x 30 ml

h. Therapi:

- 1) IVFD: TPN =Ns (460) +KCl (10) +D40 (40) =4,2 ml/jam
- 2) Aminofusin 5 % 2 ml/ jam
- 3) Cefopercizole sulbaktam 2 x 100 mg IV (4)
- 4) Asam folat 1 x 1 mg po
- 5) Ganti produk stoma dengan NaCl 0,9% sejumlah produk stoma.

B. Pengkajian Teori Konservasi

a. Perubahan lingkungan internal

Klien mengalami riwayat mengalami infeksi usus dan dilakukan ileostomy. Saat ini BAB melalui stoma. Berat badan sulit naik, BB lahir 3000 gram, BB saat ini 2720 gram. Menurut ibu, bila klien diberi minum terlalu banyak dalam sekali pemberian, maka akan banyak pula produksi stoma. Klien mengalami riwayat produksi stoma berlebih.

b. Perubahan lingkungan eksternal

Menurut keluarga, klien tinggal di lingkungan yang cukup bersih. Klien dirawat di sebuah ruangan ber AC bersama 5 pasien lainnya dengan penyakit-penyakit infeksi. Menurut ibu, ketika di UGD klien sering

terganggu tidurnya, karena terlalu ramai dan banyak yang lewat di sekitar klien. Di ruang rawat saat ini, klien bisa tidur lebih nyenyak dan lama.

c. Konservasi energi

Klien diberi diet pregestimil 8 x 30 ml. Klien juga mendapat TPN dan aminofusin. Badan tampak kurus, berat badan tidak sesuai dengan usia. Gerakan kurang aktif, dan tampak lemah. Minum susu kuat, selalu habis bahkan menurut ibu cenderung kurang, namun bila diberikan lebih, akan keluar lagi lewat stoma.

d. Konservasi integritas struktur

Klien tampak kurus, berat badan klien saat ini 2720 gram, BB lahir 3000 gram, lingkar lengan 8 cm. Terdapat stoma di abdomen sebelah kiri berwarna merah, tidak ada iritasi di kulit sekitar stoma. Klien juga mengalami infeksi saluran kencing oleh kuman pseudomonas. Suhu 36⁰C, nadi: 130 x/mnt, RR: 36x/mnt.

e. Konservasi integritas personal

Klien dilakukan ileostomi dan saat ini masih BAB lewat stoma. Apabila anak sudah bisa mengamati diri dan orang lain, maka stoma dapat mengganggu gambaran diri klien karena merasa berbeda dari teman-temannya. Klien mengalami gizi buruk marasmik yang jika berlanjut terus dapat mengganggu tumbuh kembang klien dan akan berdampak pada integritas personal bila klien sudah besar.

f. Konservasi integritas sosial

Klien selalu ditunggu oleh ibunya, ibu sangat khawatir dengan kondisi klien. Ibu mengungkapkan sering merasa sedih melihat apa yang diminum klien selalu keluar lagi lewat stoma, seperti tidak ada yang diserap oleh tubuh anaknya. Ibu ingin sekali berat badan anaknya bisa naik sesuai target 5 kg, sehingga bisa segera dilakukan penutupan ileostomi.

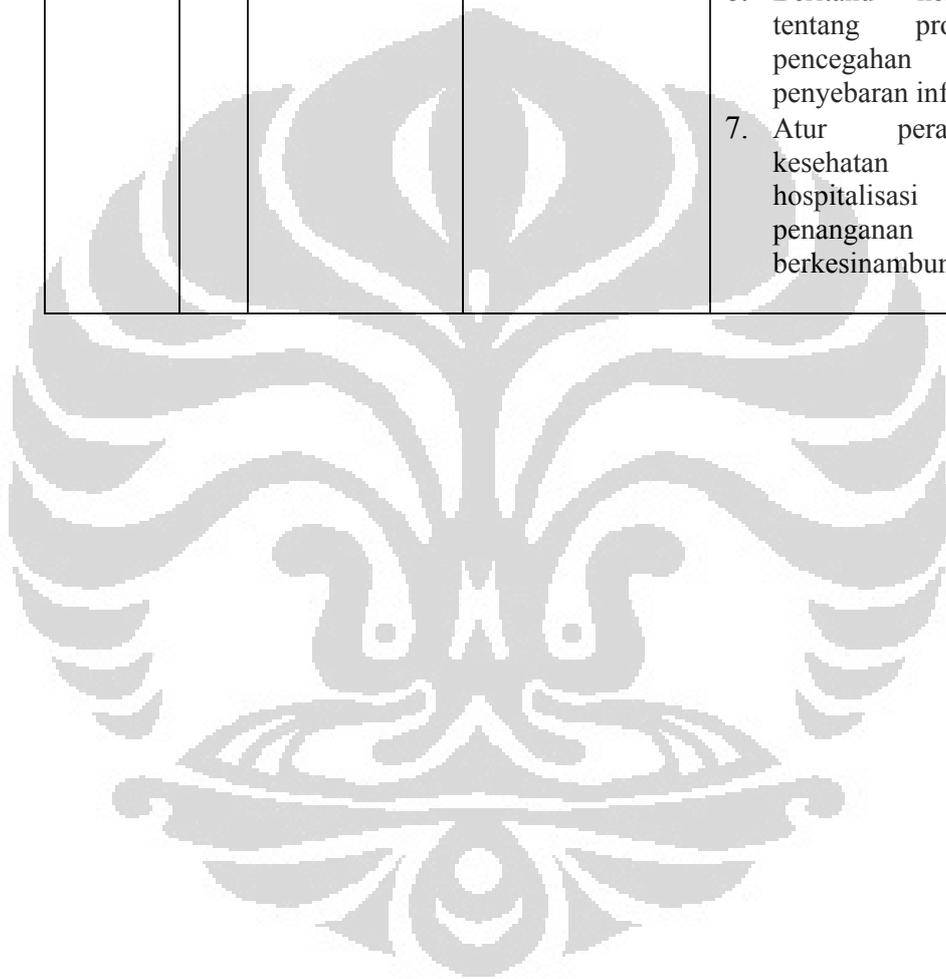
C. Rencana Keperawatan (Tropicognosis dan Hipotesis).

Tanggal	No	Tropicognosis	Hipotesis	
12-4-2012	1.	Risiko defisit volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan dari traktus gastrointestinal ke melalui produk stoma.	<p>Pemberian cairan rehidrasi</p> <p>Tujuan : setelah diberikan tindakan keperawatan klien menunjukkan hidrasi yang adekuat dengan kriteria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asupan cairan adekuat sesuai kebutuhan ditambah. • Tidak ada tanda/gejala dehidrasi (tanda-tanda vital dalam batas normal, produksi stoma tidak lebih dari 2 ml/jam). 	<p>Intervensi keperawatan:</p> <p>Konservasi energi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan cairan oral, NGT dan parenteral sesuai program. 2. Catat <i>asupan</i> dan <i>haluaran</i>. 3. Libatkan keluarga dalam pemberian minum, memantau asupan dan haluaran cairan . 4. Ganti produk stoma dengan Na Cl 0,9% sejumlah produk stoma. <p>Konservasi integritas struktur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tanda-tanda dehidrasi 2. Timbang BB setiap hari 3. Pantau tanda-tanda vital. 4. Kolaborasi dengan dokter untuk program terapi
12-4-2012	2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan yang berhubungan dengan gangguan penyerapan, kehilangan nutrisi akibat tingginya produksi stoma.	<p>Pemberian nutrisi adekuat</p> <p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan nutrisi terpenuhi dengan kriteria, asupan nutrisi sesuai kebutuhan, <i>haluaran</i> stoma dalam batas normal, BB meningkat atau normal sesuai usia.</p>	<p>Konservasi energi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan nutrisi sesuai diet pasien. 2. Pastikan nutrisi diberikan sesuai program. 3. Amati dan catat respon anak terhadap pemberian susu formula, apakah ada mual atau muntah, atau keluar berlebihan lewat stoma. 4. Jelaskan kepada keluarga tentang penyebab malnutrisi. 5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk

				<p>menjelaskan lebih lanjut tentang kebutuhan nutrisi pemulihan, susunan menu dan pengolahan makanan sehat seimbang, tunjukkan contoh jenis sumber makanan ekonomis sesuai status ekonomi klien.</p> <p>6. Laksanakan pemberian total parental nutrition dan makronutrient lainnya sesuai program terapi.</p> <p>Konservasi Integritas stuktur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan setiap hari 2. Pantau tanda-tanda kekurangan gizi
12-4-2012	3	Risiko penyebarluasan infeksi berhubungan dengan malnutrisi, penyakit kronis.	<p>Tindakan pencegahan penyebarluasan infeksi.</p> <p>Tujuan: setelah diberikan tindakan keperawatan, tidak terjadi penyebarluasan infeksi dengan criteria: klien bebas dari tanda dan gejala infeksi, hasil pemeriksaan laboratorium (jumlah leukosit, nilai prokalsitonin) dalam batas normal, status imun, gastrointestinal, genitourinaria dalam batas normal.</p>	<p>Konservasi energi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan asupan nutrisi adekuat 2. Berikan waktu istirahat yang cukup. <p>Konservasi integritas struktur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan teknik aseptif 2. Batasi pengunjung bila perlu 3. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 4. Ganti letak IV perifer dan dressing sesuai dengan petunjuk umum 5. Berikan terapi antibiotik Cefoperazole sulbaktam 2 x 100

				mg IV 6. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
12-4-2012	4	Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan asupan kalori protein yang tidak adekuat, proses katabolisme, dan kemungkinan gangguan penyerapan.	Klien membutuhkan stimulasi tumbuh kembang yang lebih optimal. Tujuan: klien akan mencapai pertumbuhan dan perkembangan sesuai standar usia dengan kriteria: pertumbuhan fisik (ukuran antropometrik) sesuai tahap usia. perkembangan motorik, bahasa/ kognitif dan personal/sosial sesuai tahap usia.	Konservasi integritas personal: 1. Ajarkan kepada orang tua tentang standar pertumbuhan fisik dan tugas-tugas perkembangan sesuai usia anak. 2. Lakukan pemberian makanan/ minuman sesuai program . 3. Lakukan pengukuran antropometrik secara berkala. 4. Ajarkan orang tua untuk melakukan stimulasi tingkat perkembangan sesuai dengan usia klien. 5. Lakukan rujukan ke lembaga pendukung stimulasi pertumbuhan dan perkembangan (Puskesmas/Posyan-du)
12-4-2012	5	Perubahan proses keluarga yang berhubungan dengan krisis situasi dan kurangnya pengetahuan	Keluarga membutuhkan informasi terkait kondisi anak. Tujuan : Orang tua mengerti tentang kondisi anak, paham prosedur dan terapi yang diperleh anak, dengan kriteria : orang tua menyatakan pemahaman, koopertaif terhadap tindakan	Konservasi Integritas sosial : 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Dorong keluarga untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi 3. Bantu keluarga untuk memberikan rasa nyaman dan dukungan pada anak 4. Berikan informasi kepada keluarga mengenai keadaan

			<p>dan ikut berpartisipasi dalam pemberian asuhan</p>	<p>sakit anaknya, tindakan terapeutiknya untuk mendorong kepatuhan terhadap program terapeutik.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Ijinkan keluarga berpartisipasi dalam perawatan anak untuk memenuhi kebutuhan anak. 6. Beritahu keluarga tentang prosedur pencegahan penyebaran infeksi 7. Atur perawatan kesehatan pasca hospitalisasi untuk penanganan yang berkesinambungan.
--	--	--	---	--



D. Implementasi

TGL/ JAM	TROP.	IMPLEMENTASI	EVALUASI
12-4-2012 17.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> Mengkaji kondisi klien 	<ul style="list-style-type: none"> Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, mukosa bibir lembab, Berat badan 2720 gram, terpasang IVFD TPN, aminofusin dan NaCl 0,9 %, minum pregistimil per dot 8 x 30 cc selalu habis.
	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> Memberi penjelasan pada ibu tentang tata tertib ruangan, jam berkunjung, perawatan yang akan dilakukan, ikut memantau masukan dan haluaran cairan dan tanda-tanda dehidrasi, menekankan 5 waktu mencuci tangan. 	<ul style="list-style-type: none"> Ibu menyatakan memahami penjelasan yang diberikan dan menyatakan kesediaannya melaksanakan anjuran petugas.
18.00	1,3	<ul style="list-style-type: none"> Memantau tanda-tanda vital dan produksi stoma 	<ul style="list-style-type: none"> S: 36,1⁰ C, N: 120 X/mnt RR 36 x/mnt. Produksi stoma /6 jam 25 cc.
	1	<ul style="list-style-type: none"> Mengganti produk stoma dengan NaCl 0,9% 25 cc dengan kecepatan 5 ml/jam 	
20.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> Memantau kondisi klien. 	<ul style="list-style-type: none"> Keadaan umum lemah, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Klien tidur.
13-4-2012 08.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> Kesadaran compos mentis, mukosa bibir lembab. Berat badan yang ditimbang pagi = 2790g
09.00	1,3	<ul style="list-style-type: none"> Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> S: 38,6⁰ C, N: 140 X/mnt RR 36 x/mnt.
	6	<ul style="list-style-type: none"> Menyarankan ibu untuk tidak menyelimuti klien terlalu tebal, menganjurkan untuk memberi kompres hangat. 	<ul style="list-style-type: none"> Keluarga menyatakan memahami penjelasan yang diberikan dan melaksanakan anjuran petugas.
	6	<ul style="list-style-type: none"> Memberi penjelasan pada keluarga tentang kemungkinan penyebab malnutrisi pada anak 	

12.00	1,3,6 1,2 1,3	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital dan produksi stoma • Mengganti produk stoma dengan NaCl 0,9% 30 cc. Memberi asam folat 1 mg po • Injeksi cefeperezole sulbactam 100 mg IV (hari ke-4). 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 37,5⁰ C, N: 130 X/mnt RR 36 x/mnt. Produksi stoma/6 jam 30 cc.
14.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran, dan mengevaluasi perubahan terapi 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula dan asam folat 95 cc, TPN 32 cc, aminofusin 16 cc dan NaCl 25 cc = 168 cc Haluaran : urine 50 cc, stoma 30 cc, IWL 28 cc = 108 cc. Balans = +60.
16-4-2012 14.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Kesadaran compos mentis, mukosa bibir lembab. Berat badan yang ditimbang pagi = 2745g. TPN dan aminofusin sudah distop sejak tanggal 14 April 2012. Diet pregistimil sudah naik 4 x 45 ml, 4 x 60 ml sejak tanggal 15-4-2012, dan tadi pagi dinaikkan lagi menjadi 8 x 60 ml. Antibiotik diganti oral cefuroxim 2 x 40 mg.
15.00	1,3	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,8⁰ C, N: 130 X/mnt RR 32 x/mnt.
18.00	1,3 1 1,3	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital dan produksi stoma • Mengganti produk stoma dengan NaCl 0,9% 50 cc. • Memberi obat oral cefuroxime 40 mg po. 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,9⁰ C, N: 120 X/mnt RR 40 x/mnt. Produksi stoma/6 jam 50 cc.
20.00	1,2,5	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Asupan dan haluaran sejak jam 14.00

			sampai jam 20.00, asupan susu formula dan air putih 105 cc, IVFD=37 cc= 142 cc. Haluaran : urine 30 cc, stoma 50 cc, IWL 27 cc = 107 cc. Balans = +35.
17-4-2012			
08.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Kesadaran compos mentis, mukosa bibir lembab. Berat badan yang ditimbang pagi = 2825g
09.00	1,3 4	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital • Menjelaskan pada ibu tentang tumbuh kembang anak dan stimulasi yang bisa diberikan sesuai dengan usia anak. 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,9⁰ C, N: 124 X/mnt RR 38 x/mnt. • Ibu memahami penjelasan yang diberikan.
12.00	1,3 1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital dan produksi stoma • Mengganti produk stoma dengan NaCl 0,9% 45 cc. Memberi asam folat 1 mg po. 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,6⁰ C, N: 128 X/mnt RR 38 x/mnt. Produksi stoma/6 jam 45 cc.
14.00	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran, dan mengevaluasi perubahan terapi 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula dan asam folat 110 cc, IVFD NaCl 0,9% 48,5 = 173,5 cc. Haluaran : urine 110 cc, stoma 45 cc, IWL 28 cc = 183 cc. Balans = -10. Susu formula dipekatkan dengan program 8 x 50 cc.
18-4-2012			
08.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Kesadaran compos mentis, mukosa bibir lembab. Berat badan yang ditimbang pagi = 2775g
09.00	1,3	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,4⁰ C, N: 138 X/mnt RR 32 x/mnt.

12.00	1,3 1 2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital dan produksi stoma • Mengganti produk stoma dengan NaCl 0,9% 25 cc. • Memberi asam folat 1 mg po 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36⁰ C, N: 136 X/mnt RR 34 x/mnt. Produksi stoma/6 jam 25 cc.
14.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran, dan mengevaluasi perubahan terapi 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula dan asam folat 110 cc, NaCl 0,9% 54cc = 164 cc. Haluaran : urine 100 cc, stoma 25 cc, IWL 28 = 153 cc. Balans = +11
19-4-2012 08.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Kesadaran compos mentis, mukosa bibir lembab. Berat badan yang ditimbang pagi = 2770g Diet pregistimil dinaikan menjadi 10 x 50 cc
09.00	1	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 37⁰ C, N: 124 X/mnt RR 32 x/mnt.
12.00	1,3 1	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau tanda-tanda vital dan produksi stoma • Mengganti produk stoma dengan NaCl 0,9% 40 cc. 	<ul style="list-style-type: none"> • S: 36,6⁰ C, N: 120 X/mnt RR 30 x/mnt. Produksi stoma/6 jam 40 cc.
14.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran, dan mengevaluasi perubahan terapi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula asam folat 125 cc. Haluaran : urine 30 cc, stoma 40 cc, IWL 28cc = 98 cc. Balans = +27 Klien rencana pulang.
20-4-2012 08.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Kesadaran compos mentis, mukosa bibir lembab. Berat badan yang ditimbang pagi = 2620g. Na Cl 0,9% distop. Produk stoma meningkat dan

	5	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan pendekatan dan menggali perasaan ibu. 	<p>selalu diganti dengan renalite sejumlah produk stoma.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu tampak cemas, ibu mengatakan tidak jadi pulang karena produk stoma semakin banyak. Ibu khawatir dengan kondisi anaknya, dan takut dehidrasi lagi karena pengganti produk stoma hanya lewat oral. Ibu tampak belum menerima penjelasan yang diberikan.
	5	<ul style="list-style-type: none"> Memberi penjelasan pada ibu, bahwa klien harus dilatih dan dievaluasi responnya terhadap pemberian cairan lewat oral, karena kalau sudah pulang, tidak bisa lagi mengganti cairan dengan IVFD. 	
	5	<ul style="list-style-type: none"> Menyarankan ibu untuk tetap sabar. 	<ul style="list-style-type: none"> S: 36,5⁰ C, N: 140 X/mnt RR 30 x/mnt. Produk stoma dari jam 6 = 40cc
09.00	1,3	<ul style="list-style-type: none"> Memantau tanda-tanda vital dan produk stoma. 	<ul style="list-style-type: none"> S: 36⁰ C, N: 130 X/mnt RR 32 x/mnt. Produksi stoma 25 cc. Ibu memberi anak renalite 25 cc
	1	<ul style="list-style-type: none"> Mengingatkan ibu untuk memberi renalit 40 cc 	
12.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> Memantau tanda-tanda vital dan produksi stoma. 	<ul style="list-style-type: none"> Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula asam folat dan renalite 165 cc. Haluaran : urine 55cc, stoma 65cc, IWL 26 cc = 146 cc. Balans = +19
14.00	1,2	<ul style="list-style-type: none"> Memantau kondisi klien, asupan nutrisi, asupan dan haluaran, dan mengevaluasi perubahan terapi 	<ul style="list-style-type: none"> Divisi nutrisi dan metabolic : diet pregistimil diturunkan menjadi 8 x 50 cc, bila produk stoma > 50 cc/ 6 jam, maka harus dipasang infuse lagi.

D Catatan Perkembangan (Evaluasi/Respon organismik)

TANGGAL	EVALUASI
<p>12-4-2012 (Sore)</p>	<p>S: Ibu mengatakan anak kuat minum, tetapi jika dikasi berlebih, akan keluar banyak lewat stoma.</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, mukosa bibir lembab, Berat badan 2720 gram, terpasang IVFD TPN, aminofusin dan NaCl 0,9 %, minum pregistimil per dot 8 x 30 cc selalu habis. Riwayat mengalami produksi stoma berlebihan. S: 36,1⁰ C, N: 120 X/mnt RR 36 x/mnt. Produksi stoma /6 jam 25 cc.</p> <p>A: Masalah keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko defisit volume cairan 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan 3. Risiko penyebaran infeksi 4. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan 5. Perubahan proses keluarga. <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan.</p>
<p>13-4-2012 (Pagi)</p>	<p>S: Ibu mengatakan anak bisa tidur nyenyak tadi malam, anak tidak rewel.</p> <p>O: Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastic, berat badan yang ditimbang pagi = 2790g, terdapat <i>wasting</i> dan tidak ada <i>baggy pant</i>. S: 37,5⁰ C, N: 130 X/mnt RR 36 x/mnt. Produksi stoma/6 jam 30 cc. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula dan asam folat 95 cc, TPN 32 cc, aminofusin 16 cc dan NaCl 25 cc = 168 cc Haluaran : urine 50 cc, stoma 30 cc, IWL 28 cc = 108 cc. Balans = +60.</p> <p>A: Masalah keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko defisit volume cairan (masih berisiko) 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 3. Risiko penyebaran infeksi (masih berisiko) 4. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 5. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan.</p>
<p>16-4-2012 (Sore)</p>	<p>S: Ibu mengatakan produksi stoma hari ini lebih banyak dari sebelumnya.</p> <p>O: Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. BB = 2745g, terdapat <i>wasting</i> dan tidak ada <i>baggy pant</i>. S: 36,9⁰ C, N: 120 x/mnt RR 40 x/mnt. Produksi stoma/6 jam 50 cc. Asupan dan haluaran sejak jam 14.00 sampai jam 20.00, asupan susu formula dan air putih 105 cc, IVFD=37 cc= 142 cc. Haluaran : urine 30 cc, stoma 50 cc, IWL 27 cc = 107 cc. Balans</p>

	<p>= +35.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko defisit volume cairan (masih berisiko) 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 3. Risiko penyebaran infeksi (masih berisiko) 4. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 5. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan. Berikan diet dan terapi sesuai program, diet susu pregestimil 8 x 60 cc, antibiotic diganti oral cefuroxim 2 x 40 mg.</p>
17-4-2012 (Pagi)	<p>S: Ibu mengatakan produk stoma banyak, bila klien dikasi minum 60 cc sekaligus.</p> <p>O: Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. BB= 2825g, terdapat <i>wasting</i> dan tidak ada <i>baggy pant</i>. S: 36,6⁰ C, N: 128 X/mnt RR 38 x/mnt. Produksi stoma/6 jam 45 cc. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula dan asam folat 110 cc, IVFD NaCl 0,9% 48,5 = 173,5 cc. Haluaran : urine 110 cc, stoma 45 cc, IWL 28 cc = 183 cc. Balans = -10. Susu formula dipekatkan dengan program 8 x 50 cc.</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko defisit volume cairan (masih berisiko) 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 3. Risiko penyebaran infeksi (masih berisiko) 4. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 5. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan. Berikan diet sesuai program, diet susu pregestimil dikentalkan menjadi 8 x 50 cc.</p>
18-4-2012 (Pagi)	<p>S: -</p> <p>O: Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. BB= 2775g, terdapat <i>wasting</i> dan tidak ada <i>baggy pant</i>. S: 36⁰ C, N: 136 X/mnt RR 34 x/mnt. Produksi stoma/6 jam 25 cc. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula dan asam folat 110 cc, NaCl 0,9% 54cc = 164 cc. Haluaran : urine 100 cc, stoma 25 cc, IWL 28 = 153 cc. Balans = +11</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko defisit volume cairan (masih berisiko)

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 3. Risiko penyebarluasan infeksi (masih berisiko) 4. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 5. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan untuk masalah yang belum teratasi dan masih berisiko.</p>
19-4-2012 (Pagi)	<p>S: Ibu mengatakan klien rencana pulang hari ini, masih mengurus jaminan.</p> <p>O: Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. BB= 2770g, terdapat <i>wasting</i> dan tidak ada <i>baggy pant</i>. S: 37⁰ C, N: 124 X/mnt RR 32 x/mnt. Produksi stoma/6 jam 40 cc. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula asam folat 125 cc. Haluaran : urine 30 cc, stoma 40 cc, IWL 28cc = 98 cc. Balans = +27</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko defisit volume cairan (tidak terjadi tetapi masih berisiko) 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 3. Risiko penyebarluasan infeksi (tidak terjadi) 4. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 5. Perubahan proses keluarga (teratasi) <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan untuk masalah yang belum teratasi dan masih berisiko. Berikan diet sesuai program : pregistimil dinaikan menjadi 10 x 50 cc. Produk stoma diganti dengan renalyte sejumlah produk stoma.</p>
20-4-2012 (Pagi)	<p>S: Ibu mengatakan produk stoma kemarin sore sampai 90 cc/ 6 jam, pengganti produk stoma tidak dengan infuse lagi. Klien tidak jadi pulang karena produk stoma semakin banyak. Ibu khawatir dengan kondisi anaknya, dan takut dehidrasi lagi karena pengganti produk stoma hanya lewat oral. Ibu selalu mengganti produk stoma dengan renalite tiap 6 jam, berat badan anak turun.</p> <p>O: Keadaan umum baik, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis. BB= 2620g, terdapat <i>wasting</i> dan tidak ada <i>baggy pant</i>. S: 36⁰ C, N: 130 X/mnt RR 32 x/mnt. Produksi stoma 25 cc. Asupan dan haluaran sejak jam 07.00 sampai jam 14.00, asupan susu formula asam folat dan renalite 165 cc. Haluaran : urine 55cc, stoma 65cc, IWL 26 cc = 146 cc. Balans = +19</p> <p>A: Masalah keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko defisit volume cairan (masih berisiko)

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (belum teratasi) 3. Risiko penyebaran infeksi (tidak terjadi) 4. Risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan (masih berisiko) 5. Perubahan proses keluarga (belum teratasi) <p>P: Lanjutkan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan untuk masalah yang belum teratasi dan masih berisiko.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan diet dan terapi sesuai program : diet pregestimil dikentalkan menjadi 8 x 50 cc, bila produk stoma > 50 cc/ 6 jam, maka harus dipasang infuse lagi. 2. Menyarankan ibu untuk tetap sabar dan kooperatif terhadap program terapi. 3. Mengingatkan ibu untuk memberi stimulasi tumbuh kembang sesuai usia anak. 4. Mengingatkan ibu untuk control sesuai jadwal bila sudah diijinkan pulang.
--	---

