



UNIVERSITAS INDONESIA

**APLIKASI MODEL KONSERVASI LEVINE PADA
PASIENT ANAK DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN
KEBUTUHAN OKSIGEN DI PELAYANAN
KEPERAWATAN ANAK**

KARYA ILMIAH AKHIR

**SUSI HARTATI
0906505041**

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



UNIVERSITAS INDONESIA

**APLIKASI MODEL KONSERVASI LEVINE PADA
PASIEAN ANAK DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN
KEBUTUHAN OKSIGEN DI PELAYANAN
KEPERAWATAN ANAK**

KARYA ILMIAH AKHIR

**Disusun untuk memenuhi tugas akhir program profesi
ners spesialis keperawatan anak**

OLEH:

**SUSI HARTATI
0906505041**

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

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir ini telah diperbaiki dan diperiksa oleh pembimbing Karya Ilmiah Akhir Program Spesialis Keperawatan Anak, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juni 2012

Supervisor Utama



(Nani Nurhaeni, S.Kp., M.N)

Supervisor



(Dessie Wanda, S.Kp., M.N)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir ini adalah hasil karya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Susi Hartati

NPM : 0906505041

Tanda tangan :  -

Tanggal : 1 Juni 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh

Nama : Susi Hartati
NPM : 0906505041
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Karya Ilmiah Akhir : Aplikasi Model Konservasi Levine Pada Pasien Anak Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen di Pelayanan Keperawatan Anak.

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 utama : Nani Nurhaeni, S.Kp., M.N.

Supervisor : Dessie Wanda, S.Kp., M.N.

Penguji : dr. Rifan Fauzie, Sp.A.

Penguji : Oswati Hasanah, Ns.,
Sp.Kep.An.

Penguji : Fajar Tri Waluyanti, Ns.,
Sp.Kep.An.

Ditetapkan di : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Tanggal : 13 Juni 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas kehendakNYA akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir yang berjudul “Aplikasi Model Konservasi Levine Pada Pasien Anak Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen di Pelayanan Keperawatan Anak”. Penulisan karya ilmiah akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi syarat untuk memperoleh gelar Ners Spesialis Keperawatan Anak pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sulit bagi penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada :

1. Ibu Nani Nurhaeni, S.Kp., M.N., sebagai supervisor utama yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan masukan, arahan, dukungan dan semangat selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.
2. Ibu Dessie Wanda, S.Kp., M.N., sebagai supervisor dan pembimbing akademik yang juga telah banyak meluangkan waktu dan tenaga nya untuk memberikan masukan, arahan, dukungan dan semangat, selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.
3. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., M.N., selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ibu Dewi Irawaty, M.A, PhD., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia..
5. Kepala ruangan dan perawat ruang infeksi anak RSUPN Cipto Mangunkusumo.
6. Kepala ruangan dan perawat ruang bedah dan ruang infeksi RSPAD Gatot Soebroto Jakarta.
7. Kepala ruangan dan perawat ruang seruni, kemuning dan Anggrek RSAB Harapan Kita Jakarta.

8. Ibu-ibu dosen keperawatan anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
9. Seluruh penguji yang telah mengkritisi dan memberikan masukan untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.
10. Staf non akademik Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia.
11. Suamiku tercinta H.R. Sigit Widhyharto yang sangat pengertian, sabar dan banyak memberikan dukungan, do'a serta semangat selama perkuliahan dan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
12. Anak-anakku tersayang Rr. Listya Paramita Widhyasari, Rr. Anisa Levina Widhyana, R. Rafi Triwardhana Widhyaraharjo yang telah memberikan do'a dan dukungan selama perkuliahan dan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
13. Kedua orangtua H.R. Soeharto dan Hj.D. Karyaningsih yang telah memberikan do'a pada anak tercinta.
14. Pimpinan yayasan pendidikan Mitra Keluarga yang membantu memberikan dukungan baik materiil maupun immateriil.
15. Teman-teman kantor Akademi Keperawatan Mitra Keluarga yang memberikan semangat kepada penulis.
16. Teman-teman seperjuangan program spesialis keperawatan anak angkatan 2011 yang telah bersama dalam susah dan senang, saling membantu serta saling mendukung.
17. Teman-teman program spesialis keperawatan angkatan 2011
18. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu dan ikut berperan dalam penelitian ini.

Selanjutnya demi kesempurnaan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis sangat mengharapkan masukan, saran dan kritik yang bersifat membangun.

Semoga Allah SWT senantiasa menambah ilmu dan melimpahkan kasih sayangNYA bagi hamba-hambanya yang senantiasa memberikan ilmu yang bermanfaat bagi orang lain. Amien.

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 : Susi Hartati
NPM : 0906505041
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
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 Akhir saya yang berjudul : “Aplikasi model konservasi Levine pada pasien anak dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen di pelayanan keperawatan anak” 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 : 1 Juni 2012

Yang menyatakan



(Susi Hartati)

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN,
PROGRAM NERS SPESIALIS KEPERAWATAN ANAK

Karya Ilmiah Akhir, Juni 2012
Susni Hartati

Aplikasi Model Konservasi Levine Pada Pasien Anak Dengan Gangguan
Pemenuhan Kebutuhan Oksigen di Pelayanan Keperawatan Anak

xiv + 96 hal + 1 tabel + 2 skema + 7 lampiran

Abstrak

Karya ilmiah akhir ini membahas analisis aplikasi model konservasi Levine pada pasien anak dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen dan memberikan gambaran kegiatan pelaksanaan praktik residensi ners spesialis keperawatan anak dengan menerapkan peran dan fungsi ners spesialis keperawatan anak. Pada karya ilmiah akhir ini, residen memfokuskan proses asuhan keperawatan pada lima anak dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen menggunakan model konservasi Levine. Trophicognosis yang ditemukan pada kelima kasus adalah bersihan jalan nafas tidak efektif, pola nafas tidak efektif dan kerusakan pertukaran gas. Intervensi keperawatan melibatkan keluarga dalam memberikan dukungan dan membantu anak untuk mempertahankan konservasi energi, struktur, integritas personal dan sosial. Hasil evaluasi keperawatan didapatkan empat pasien mampu mempertahankan konservasi dan satu pasien meninggal.

Kata kunci : Oksigenasi, Levine.

UNIVERSITY OF INDONESIA
FACULTY OF NURSING
NERS PROGRAM, CHILD NURSING SPECIALIST

The final scholarly paper, June 2012
Susi Hartati

Application of Levine's conservation model on nursing care of child with
impaired oxygen needs at pediatric nursing services.

xiv + 96 pages + 1 table + 2 schemes + 7 appendics

Abstract

This final scholarly paper analysis of the application of Levine's conservation model in pediatric patients with impaired oxygen needs and provides description with regard to activities in conducting the implementation of resident practice on child nursing specialist ners by applying roles and functions of nursing specialist ners. Resident in this final scholarly paper has focused in the nursing processes of five children burdened with oxygen fulfillment interference by using Levine's conservation model. Trophicognosis found in five cases namely: ineffective airway clearance, ineffective breathing pattern and impaired gas exchange. Nursing intervention involves the family in giving support and helping the children to maintain energy conservation, structure, personal and social integrity. Results of the nursing evaluation found that four patients have been able to maintain conservation and one patient has died.

Key words: Oxygenation, Levine.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
 BAB I : PENDAHULUAN	 1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Tujuan	6
1.3 Sistematika Penulisan	7
 BAB II : APLIKASI TEORI KEPERAWATAN PADA PRAKTIK RESIDENSI	
2.1 Gambaran Kasus.....	8
2.2 Tinjauan Teoritis	13
2.2.1 Oksigenasi	13
2.2.2 Pemberian Terapi Oksigen	25
2.2.3 Bronkiolitis	29
2.2.4 Konsep <i>Family Centered Care</i>	32
2.3 Integrasi Model Konservasi Levine dalam Proses Keperawatan Pasien Anak Dengan Masalah Oksigenasi	34
2.3.1 Konsep Teori Konservasi Levine	34
2.3.2 Proses Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Oksigenasi Menggunakan Teori Konservasi Levine	39
2.4 Aplikasi Teori Keperawatan Pada Kasus Terpilih	45
2.4.1 Pengkajian	45
2.4.2 Trophicognosis	47
2.4.3 Hipotesis	47
2.4.4 Intervensi dan Evaluasi Keperawatan	51
 BAB III : PENCAPAIAN KOMPETENSI	 77
 BAB IV : PEMBAHASAN	
4.1 Analisis Penerapan Teori Konservasi Pasien Terpilih	85
4.2 Praktik Residensi Keperawatan Anak Dalam Pencapaian Target Kompetensi	94

BAB V : SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan	97
5.2 Saran	97

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pemberian terapi oksigen

DAFTAR SKEMA

- Skema 2.1. *Web of Causation* Bronkiolitis
- Skema 2.2 Integrasi model konservasi Levine dalam proses keperawatan pasien anak dengan masalah oksigenasi

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kontrak Belajar Residensi Keperawatan Anak
Lampiran 2	Kompetensi Ners Spesialis Keperawatan Anak
Lampiran 3	Kasus Kelolaan 2
Lampiran 4	Kasus Kelolaan 3
Lampiran 5	Kasus Kelolaan 4
Lampiran 6	Kasus Kelolaan 5
Lampiran 7	Laporan Proyek Inovasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak merupakan potensi utama bagi masa depan bangsa. Mereka tidak hanya sebagai cikal bakal penerus bangsa, tetapi juga sebagai individu yang diharapkan memiliki daya saing tinggi. Mereka memegang peranan penting dan tanggung jawab yang besar bagi bangsa. Oleh karena itu pemeliharaan kesehatan pada anak sangat penting. Kualitas anak sangat dipengaruhi kesehatan selama masa tumbuh kembang anak. Masa bayi dan balita sangat rentan terhadap penyakit infeksi, jaringan tubuh pada bayi dan balita belum sempurna dalam upaya membentuk pertahanan tubuh seperti halnya orang dewasa. Umumnya penyakit yang menyerang anak bersifat akut artinya penyakit menyerang secara mendadak dan gejala timbul dengan cepat. Jika anak sering menderita sakit dapat menghambat atau mengganggu proses tumbuh kembang anak. Oleh karena itu diperlukan perhatian khusus terhadap kebutuhan dasar anak dalam proses perkembangan mereka. Kebutuhan dasar anak merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh anak dalam menjaga keseimbangan baik secara fisiologis maupun psikologis. Hal ini tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan.

Menurut teori Abraham Maslow yang dikenal sebagai teori hirarki kebutuhan Maslow menjelaskan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar. Kebutuhan oksigenasi merupakan salah satu kebutuhan dasar yang merupakan kebutuhan fisiologis manusia. Pemenuhan kebutuhan oksigenasi ditujukan untuk menjaga kelangsungan metabolisme sel tubuh, mempertahankan hidup dan melakukan aktivitas bagi berbagai organ atau sel. Sel-sel tubuh memerlukan oksigen untuk melakukan metabolisme sehingga menghasilkan energi yang diperlukan sel untuk menjalankan fungsinya.

Sistem tubuh yang berperan dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi adalah sistem pernapasan yang berfungsi untuk mengabsorpsi oksigen dan

mengeluarkan karbondioksida dalam tubuh yang bertujuan untuk mempertahankan homeostasis. Homeostatis merupakan mekanisme tubuh untuk mempertahankan keseimbangan dan beradaptasi terhadap kondisi lingkungan sekitarnya dalam berbagai kondisi yang dialaminya dan terjadi secara terus menerus. Penyampaian oksigen ke jaringan tubuh selain ditentukan oleh sistem pernapasan juga dipengaruhi oleh sistem kardiovaskuler dan keadaan hematologis.

Menurut Potter dan Perry (2009); Berman dan Snyder (2012), kebutuhan oksigenasi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain usia, lingkungan, gaya hidup, status kesehatan, obat-obatan dan stres. Faktor usia mempunyai pengaruh yang penting pada fungsi oksigenasi. Lissauer dan Fanaroff (2009) menjelaskan bayi prematur berisiko mengalami masalah oksigenasi seperti *Hyaline Membrane Disease* (HMD), sindroma gangguan pernapasan, pneumonia, bronkopneumonia displasia, *Patent Ductus Arterious* (PDA), apnu, perdarahan intraventikuler, perdarahan otak, ensefalopati hipoksik iskemik dan anemia.

Menurut Hockenberry dan Wilson (2009), kejadian penyakit infeksi saluran pernapasan meningkat pada usia 3 sampai 6 bulan seperti penyakit pertusis, ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut), bronkiolitis dan pneumonia, Potter dan Perry (2009) menjelaskan bahwa usia toddler mempunyai risiko mengalami infeksi saluran pernapasan akut, sedang pada usia sekolah dan remaja mudah terpapar infeksi pernapasan karena asap rokok dan merokok. Faktor lingkungan seperti ketinggian, panas, dingin dan polusi serta faktor gaya hidup seperti latihan fisik, nutrisi, merokok dan penyalahgunaan obat-obatan juga dapat mempengaruhi oksigenasi (Potter dan Perry, 2009); (Berman dan Snyder, 2012).

Potter dan Perry (2009); Berman dan Snyder (2012), menjelaskan bahwa salah satu keadaan yang mempengaruhi status kesehatan anak adalah penyakit infeksi dimana keadaan ini akan meningkatkan metabolisme tubuh dan meningkatkan kebutuhan oksigen. Begitu pula dengan faktor obat-obatan seperti sedatif, hipnotik, obat anti kecemasan (diazepam/valium, lorazepam,

midazolam, barbiturate, narkotik) dapat mempunyai risiko menyebabkan depresi pernapasan, selain itu faktor stres dan stresor psikologi maupun fisiologi turut berpengaruh pula pada oksigenasi individu. Faktor-faktor tersebut diatas dapat menyebabkan terjadinya masalah kebutuhan oksigenasi diantaranya adalah hipoksia, perubahan pola pernapasan, obstruksi jalan nafas dan pertukaran gas. Oleh karena itu jika masalah oksigenasi terjadi pada usia bayi dan anak akan berisiko mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan bahkan kematian.

Data dari *World Health Statistic* (2010) menjelaskan penyebab kematian bayi dan anak di Dunia tahun 2008 adalah kematian neonatus usia 28 hari pertama kehidupan sebesar 40% disebabkan oleh kelahiran prematur, lahir asfiksia dan infeksi. Pada akhir periode neonatal sampai dengan lima tahun pertama kehidupan, penyebab utama kematian adalah pneumonia sebesar 14%, diare sebesar 14%, malaria sebesar 8%, HIV/AIDS dan campak, masing-masing sebesar 2% dan 1%. Di Indonesia, penyebab kematian anak di bawah usia 5 tahun karena pneumonia sebesar 22%, prematur sebesar 20%, diare sebesar 15%, asfiksia sebesar 11%, kelainan kongenital sebesar 6%, sepsis neonatus 5%, injuri 2%, malaria 1%, HIV/AIDS sebesar 0 %, *measles* sebesar 0%, dan lain-lain sebesar sebesar 19%.

Data statistik di ruang infeksi RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta dari bulan Januari-Maret 2012 ditemukan 159 anak yang dirawat dengan prosentase sebagai berikut: penyakit pneumonia 14,46%, gizi buruk 14,46%, atresia bilier 9,43%, demam berdarah dengue 8,80%, diare 5,66%, meningitis 3,77%, ensefalitis 3,77%, striktur esofagus 3,77%, kejang demam 3,14%, bronkiolitis, typhoid, tetanus masing-masing sebesar 1,89%, dan sisanya penyakit TB paru, hepatitis, ginjal, sepsis, asma, ileus, infeksi saluran kemih. Dari data di atas pneumonia yang merupakan penyakit infeksi dengan masalah oksigenasi menempati urutan pertama (*Medical record* ruang infeksi, 2012). Pasien yang dirawat di ruang infeksi adalah pasien rujukan dari ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan ruang *Pediatric Intensive Care Unit*

(PICU). Selama dalam perawatan jika pasien mengalami gangguan oksigenasi atau kegawatan lain, pasien akan dikirim ke ruang PICU.

Selama praktek residensi, residen melakukan praktik spesialis keperawatan anak di beberapa Rumah Sakit yaitu di ruang rawat bedah, ruang infeksi RSPAD Gatot Soebroto Jakarta, ruang rawat anggrek, seruni dan kemuning RSAB Harapan Kita Jakarta, dan ruang rawat infeksi RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta. Kegiatan yang dilakukan residen keperawatan anak selama praktik adalah melakukan asuhan keperawatan langsung kepada pasien anak berdasarkan *evidence based practice* atau *evidence based nursing*.

Kajian ilmiah akhir dilakukan dengan analisis pada 5 kasus terpilih yaitu kasus laringomalacia tipe 1, edema laring, *pasca* ensefalitis, stenosis subglotis, pasca tracheostomi, epilepsi, *hospital acquired pneumonia*; bronkiolitis; pneumonia komuniti, ensefalopati, hipoksik iskemik, ensefalitis; pneumonia komuniti di RSUPN Cipto Mangunkusumo; kasus neonatus kurang bulan dan kecil masa kehamilan di RSAB Harapan Kita.

Residen keperawatan anak melalui peran perawat ners spesialis dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien anak yang mengalami masalah oksigenasi menggunakan pendekatan teori keperawatan dan konsep model konservasi yang dipelopori oleh Myra E. Levine. Konsep utama teori Levine terdiri dari *wholism* (menyeluruh/integritas), adaptasi dan konservasi. Sehat yang *wholism* (menyeluruh) adalah sesuatu yang bersifat organik, mengalami perubahan/kemajuan, saling menguntungkan antara perbedaan fungsi dan bagian yang ada didalam tubuh, bersifat terbuka dan saling mempengaruhi dengan lingkungan sekitar. Secara umum, individu yang mengalami masalah oksigenasi akan melakukan adaptasi dalam menghadapi perubahan lingkungan. Adaptasi adalah proses perubahan agar individu dapat mempertahankan integritas dalam lingkungannya, baik internal maupun eksternal (Tomey dan Alligood, 2006). Adaptasi sifatnya sangat spesifik setiap sistem mempunyai respon yang spesifik, sebagai contoh pada pasien

yang mengalami kekurangan suplai oksigen dapat dilihat dari kadar gula darah (Levine, 1989).

Myra E. Levine menggambarkan empat prinsip konservasi. Prinsip-prinsip ini berfokus pada pemeliharaan keseimbangan, keutuhan dan integritas individu. Konservasi dalam model keperawatan Levine merupakan suatu gambaran sistem yang kompleks agar manusia mampu melanjutkan fungsi ketika terdapat beberapa ancaman. Dengan konservasi, manusia mampu melawan rintangan dan beradaptasi sesuai dengan pertahanan yang unik. Menurut Levine, prinsip konservasi terdiri dari konservasi energi, integritas struktur, integritas personal dan integritas sosial. Intervensi untuk mempertahankan konservasi energi, integritas struktur, personal dan sosial yang terjadi pada anak dengan masalah oksigenasi sangatlah penting. Anak perlu untuk mempertahankan konservasi energi untuk keseimbangan energi dan menghasilkan energi yang konstan untuk mempertahankan kehidupan. Energi ini diperlukan untuk penyembuhan dan pertumbuhan.

Pada anak dengan masalah oksigenasi, perawat harus mempertahankan integritas struktur dengan mempertahankan atau memulihkan struktur tubuh yang mengalami kerusakan dan dengan cepat mengidentifikasi perubahan fungsi yang terjadi dengan intervensi keperawatan. Perawat juga harus mempertahankan integritas personal pasien dengan mempertahankan integritas kepribadian, pola koping dan ketakutan pasien terhadap pengobatan serta prosedur yang akan dilakukan. Selain itu perawat harus mempertahankan konservasi integritas sosial anak melalui hubungan interpersonal, membantu individu untuk mempertahankan perannya sebagai anggota keluarga dan masyarakat walaupun dalam kondisi anak sedang sakit (Tomey dan Alligood, 2006).

Perawat profesional dituntut untuk melaksanakan beberapa peran, dalam memberikan asuhan keperawatan yaitu sebagai praktisi, pendidik dan konsultan, advokator bagi klien dan keluarga, pemimpin, pengembang profesi dan sebagai peneliti serta inovator untuk perkembangan dalam bidang ilmu keperawatan. Selain itu dalam peran sebagai inovator, residen keperawatan

anak melakukan pengembangan dalam pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan *family centered care* dengan meningkatkan peran serta keluarga dalam asuhan keperawatan. Residen keperawatan anak memfasilitasi keluarga untuk ikut terlibat dalam merawat anak sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi penyakit.

Berdasarkan hal tersebut di atas, residen melakukan aplikasi model keperawatan Levine dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien anak dengan masalah oksigenasi di tatanan pelayanan keperawatan anak. Dengan menggunakan pendekatan model keperawatan Levine, pasien dapat mencapai tingkat kesehatan yang menyeluruh (*wholism*) dengan memperhatikan aspek fisik, psikologis dan sosial anak sehingga masalah yang terjadi pada anak yang mengalami masalah oksigenasi dapat diatasi secara komprehensif.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Memberikan gambaran kegiatan pelaksanaan praktik residensi ners spesialis keperawatan anak dengan menggunakan model konsep dan teori keperawatan.

1.2.2 Tujuan Khusus

- 1.2.2.1 Memberikan gambaran penerapan model keperawatan Myra. E. Levine dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak yang mengalami masalah oksigenasi.
- 1.2.2.2 Memberikan gambaran peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan, edukator, kolaborator, konselor, advokat, pengelola, koordinator, peneliti dan inovator dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan masalah oksigenasi.
- 1.2.2.3 Memberikan gambaran pencapaian kompetensi ners spesialis keperawatan anak di rumah sakit.
- 1.2.2.4 Melakukan analisis kasus yang diintegrasikan dengan aplikasi teori dan analisis pencapaian kompetensi spesialisasi.

1.3 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Ilmiah Akhir ini terdiri dari lima bab dimana masing-masing bab berisi pokok bahasan tertentu. Bab I Pendahuluan yang mencakup latar belakang, tujuan dan sistematika penulisan. Bab II Aplikasi teori keperawatan dalam praktik residensi yang meliputi tentang gambaran kasus, tinjauan teoritis, integrasi teori dan konsep keperawatan dalam proses keperawatan, aplikasi teori keperawatan pada kasus terpilih. Bab III Pencapaian Kompetensi berisi tentang pencapaian kompetensi ners spesialis keprawatan anak. Bab IV Pembahasan, membahas kesenjangan dalam praktik residensi keperawatan anak di lahan praktek dan kesenjangan pencapaian kompetensi, Bab V Simpulan dan Saran untuk proses perbaikan praktik residensi keperawatan anak serta lampiran-lampiran yang terkait dengan pelaksanaan praktik ini.

BAB II

APLIKASI TEORI KEPERAWATAN PADA PRAKTIK RESIDENSI

2.1 Gambaran Kasus

Pada karya ilmiah ini akan dijabarkan 5 kasus pasien dengan masalah oksigenasi. Adapun gambaran dari kasus-kasus tersebut sebagai berikut :

Kasus 1

Anak V, laki-laki (7 bulan), berat badan (BB) 6,4 kg, tinggi badan (TB) 67 cm masuk IGD RSCM tanggal 22 maret 2012 dengan diagnosa medis bronkiolitis. Hasil pengkajian tanggal 26 Maret 2012 didapatkan data kondisi pasien lemah, kesadaran compos mentis, suhu 36,5 C, frekuensi nadi (FN) 140x/menit, frekuensi pernapasan (FP) 45x/menit, produksi sekret banyak, pernapasan reguler, sesak ada, retraksi ada, sering batuk, terpasang O2 sebanyak 2 liter per menit (lpm), terpasang *Naso Gastric Tube* (NGT).

Trophicognosis yang muncul yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif, pola nafas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, risiko kekurangan volume cairan, risiko tinggi terhadap perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh, risiko aspirasi, dan kecemasan pada orang tua. Intervensi keperawatan untuk konservasi energi pasien adalah memonitor tanda-tanda vital (TTV), mempertahankan kepala dalam posisi semi Fowlerr/Fowlerr, memberikan oksigen, observasi tanda dan gejala hipoksia, monitor *intake* dan *output* cairan, mengkaji status hidrasi, memberi cairan, menimbang berat badan, memonitor intake nutrisi dan kalori, memberikan nutrisi melalui NGT, dan memonitor analisa gas darah (AGD). Intervensi untuk konservasi integritas struktur adalah mengkaji pernapasan, memberi posisi, memberikan nebulasi, mengecek residu lambung dan memonitor tanda aspirasi. Intervensi untuk integritas personal adalah mengkaji tingkat kecemasan orang tua, memberikan penjelasan kepada orang tua tentang kondisi anaknya, perawatan dan pengobatan dan prosedur yang akan dilakukan.

Evaluasi keperawatan tanggal 3 April 2012 mulai jam 9.00 kondisi pasien makin menurun, kesadaran apatis somnolen, sesak bertambah berat, slem bertambah banyak, takikardi. Pasien direncanakan alih rawat ke ruang intensif tetapi ruangan penuh. Kemudian orang tua pasien diberi edukasi jika pasien memburuk akan dilakukan intubasi, tetapi orang tua pasien menolak dan membuat surat pernyataan menolak dilakukan intubasi.

Kasus 2

Bayi Ny. M, perempuan (3 bulan), BB 6,1 kg, masuk ruang perawatan infeksi RSCM pada tanggal 25 Februari 2012 dengan diagnosa medis Laringomalacia tipe 1, edema laring, post ensefalitis, stenosis subglotis, pasca tracheostomy, epilepsi dan *hospital acquired pneumonia*. Saat dilakukan pengkajian tanggal 15 Maret 2012 keadaan pasien terbaring lemah, kesadaran compos mentis, suhu 37,9 °C, FN 134 x/menit, FP 36 x/menit dan saturasi O2 95%. Terdapat trakeostomi dengan produksi sekret yang banyak.

Trophicognosis yang muncul adalah bersihan jalan nafas tidak efektif, pola nafas tidak efektif, risiko aspirasi, risiko kekurangan volume cairan, risiko tinggi terhadap perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh, risiko infeksi, dan kurang pengetahuan ibu tentang pelaksanaan *suction* dan perawatan trakeostomi dirumah. Intervensi yang dilakukan untuk konservasi energi adalah memonitor TTV, intake dan output, mengkaji status hidrasi, memberi cairan sesuai dengan program, menimbang BB, memberikan O2, dan memberikan nutrisi melalui NGT.

Intervensi yang dilakukan untuk konservasi integritas struktur mengkaji pernapasan, memberi posisi anak, memberikan nebulasi, melakukan fisioterapi dada, penghisapan lendir dan menggunakan teknik steril dalam melakukan perawatan trakheostomi. Intervensi yang dilakukan untuk konservasi integritas personal adalah mengkaji tingkat pengetahuan ibu, mengajarkan ibu tentang cara melakukan *suction* dan perawatan peristoma trakeostomi. Evaluasi tanggal 21 Maret 2012 pasien sudah boleh pulang, pasien dapat toleran terhadap pemberian nutrisi lewat NGT. Berat badan masih tetap 6,1 kg tetapi berat badan ini masih sesuai dengan usia. Produksi

sekret berkurang, infeksi daerah peristoma tidak terjadi. Ibu dapat melakukan *suction* sendiri.

Kasus 3

Anak D, laki-laki (2 bulan) datang ke IGD RSCM tanggal 4 April 2012 diagnosa medis pneumonia komuniti. Pada saat pengkajian tanggal 4 April 2012 kondisi pasien lemah, tanda-tanda vital suhu 37°C, FN 130 x/menit, FP 50 x/menit. Sesak ada, retraksi ada, slem banyak, batuk. BB 3 kg, PB 49,5 cm. Terpasang IVFD: N5+KCl (10 meq) sebanyak 3 ml/jam. Terpasang O2 sebanyak 1 lpm/nasal kanula. Tropicognosis yang muncul adalah bersihan jalan nafas tidak efektif, risiko aspirasi, risiko kekurangan volume cairan, dan risiko tinggi terhadap perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh.

Intervensi untuk konservasi energi adalah memonitor TTV, memberikan O2, mempertahankan kepala dalam posisi semi Fowlerr/Fowlerr, intake dan output cairan, memonitor intake nutrisi dan kalori, memonitor BB, mengkaji status hidrasi, memberi cairan dan kolaborasi dengan ahli gizi. Intervensi untuk konservasi integritas struktur adalah mengkaji pernapasan: irama, frekuensi, pola, kedalaman, kesimetrisan pergerakan dada, sesak, pernapasan cuping hidung, *wheezing* serta *ronchi*. Selanjutnya intervensi yang dilakukan adalah memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka, mengajarkan orang tua untuk memberi posisi nyaman, posisi miring untuk mencegah aspirasi, memberikan nebulasi sesuai dengan terapi, mengecek residu sebelum pemberian makan dan minum lewat NGT, memonitor tanda aspirasi. Evaluasi keperawatan pasien pulang tanggal 9 April 2012 kondisi pasien pernapasan 48x/menit, batuk dan sesak berkurang, sianosis tidak ada, slem masih ada sedikit, oksigen dilepas, anak tampak tenang mendapat ASI dan susu formula secara oral, NGT di *aff* serta BB 3350 gram. Pasien dapat toleran terhadap susu yang diberikan, muntah dan aspirasi tidak ada.

Kasus 4

Bayi Ny. L, laki-laki (9 hari) dengan neonatus kurang bulan (NKB), kecil masa kehamilan (KMK), prematur 29 minggu, dan hiperbilirubinemia. berat

badan lahir (BBL) 1260 gram, panjang badan lahir (PBL) 36 cm, lingkaran kepala (LK) 27 cm, lingkaran dada (LD) 24,5 cm, lingkaran lengan atas (LLA) 7 cm. Pada saat residen melakukan pengkajian tanggal 11 Januari 2012, bayi dirawat di dalam inkubator, nafas spontan, irreguler, tanpa *support* O₂, saturasi O₂ 83-93 %, FP 43-58x/menit, suhu tubuh 36-36,8° C, suhu inkubator 32-32,5°C, bayi minum ASI/susu formula prematur per *Oral Gastric Tube* (OGT), dilakukan foto terapi (*single light therapy*), menggunakan pelindung mata.

Tropicognosis yang muncul adalah risiko pola nafas tidak efektif, risiko ketidakefektifan termoregulasi, perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan, kekurangan volume cairan, risiko terjadinya trauma persepsi sensori visual, risiko infeksi, gangguan *bonding attachment*. Intervensi keperawatan untuk konservasi energi adalah mengkaji status respirasi, mengatur posisi kepala pasien, memberikan O₂, memberikan cairan yang adekuat, memonitor *intake* dan *output* cairan, status hidrasi, mempertahankan suhu inkubator yang netral, memantau suhu tubuh bayi, menimbang berat badan setiap hari, mengecek residu, dan memberi ASI/susu formula per OGT.

Intervensi untuk konversi integritas struktur adalah melakukan isolasi bayi dengan bayi lain, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi, menggunakan masker setiap kontak dengan bayi. Intervensi untuk konservasi integritas personal adalah meletakkan bayi $\pm$ 40 cm dari sumber cahaya, menutup mata bayi, mematikan lampu dan buka penutup mata bayi setiap 8 jam, melakukan inspeksi warna sklera, membuka penutup mata waktu memberi susu.

Intervensi untuk konservasi integritas sosial adalah memberi penjelasan kepada orang tua tentang kondisi anaknya, menganjurkan orang tua untuk menjenguk, membelai dan berbicara pada anaknya, menganjurkan orang tua menggunakan *skort* mencuci tangan sebelum menyentuh anaknya dan memberikan *support* serta *reinforcement* pada orang tua. Evaluasi keperawatan tanggal 20 Januari 2012 pada pk 14.00, pasien masih dirawat di dalam inkubator di ruang seruni, pernapasan irreguler, ada periode apnu, FN

44-58 x/menit, suhu 36,5–37°C, SaO₂ 97-98%, masih terpasang O₂ nasal kanula 0,1 liter, OGT dan monitoring SaO₂. BB 1303 gram, bayi minum susu formula/ASI 10 x 14 cc/OGT, muntah dan kembung tidak ada, tanda-tanda infeksi dan dehidrasi tidak ada, ayah pasien datang menjenguk anaknya.

Kasus 5

Anak N, perempuan (11bulan 8 hari) BB 6,2 kg. dengan pneumonia komuniti, ensefalopati, hipoksik iskemik dd/ensefalitis. Hasil pengkajian tanggal 4 April 2012 didapatkan pasien tampak spastis pada tangan kanan dan kedua kaki, sekret banyak, takipnu ada, dispnea ada, sianosis tidak ada, pernapasan irreguler, FP 52 x/menit, FN 120x/menit, retraksi ada, slem banyak, batuk, terpasang NGT dan O₂ 1 lpm/nasal kanula, pasien mendapat susu formula/NGT dari RS.

Trophicognosis yang muncul pada pasien adalah pola nafas tidak efektif, bersihan jalan nafas tidak efektif, risiko kekurangan volume cairan, risiko aspirasi, perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh, gangguan pertumbuhan dan perkembangan dan kecemasan pada orang tua. Intervensi keperawatan untuk konservasi energi adalah memonitor TTV, mempertahankan kepala dalam posisi semi Fowlerr, memberikan oksigen, mengkaji status hidrasi, memberi cairan, memberikan nutrisi melalui NGT, monitor intake dan output cairan, menimbang berat badan setiap hari.

Intervensi untuk integritas struktur adalah mengkaji pernapasan, memberi posisi untuk ventilasi yang maksimum, mempertahankan jalan nafas tetap terbuka, memberi posisi untuk mencegah aspirasi, memberikan nebulasi dan fisioterapi dada serta memonitor tanda aspirasi. Intervensi keperawatan untuk konservasi integritas personal adalah melakukan stimulasi tingkat perkembangan, menganjurkan orang tua untuk membawa anaknya ke klinik tumbuh kembang anak. Evaluasi keperawatan tanggal 10 April 2012 pasien boleh pulang. Kondisi pasien saat pulang, dispnu tidak ada, batuk masih ada tetapi jarang, FP 40 x/menit, slem sedikit, ibu pasien mengatakan anaknya sudah bisa minum dari botol, BB meningkat dari 6625 gram menjadi 7135 gram dan NGT sudah di *aff*.

2.2 Tinjauan Teoritis

2.2.1 Oksigenasi

Oksigen (O_2) merupakan komponen gas yang sangat berperan dalam proses metabolisme tubuh untuk mempertahankan kelangsungan hidup seluruh sel tubuh secara normal. Oksigen yang bersenyawa dengan karbon dan hidrogen dari jaringan memungkinkan setiap sel melangsungkan proses metabolismenya, oksigen hasil buangnya dalam bentuk karbondioksida (CO_2) dan air (H_2O) (Berman dan Snyder, 2012).

2.2.1.1 Proses Oksigenasi

Penyampaian oksigen ke jaringan tubuh dan pengeluaran karbondioksida dari tubuh dibutuhkan integrasi dari beberapa sistem yaitu sistem respirasi (pernafasan), kardiovaskuler dan hematologi (Berman dan Snyder, 2012).

Sistem Respirasi/Pernapasan

Tujuan respirasi adalah memberikan oksigen ke jaringan dan membuang karbondioksida. Untuk mencapai tujuan ini, respirasi dapat dibagi menjadi 4 peristiwa fungsional utama, yaitu: a) ventilasi paru yaitu pertukaran gas antara udara di atmosfer dan alveolus paru, b) pertukaran gas didalam paru-paru (difusi oksigen dan karbondioksida antara alveolus dan darah), c) transport oksigen dan karbondioksida dari darah dan cairan tubuh kedalam sel dan sebaliknya, d) regulasi respirasi (Boediman dan Wirjodiarjo, 2012; Berman dan Snyder, 2012).

Ventilasi merupakan proses pertama dari sistem pernapasan dimana ventilasi paru dicapai melalui usaha bernafas yang meliputi inspirasi (inhalasi) masuknya udara ke paru-paru dan ekspirasi (ekshalasi) keluarnya udara dari paru-paru. Mekanisme ventilasi paru terjadi karena Otot-otot yang menyebabkan pengembangan dan pengempisan paru, tekanan pleura, tekanan alveolar, tekanan transpulmonal, *compliance* paru dan surfaktan.

Paru dapat mengembang dan mengempis dengan 2 cara yaitu :
 a) gerakan turun naiknya diafragma yang menyebabkan memanjang dan memendeknya rongga dada, b) gerakan naik turunnya tulang rusuk yang menyebabkan bertambah dan berkurangnya diameter anteroposterior rongga dada. Pernapasan normal yang tenang biasanya terjadi akibat cara yang pertama, yaitu gerakan diafragma (Boediman dan Wirjodiarjo, 2012).

Tekanan pleura adalah tekanan cairan didalam rongga antara pleura viseral dan pleura parietal. Tekanan pleura pada awal inspirasi adalah tekanan subatmosfer sebesar kira-kira -5 cm H₂O. Angka ini dibutuhkan untuk menjaga agar paru tetap terbuka dalam keadaan istirahat (Boediman dan Wirjodiarjo, 2012).

Tekanan alveolar adalah tekanan udara didalam alveolus paru. Nilai tekanan ini adalah 0 cm H₂O. Pada saat inspirasi normal, tekanan alveolar turun menjadi -1 cm H₂O. Perubahan tekanan ini cukup untuk menyebabkan masuknya udara kedalam paru sebanyak 0,5 liter dalam waktu 2 detik. Pada saat ekspirasi terjadi perubahan sebaliknya. Tekanan aleolar meningkat menjadi +1 cm H₂O dan menyebabkan keluarnya 0,5 liter udara paru selama 2-3 detik ekspirasi (Boediman dan Wirjodiarjo, 2012).

Tekanan transpulmonal adalah tekanan antara alveolar dan tekanan pleura. Tekanan ini mempresentasikan perbedaan tekanan didalam alveolus dengan permukaan luar paru, dan merupakan gaya elastisitas paru yang menyebabkan paru mengempis pada setiap pernapasan spontan. Tekanan ini disebut juga tekanan rekoil (Boediman dan Wirjodiarjo, 2012).

Compliance paru adalah derajat mengembangnya paru setiap unit kenaikan tekanan transpulmonal. *Compliance* total pada

kedua paru pada manusia dewasa normal, rata-rata adalah 200 ml udara setiap cm H₂O tekanan transpulmonal. Jadi setiap kenaikan tekanan transpulmonal sebesar 1 cm H₂O, volume paru bertambah sebesar 200 ml (Boediman dan Wirjodiarjo, 2012).

Surfaktan, tegangan permukaan dan kolapsnya alveolus. Surfaktan adalah suatu agen yang bekerja aktif didalam air, yaitu menurunkan tegangan permukaan cairan alveolar. Surfaktan disekresi oleh sel epitel alveolar tipe II yang merupakan 10% dari seluruh sel permukaan alveolus.

Setelah proses ventilasi, fase kedua dari proses pernapasan adalah pertukaran gas di dalam paru dimana terjadi difusi oksigen dari alveoli dan masuk ke dalam pembuluh darah paru paru. Difusi adalah pergerakan gas atau partikel lain dari area yang bertekanan atau berkonsentrasi besar menuju ke area yang bertekanan atau berkonsentrasi rendah. Difusi gas pernapasan terjadi di membran kapiler alveolar dan kecepatan difusi dapat dipengaruhi oleh ketebalan membran. Oksigen terus menerus berdifusi dari udara dalam alveoli ke dalam aliran darah dan karbondioksida (CO₂) terus berdifusi dari darah ke dalam alveoli. Difusi udara respirasi terjadi antara alveolus dengan membran kapiler. Perbedaan tekanan pada area membran respirasi akan mempengaruhi proses difusi. Ketika tekanan oksigen lebih besar didalam alveoli daripada didalam darah, oksigen akan berdifusi kedalam darah. Misalnya pada tekanan parsial (PO₂) di alveoli sekitar 100 mmHg sedangkan tekanan parsial pada arteri pulmonal 60 mmHg, oksigen akan berdifusi masuk dalam darah sehingga tekanan dengan cepat menjadi sama, namun tekanan oksigen arteri juga mencapai 100 mm hg. Berbeda halnya dengan CO₂ di dalam darah vena masuk ke kapiler paru dengan PCO₂ 45 mmHg sedangkan alveoli 40 mmHg, maka CO₂ akan berdifusi keluar dari darah menuju

alveoli dan dikeluarkan melalui udara pernapasan. Tekanan parsial oksigen didalam pembuluh darah arteri disebut PaO_2 sedangkan tekanan parsial oksigen didalam pembuluh darah vena adalah PvO_2 (Urden, Stacy dan Lough, 2008) biasanya digunakan darah arteri. Oleh karena itu digunakan singkatan PO_2 untuk tekanan parsial oksigen darah arteri (Berman dan Snyder, 2012).

Fase ketiga setelah terjadi pertukaran gas di dalam paru adalah transportasi oksigen dan karbondioksida. Sistem transportasi oksigen terdiri dari sistem paru dan sistem kardiovaskuler. Oksigen ditransportasikan dari paru ke jaringan dan karbondioksida ditransportasikan dari jaringan kembali ke paru. Beberapa faktor yang mempengaruhi transportasi oksigen dari paru ke jaringan adalah cardiac output, jumlah eritrosit dan hematokrit serta latihan. Karbondioksida dihasilkan dari proses metabolisme dan ditransportasikan dari sel ke paru-paru dalam 3 cara yaitu sebagian besar CO_2 (65%) dibawa kedalam sel darah merah dalam bikarbonat (HCO_3) sebagai komponen penting dalam sistem buffer, sejumlah 30% CO_2 dikombinasikan dengan hemoglobin menjadi carbaminohemoglobin untuk ditransportasikan, sebagian kecil CO_2 (5%) ditransportasikan didalam plasma sebagai carbonic acid suatu bentuk kombinasi karbondioksida dengan air (Berman dan Snyder, 2012).

Fungsi pernapasan adalah melakukan pertukaran O_2 dengan CO_2 antara udara atmosfer dan darah untuk mempertahankan PO_2 dan PCO_2 arteri normal. Tubuh manusia mempunyai sistem khusus yang mengatur agar organ respirasi dapat berfungsi mempertahankan PO_2 dan PCO_2 dalam batas normal. Tiga unsur dasar sistem kontrol respirasi adalah 1) sensor/reseptor, yang berfungsi mengumpulkan informasi dan menyampaikannya ke 2) pengendali pusat di otak (sistem saraf

pusat), yang mengkoordinasikan informasi dan kemudian mengirimkan impuls ke 3) efektor (otot respirasi) yang menimbulkan gerak pernapasan (Boediman dan Wirjodiarjo, 2012).

Sistem Kardiovaskuler

Kemampuan oksigenasi pada jaringan sangat dipengaruhi oleh fungsi jantung untuk memompa darah sebagai transport oksigen. Darah masuk ke atrium kiri dari vena pulmonaris. Aliran darah keluar dari ventrikel kiri menuju aorta melalui katup aorta. Kemudian dari aorta darah disalurkan ke seluruh sirkulasi sistemik melalui arteri, arteriol, dan kapiler serta menyatu kembali membentuk vena yang kemudian di alirkan ke jantung melalui atrium kanan. Darah dari atrium kanan masuk dalam ventrikel kanan melalui katup trikuspidalis kemudian keluar ke arteri pulmonaris melalui katup pulmonaris untuk kemudian dialirkan ke paru-paru kanan dan kiri untuk berdifusi. Darah mengalir di dalam vena pulmonaris kembali ke atrium kiri dan bersirkulasi secara sistemik. Tidak adekuatnya sirkulasi sistemik berdampak pada kemampuan transport gas oksigen dan karbondioksida (Berman dan Snyder, 2012).

Hematologi

Oksigen membutuhkan transport dari paru-paru ke jaringan dan karbondioksida dari jaringan ke paru-paru. Sekitar 97% oksigen dalam darah dibawa eritrosit yang telah berikatan dengan hemoglobin (Hb) dan 3% oksigen larut dalam plasma. Setiap sel darah merah mengandung 280 juta molekul Hb dan setiap molekul dari keempat molekul besi dalam hemoglobin berikatan dengan satu molekul oksigen membentuk oksihemoglobin (HbO_2). Afinitas atau ikatan Hb dengan O_2 dipengaruhi oleh suhu, pH, konsentrasi 2,3 difosfoglisarat dalam darah merah.

Dengan demikian besarnya Hb dan jumlah eritrosit akan mempengaruhi transpot gas (Berman dan Snyder, 2012).

2.2.1.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Oksigenasi

Menurut Potter dan Perry (2009); Berman dan Snyder (2012), faktor-faktor yang dapat mempengaruhi oksigenasi adalah sebagai berikut :

Faktor Usia

Faktor usia mempunyai pengaruh yang penting pada fungsi pernapasan. Pada saat lahir terjadi perubahan dalam sistem pernapasan. Cairan yang mengisi paru-paru keluar, PCO₂ meningkat dan neonatus mulai bernafas pertama kali. Paru-paru berkembang bertahap pada setiap pernapasan, mencapai inflasi penuh pada usia 2 minggu. Perubahan usia berpengaruh pada sistem pernapasan misalnya pada orang dewasa jika sistem pernapasan mengalami perubahan karena infeksi, stres fisik dan emosi, pembedahan, anestesi atau prosedur lain (Berman dan Snyder, 2012).

Potter dan Perry (2009) menjelaskan faktor usia dapat mempengaruhi oksigenasi terkait dengan perkembangan yang sedang terjadi sebagai contoh bayi prematur berisiko terkena penyakit membran hialin, yang diduga disebabkan oleh defisiensi surfaktan. Kemampuan paru untuk mensintesis surfaktan berkembang lambat pada masa kehamilan, yakni pada sekitar bulan ketujuh, dan dengan demikian bayi prematur tidak memiliki surfaktan. Bayi dan *toddler* berisiko mengalami infeksi saluran napas atas sebagai hasil pemaparan dari anak-anak lain dan pemaparan asap dari rokok yang diisap orang lain. Selain itu, selama proses pertumbuhan gigi, beberapa bayi berkembang kongesti nasal, yang memungkinkan pertumbuhan bakteri dan meningkatkan potensi terjadinya infeksi saluran pernapasan. Infeksi saluran pernapasan atas biasanya tidak berbahaya dan

bayi atau *toddler* dan dapat sembuh. Infeksi jalan napas yang umum adalah nasofaringitis (mis. rinovirus, virus sinsitial pernapasan, dan adenovirus, faringitis (mis: virus dan beta-hemolitikus streptokokus), hemofilus influenza, dan tonsilitis. Obstruksi napas juga dapat terjadi jika benda asing teraspirasi, seperti makanan, kancing, permen dan lain-lain.

Anak usia sekolah dengan remaja terpapar pada infeksi pernapasan dan faktor-faktor risiko pernapasan, misalnya menghisap rokok dan merokok. Anak sehat biasanya tidak mengalami efek merugikan akibat infeksi pernapasan. Namun, individu yang mulai merokok pada usia remaja dan meneruskannya sampai usia dewasa pertengahan mengalami peningkatan terhadap risiko penyakit kardiopulmonar dan kanker paru.

Faktor Fisiologis

Setiap kondisi yang mempengaruhi fungsi kardiopulmonar secara langsung akan mempengaruhi kemampuan tubuh untuk memenuhi kebutuhan oksigen. Klasifikasi umum gangguan jantung meliputi ketidakseimbangan konduksi, kerusakan fungsi valvular, hipoksia miokard, kondisi-kondisi kardiomiopati, dan hipoksia jaringan perifer. Gangguan pernapasan meliputi hiperventilasi, hipoventilasi, dan hipoksia. Proses fisiologis lain yang mempengaruhi proses oksigenasi pada pasien termasuk perubahan yang mempengaruhi kapasitas darah untuk membawa oksigen, seperti anemia. Peningkatan kebutuhan metabolisme seperti kehamilan, demam dan infeksi serta perubahan yang mempengaruhi gerakan dinding dada atau sistem saraf pusat pasien (Potter dan Perry, 2009).

Faktor Lingkungan

Ketinggian, panas, dingin dan polusi mempengaruhi oksigenasi. Makin tinggi daratan, makin rendah PaO₂, sehingga makin

sedikit O₂ yang dapat dihirup individu. Sebagai akibatnya individu pada daerah ketinggian memiliki laju pernapasan dan jantung yang meningkat, juga kedalaman pernapasan yang meningkat. Sebagai respon terhadap panas, pembuluh darah perifer akan berdilatasi, sehingga darah akan mengalir ke kulit. Meningkatnya jumlah panas yang hilang dari permukaan tubuh akan mengakibatkan curah jantung meningkat sehingga kebutuhan oksigen juga akan meningkat. Pada lingkungan yang dingin sebaliknya terjadi konstriksi pembuluh darah perifer, akibatnya meningkatkan tekanan darah yang akan menurunkan kegiatan-kegiatan jantung sehingga mengurangi kebutuhan akan oksigen (Berman dan Snyder, 2012).

Faktor Gaya Hidup

Faktor gaya hidup yang dapat mempengaruhi oksigenasi diantaranya adalah Latihan fisik atau aktifitas dapat meningkatkan rata-rata dan kedalaman pernapasan sehingga meningkatkan kebutuhan oksigen. Nutrisi dapat mempengaruhi fungsi kardiopulmonar dalam bermacam cara. obesitas yang berat mengakibatkan penurunan ekspansi paru dan meningkatkan kebutuhan oksigen untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Pasien yang mengalami kekurangan gizi, mengalami kelemahan otot pernapasan. Kondisi ini menyebabkan kekuatan otot dan kerja pernapasan menurun. Faktor gaya hidup lain adalah merokok yang dikaitkan dengan sejumlah penyakit termasuk penyakit jantung, penyakit paru obstruktif kronik dan kanker paru. Nikotin yang diinhalasi menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah perifer dan koroner, meningkatkan tekanan darah dan menurunkan aliran darah ke pembuluh darah perifer. Penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan dapat mengganggu oksigenasi jaringan, asupan nutrisi yang buruk menyebabkan penurunan intake nutrisi/Fe yang mengakibatkan penurunan hemoglobin. Selain itu

penggunaan alkohol dan obat-obatan yang berlebihan menyebabkan depresi pusat pernapasan (Potter dan Perry, 2009; Berman dan Snyder, 2012).

Faktor Status Kesehatan

Pada orang yang sehat, sistem pernapasan dapat mensuplai oksigen sesuai yang dibutuhkan oleh tubuh. Pada orang yang mempunyai penyakit pernapasan akan mempengaruhi oksigenasi dalam darah (Berman dan Snyder, 2012).

Faktor Obat-obatan

Beberapa obat dapat menurunkan rata-rata dan kedalaman pernapasan. Obat yang paling besar mempunyai pengaruh pada pernapasan adalah sedatif, hipnotik dan obat anti kecemasan (diazepam/valium, lorazepam, midazolam, barbiturat dan narkotik). Obat-obatan ini mempunyai risiko menyebabkan depresi pernapasan (Berman dan Snyder, 2012).

Faktor Stres

Kondisi stres dan adanya stresor psikologi maupun fisiologi akan berpengaruh terhadap status oksigenasi. Beberapa orang menjadi hiperventilasi terhadap respon stres dan dapat menyebabkan penurunan PCO₂ dan peningkatan PO₂. Stres akan menstimulasi sistem saraf simpatetik untuk mengeluarkan epinefrin. Epinefrin dapat menyebabkan bronkiolus dilatasi, meningkatkan aliran darah dan suplai oksigen untuk aktifitas otot. Meskipun stres terjadi dalam jangka pendek, tetapi bila terjadi terus menerus dapat menyebabkan kerusakan dan meningkatkan risiko penyakit kardiovaskuler (Berman dan Snyder, 2012).

2.2.1.3 Perubahan Fungsi Pernafasan

Menurut Berman dan Snyder (2012), perubahan dalam fungsi pernapasan disebabkan penyakit dan kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi ventilasi dan transportasi oksigen. Kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi perubahan fungsi pernapasan adalah kepatenan jalan nafas, pergerakan masuk dan keluar udara dari paru, difusi antara oksigen dan karbondioksida pada alveoli dan kapiler paru serta transportasi oksigen dan karbondioksida lewat darah menuju dan dari jaringan.

Perubahan fungsi pernapasan dapat terjadi karena kondisi kepatenan jalan nafas. Obstruksi jalan nafas sebagian dan seluruh jalan nafas dapat terjadi pada saluran pernapasan atas dan bawah. Obstruksi jalan nafas atas (hidung, faring atau laring) dapat terjadi misalnya akibat adanya benda asing/makanan yang dapat menyebabkan lidah jatuh kedalam orofaring, pasien tidak sadar atau penumpukan sekresi di jalan nafas. Obstruksi jalan nafas bagian atas dapat diidentifikasi dari bunyi ngorok pada saat inhalasi sedangkan obstruksi jalan nafas atas keseluruhan dapat dilihat dari usaha nafas dan pergerakan dada yang dapat menyebabkan kesulitan batuk atau bicara. Obstruksi jalan nafas bawah sebagian atau seluruh dapat terjadi dalam bronkus dan paru-paru dan lebih sering dapat meningkatkan akumulasi sekret atau inflamasi eksudat. Obstruksi jalan nafas bawah tidak selalu dapat dengan mudah diobservasi. Stridor, kasar, nada tinggi dapat terdengar pada saat inspirasi.

Kondisi pergerakan masuk dan keluar udara dari paru dapat mempengaruhi perubahan fungsi pernapasan. Pada pola pernapasan normal dapat dilihat dari rata-rata, volume, irama, dan usaha nafas. Pernapasan yang normal adalah tenang, irama reguler, dan tidak ada usaha nafas. Perubahan fungsi pernapasan

yang dapat terjadi pada kondisi ini adalah hipoventilasi dan hiperventilasi. Hipoventilasi dapat terjadi ketika ventilasi alveolar tidak adekuat untuk memenuhi penggunaan O₂ tubuh atau untuk mengeluarkan CO₂ dengan cukup. Biasanya terjadi pada keadaan atelektasis (kolaps paru), obat-obatan atau anestesi. Hipoventilasi dapat menyebabkan peningkatan karbondioksida (hipercabia atau hiperkapnia) atau penurunan kadar oksigen (hipoksemia). Hiperventilasi adalah peningkatan pergerakan udara kedalam dan keluar paru. Selama hiperventilasi rata-rata dan kedalaman pernapasan meningkat dan banyak CO₂ yang dikeluarkan daripada yang dihasilkan. Pola pernapasan yang mencerminkan hiperventilasi adalah pernapasan kusmaul, cheyne stoke dan biot.

Fungsi pernapasan dapat berubah pada kondisi yang mempengaruhi difusi antara oksigen dan karbondioksida pada alveoli dan kapiler paru. Keadaan yang dapat terjadi pada kondisi adalah hipoksia dan hipoksemia. Hipoksia adalah kekurangan oksigen pada seluruh tubuh yang dapat berpotensi *injury* atau kematian. Pada keadaan hipoksia, pemenuhan O₂ seluler tidak adekuat akibat dari defisiensi O₂ yang diinspirasi atau meningkatnya penggunaan O₂ pada tingkat seluler. Hipoksia dapat disebabkan oleh menurunnya haemoglobin, berkurangnya konsentrasi O₂ jika berada di puncak gunung, ketidakmampuan jaringan mengikat O₂ seperti pada keracunan sianida, menurunnya difusi O₂ dari alveoli ke dalam darah misalnya pada pneumonia, menurunnya perfusi jaringan seperti pada syok kerusakan/gangguan ventilasi. Tanda-tanda hipoksia antara lain frekuensi nadi meningkat, kelelahan, pernapasan cepat dan dalam, sesak napas, gelisah, retraksi substernal atau retraksi interkostal, pernapasan cuping hidung dan sianosis. Hipoksemia adalah menurunnya kadar oksigen didalam darah yang dapat disebabkan oleh gangguan difusi pada kapiler

alveolus misalnya karena udem paru atau atelektasis atau rendahnya kadar haemoglobin. Sistem kardiovaskuler melakukan kompensasi pada keadaan hipoksemia dengan meningkatkan frekuensi nadi dan *cardiac output* untuk meningkatkan transportasi oksigen didalam jaringan. Jika kardiovaskuler tidak dapat melakukan kompensasi atau hipoksemia nya bertambah berat maka jaringan dapat mengalami hipoksia.

Faktor kondisi transportasi oksigen dan karbondioksida lewat darah menuju dan dari jaringan yang kurang baik dapat juga mempengaruhi perubahan fungsi pernapasan. Pada kondisi penurunan *cardiac output* misalnya CHF (*Congenital Heart Failure*) atau hipovolemia dapat mempengaruhi oksigenasi jaringan dan kemampuan tubuh untuk kompensasi pada keadaan hipoksemia.

2.2.1.4 Perubahan Fungsi Jantung yang Mempengaruhi Kebutuhan Oksigenasi

Menurut Potter dan Perry (2009) perubahan fungsi jantung disebabkan oleh penyakit dan kondisi yang mempengaruhi irama jantung, kekuatan kontraksi, aliran darah miokard dan sirkulasi perifer. Perubahan fungsi jantung yang mempengaruhi kebutuhan oksigenasi adalah gangguan konduksi seperti disritmia (takikardia/bradikardia); perubahan *cardiac output*, menurunnya *cardiac output* seperti pada pasien decomp cordis yang menimbulkan hipoksia jaringan; kerusakan fungsi katup seperti pada stenosis, obstruksi, regurgitasi darah yang mengakibatkan ventrikel bekerja lebih keras; dan myocardial iskhemia infark mengakibatkan kekurangan pasokan darah dari arteri koroner ke miokardium.

2.2.2 Pemberian Terapi Oksigen

Menurut Boediman dan Wirjodiarjo (2012); Berman dan Snyder (2012), pemberian terapi oksigen sama halnya dengan pemberian obat. Bila diberikan dengan tepat oksigen dapat menyelamatkan jiwa. Jika tidak tepat dan pemantauan kurang dapat berakibat serius sehingga diperlukan pemantauan untuk mendeteksi dan mengoreksi efek samping dengan cepat. Untuk menjamin keselamatan dan efektifitas terapi oksigen, harus dicantumkan cara pemberian, *flow rate*, lama pemberian, pemantauan terapi dan observasi tanda-tanda vital serta saturasi oksigen.

2.2.2.1 Tujuan Pemberian Oksigen

Menurut Boediman dan Wirjodiarjo (2012) efek langsung pemberian terapi oksigen dengan konsentrasi 21% adalah peningkatan tekanan oksigen alveolar, pengurangan usaha nafas untuk mempertahankan tekanan oksigen alveolar dan penurunan kerja miokardium untuk mempertahankan tekanan oksigen arteri. Oleh karena itu tujuan terapi oksigen adalah mengatasi hipoksemia, menurunkan usaha nafas dan mengurangi kerja miokardium.

2.2.2.2 Indikasi Pemberian Terapi Oksigen

Rekomendasi pemberian terapi oksigen menurut *American College of Physicians and National Heart Lung and Blood Institut* adalah Cardiac – Respiratory arrest, hipoksemia ($\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$, $\text{SaO}_2 < 90 \%$), hipotensi (tekanan darah sistolik $< 100 \text{ mmHg}$), curah jantung rendah dan asidosis metabolik (bikarbonat $< 18 \text{ mmol/l}$), dan distress respirasi (Boediman dan Wirjodiarjo, 2012).

2.2.2.3 Kontra Indikasi Pemberian Terapi Oksigen

Tidak ada kontra indikasi absolut. Kanul nasal/kateter binasal /nasal prong digunakan jika ada obstruksi nasal. Kateter nasofaringeal /kateter nasal digunakan jika ada fraktur dasar

tengkorak kepala, trauma maksilofasial, dan obstruksi nasal. Sungkup muka dengan kantong *rebreathing* digunakan pada pasien dengan PaCO₂ tinggi karena akan lebih meningkatkan kadar PaCO₂ nya lagi.

2.2.2.4 Metode Pemberian Terapi Oksigen

Metode pemberian O₂ dapat dibagi atas 2 cara, yaitu :

Sistem aliran rendah

Teknik sistem aliran rendah diberikan untuk menambah konsentrasi udara ruangan. Cara ini menghasilkan FiO₂ yang bervariasi tergantung pada frekuensi pernafasan, volume tidal dan aliran oksigen. Pemberian O₂ sistem aliran rendah ini ditujukan untuk pasien yang memerlukan O₂ tetapi masih mampu bernafas dengan pola pernafasan normal. Contoh sistem aliran rendah ini adalah kateter nasal, kanula nasal, sungkup muka sederhana, sungkup muka dengan kantong *rebreathing*, sungkup muka dengan kantong *non rebreathing* (Boediman dan Wirjodiarjo, 2012).

Tabel 2.1 Pemberian Terapi Oksigen

Jenis	Keuntungan	Kerugian
Kateter Nasal 	• Dapat memberikan O₂ secara kontinu dengan aliran 1-6 L/menit dengan konsentrasi 24% - 45%. • Pemberian O₂ stabil, pasien bebas bergerak, makan dan berbicara, murah dan nyaman serta dapat juga dipakai sebagai kateter penghisap.	• Tidak dapat memberikan konsentrasi O₂ > 45% • Teknik memasukan kateter nasal lebih sulit dari pada kanula nasal • Dapat terjadi distensi lambung, iritasi selaput lendir nasofaring. • Aliran > 6 L/m dapat menyebabkan nyeri sinus dan mengeringkan mukosa hidung. • Kateter mudah tersumbat

Kanula nasal 	• Dapat memberikan O_2 kontinu dengan aliran 1-6 L/menit dan konsentrasi O_2 24- 40%. • Pemberian O_2 stabil dengan volume tidal dan laju pernafasan teratur. • Mudah memasukkan kanul dibanding kateter • Pasien bebas makan, bergerak, berbicara, lebih mudah ditolerir pasien dan nyaman	• Tidak dapat memberikan konsentrasi $O_2 > 44\%$. • Suplai O_2 berkurang bila pasien bernafas lewat mulut. • Mudah lepas karena kedalam kanul hanya 1 cm. • Membran mukosa dapat kering jika terapi oksigen diberikan > 4 L/menit. • Dapat menyebabkan iritasi selaput lendir, sakit kepala. • Tidak cocok untuk pasien dengan obstruksi hidung. • Perlu <i>bubble humidifier</i>
Sungkup muka sederhana 	• Dapat memberikan O_2 kontinu atau selang selang 5 – 8 L/menit dengan konsentrasi O_2 40 – 60%. • Konsentrasi O_2 yang diberikan lebih tinggi dari kateter atau kanula nasal, sistem humidifikasi dapat ditingkatkan melalui pemilihan sungkup berlobang besar, dapat digunakan dalam pemberian terapi aerosol	• Tidak dapat memberikan konsentrasi $O_2 < 40\%$. • Dapat menyebabkan penumpukan CO_2 jika aliran rendah.
Sungkup muka dengan kantong <i>rebreathing</i> (partial <i>rebreathing mask</i>)	• Dapat memberikan O_2 dengan konsentrasi tinggi yaitu 40-70 % dengan aliran 6 – 10 L/menit • Konsentrasi O_2 lebih tinggi dari sungkup muka	• Tidak dapat memberikan O_2 konsentrasi rendah, jika aliran lebih rendah dapat menyebabkan penumpukan CO_2, kantong O_2 bisa terlipat

	sederhana, tidak mengeringkan selaput lendir	
Sungkup muka dengan kantong <i>non rebreathing</i> 	• Dapat memberikan O_2 dengan konsentrasi mencapai 95%-100% dengan aliran 10–15 L/menit dimana udara inspirasi tidak bercampur dengan udara ekspirasi. • Tidak mengeringkan selaput lendir.	• Kantong O_2 bisa terlipat

Sumber : Berman dan Snyder (2012; Said M., et al. (2012).

Sistem aliran tinggi

Suatu teknik pemberian O_2 dimana FiO_2 lebih stabil dan tidak dipengaruhi oleh frekuensi pernafasan, sehingga dengan teknik ini dapat menambahkan konsentrasi O_2 yang lebih tepat dan teratur. Contoh teknik sistem aliran tinggi yaitu sungkup muka dengan *ventury*. Prinsip pemberian O_2 dengan alat ini yaitu gas yang dialirkan dari tabung akan menuju ke sungkup yang kemudian akan dihisap untuk mengatur suplai O_2 sehingga tercipta tekanan negatif, akibatnya udara luar dapat diisap dan aliran udara yang dihasilkan lebih banyak. Aliran udara pada alat ini sekitar 4–14 L/menit dengan konsentrasi 24–50%. Adapun keuntungan sistem aliran tinggi ini adalah konsentrasi O_2 yang diberikan konstan sesuai dengan petunjuk pada alat, tidak dipengaruhi perubahan pola nafas terhadap FiO_2 , suhu, kelembaban gas dapat dikontrol serta tidak terjadi penumpukan CO_2 . Kerugian sistem ini pada umumnya hampir sama dengan sungkup muka yang lain pada aliran rendah.

2.2.3 Bronkiolitis

2.2.3.1 Pengertian

Bonkiolitis adalah penyakit infeksi saluran penapasan akut bagian bawah yang ditandai dengan adanya inflamasi pada bronkiolus. Umumnya infeksi tersebut disebabkan oleh virus. Secara klinis ditandai dengan episode pertama *wheezing* pada bayi yang didahului dengan gejala infeksi saluran pernapasan akut bakteri (Zain, 2012). Bronkiolitis adalah infeksi virus akut dengan efek maksimum pada bronkiolar (Hockenberry dan Wilson, 2009).

2.2.3.2 Etiologi

Sekitar 95% dari kasus-kasus tersebut secara serologis terbukti disebabkan oleh invasi *Respiratory Syncytial Virus* (RSV). Orenstein menyebutkan beberapa penyebab lain seperti *adenovirus*, virus influenza, virus parainfluenza, *rhinovirus* dan mikoplasma tetapi belum ada bukti kuat bahwa bronkiolitis disebabkan oleh bakteri (Zain, 2012)

2.2.3.3 Patoflow: terlampir

2.2.3.4 Manifestasi Klinis

Menurut Hockenberry dan Wilson (2009), penyakit bronkiolitis diawali dengan infeksi saluran pernapasan atas setelah masa inkubasi 5 – 8 hari. Gejala seperti rhinorrhea, demam intermiten, faringitis, batuk, bersin, wheezing, conjungtivitis, kemungkinan otitis media. Jika penyakit bertambah progresif infeksi saluran pernapasan atas berkembang menjadi infeksi saluran pernapasan bawah ditandai dengan frekuensi batuk dan wheezing bertambah, takipnu, retraksi dan sianosis. Bayi mungkin mengalami beberapa hari infeksi saluran pernapasan bawah atau tanpa gejala infeksi saluran pernapasan bawah, bayi juga dapat

mengalami letargi, tidak nafsu makan, dan iritabilitas. Manifestasi lanjut jika penyakit bertambah berat adalah perubahan pertukaran gas seperti wheezing, retraksi, crackles, dipsnu, takipnu > 70x/menit, berkurangnya suara pernapasan. Apnu dapat sebagai indikator pertama infeksi RSV pada bayi yang sangat muda.

2.2.3.5 Derajat Penyakit Bronkiolitis

Tabel 2.2 Derajat penyakit bronkiolitis

Ringan	Sedang	Berat	Mengancam
Sp O2 > 95%	Sp O2 92 – 95%	Sp O2 < 92%	-
Pernapasan normal	Pernapasan meningkat	Pernapasan meningkat dengan nyata	-
Tidak menggunakan otot tambahan	Sedikit menggunakan otot tambahan	• Moderat menggunakan otot tambahan • Nasal flare/ grunting	• Maksimal menggunakan otot tambahan • Tidak ada usaha nafas • Apnu
FN normal	FN meningkat	FN meningkat secara nyata	-
Masih bisa minum/makan	• Dehidrasi ringan • Keterbatasan untuk minum/makan	• Dehidrasi berat • Tidak bisa minum atau makan	-
	Crackles	• Tampak toxic • Berkeringat • Iritabel	Sianosis

Sumber : Turner et al., 2008 dalam *Evidence based guideline for the management of bronchiolitis*.

2.2.3.6 Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada bronkiolitis adalah atelektasis dimana pengembangan paru-paru yang tidak sempurna atau kolaps paru merupakan akibat kurangnya

mobilisasi atau refleks batuk hilang. Hipoksia yaitu kondisi sindrom kekurangan oksigen pada jaringan tubuh dan gangguan Asam Basa seperti asidosis metabolik, alkalosis respiratorik serta asidosis respiratorik (Suriadi dan Yuliani, 2006).

2.2.3.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Zain dalam buku ajar respirologi anak (2012), pemeriksaan darah rutin kurang bermakna karena jumlah leukosit biasanya normal demikian pula dengan elektrolit. Analisis gas darah diperlukan pada anak dengan sakit berat, khususnya yang membutuhkan ventilator mekanik. Pemeriksaan rontgen foto thoraks didapatkan gambaran hiperinflasi dan infiltrat tetapi gambaran ini tidak spesifik dan dapat ditemukan pada pneumonia viral dan atipikal, asma, dan aspirasi. Untuk menentukan RSV dilakukan kultur virus dengan *enzyme-linked immunosorbent assays* (ELISA) atau *polymerase chain reaction* (PCR) dan pengukuran antibodi pada fase akut dan konvalensan.

2.2.3.8 Tatalaksana

Berikut akan dibahas mengenai tatalaksana/managemen terapi pada pasien dengan bronkiolitis dari beberapa sumber:

Menurut Zain (2012), sebagian besar tatalaksana bronkiolitis pada bayi bersifat suportif yaitu pemberian oksigen, *minimal handling* pada bayi, cairan intra vena, kecukupan cairan, penyesuaian suhu lingkungan agar konsumsi oksigen minimal, tunjangan respirasi bila perlu dan nutrisi. Setelah itu barulah digunakan bronkodilator, anti inflamasi seperti kortikosteroid, anti viral seperti ribavirin dan pencegahan dengan vaksin RSV, RSV *immunoglobulin* (polyclonal) atau *humanized RSV monoclonal antibody*. Menurut Turner, et al (2008), pemberian β_2 agonist bronchodilators tidak dianjurkan untuk diberikan

rutin pada pengobatan bronkiolitis. Menurut Hockenberry dan Wilson (2009), pemberian bronkodilator boleh diberikan untuk jangka pendek namun tidak secara signifikan dapat meningkatkan kondisi pasien dan pemberian kortikosteroid serta antihistamin juga tidak dianjurkan rutin digunakan.

Fisioterapi dada rutin tidak dianjurkan pada pasien bronkiolitis. Jika terdapat cairan dari hidung yang berlebihan dapat dilakukan *suction* (Hockenberry dan Wilson, 2009; Turner et al., 2008). Pemberian cairan melalui mulut tidak dianjurkan bila pasien mengalami takipnu, kelemahan dan *fatigue*. Pemberian cairan intra vena dapat diberikan sampai fase akut selesai (Hockenberry dan Wilson, 2009). Berbeda dengan pendapat Turner et al., (2008), menjelaskan bahwa bayi atau anak dengan bronkiolitis ringan atau sedang dapat dilakukan pemberian cairan melalui mulut kecuali jika ada peningkatan distress pernapasan.

Menurut Hockenberry dan Wilson, 2009, tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan bronkiolitis adalah *standard precaution* termasuk mencuci tangan, tidak menyentuh sekret dari hidung, menggunakan gaun pada waktu masuk ruang perawatan dan membatasi pengunjung. Jika bayi sesak, perawat dapat menganjurkan orang tua untuk tidak menyusui bayi nya atau mengurangi intake cairan per oral. Tindakan lain adalah monitor oksigenasi dengan *pulse oxymetry*, memberikan inhalasi dan memberikan penjelasan kepada orang tua tentang kondisi anaknya.

2.2.4 Konsep *Family Centered Care*

Penyakit yang diderita oleh seorang anak dapat memiliki pengaruh traumatik pada keluarga dan anak. Perawat anak perlu menggunakan pendekatan perawatan berpusat pada keluarga (*Family Centered Care*)

untuk memaksimalkan kesejahteraan pasien. Penerapan *Family Centered Care* didasarkan pada kolaborasi keluarga, perawat dan staf rumah sakit untuk merencanakan, menyediakan, dan mengevaluasi perawatan. Perawat harus bekerja dengan keluarga untuk mengembangkan rencana perawatan terbaik bagi seorang anak. Keluarga adalah sumber utama anak dalam rangka memberikan dukungan stabilitas pada periode traumatis dalam kehidupan anak. Kehadiran keluarga selama prosedur kesehatan secara signifikan dapat mengurangi kecemasan baik anak dan orang tua (Neff, 2003). Penurunan kecemasan dari pasien dan keluarga mengurangi stres pada tenaga kesehatan dan secara positif mempengaruhi kemampuan tenaga kesehatan untuk memberikan pengobatan. Intinya perawat harus memperhatikan baik kebutuhan keluarga dan anak dalam rangka memaksimalkan hasil yang diharapkan dari anak.

Keluarga pasien yang datang ke tata pelayanan kesehatan memiliki keaneka ragam sosial, budaya, ekonomi dan spiritual yang berbeda-beda. Salah satu peran perawat adalah untuk mengakui dan menghormati keanekaragaman tersebut, bertanggung jawab untuk memahami berbagai pengaruh sosial, budaya, ekonomi, dan spiritual dari aspek kehidupan individu. Spiritual, kepercayaan dan budaya dapat memiliki pengaruh besar pada persepsi seseorang. Status sosial ekonomi seorang pasien bisa berdampak besar pada kualitas perawatan anak yang diterima. Perawat memiliki kewajiban untuk menemukan sumber daya untuk pasien dan keluarga agar mendapatkan perawatan yang adekuat seperti rujukan untuk pelayanan kesehatan masyarakat atau perawatan di rumah. Secara keseluruhan perawat harus membantu untuk perawatan khusus untuk memenuhi kebutuhan keluarga dan pasien. Sebelum membuat keputusan mengenai perawatan, orang tua harus mendapatkan informasi yang jelas. Peran perawat adalah dalam pertukaran informasi dan tidak memberikan informasi yang bias antara keluarga dan tim kesehatan lain (Hockenberry dan Wilson, 2006).

2.3 Integrasi Model Konservasi Levine Dalam Proses Keperawatan Pasien Anak Dengan Masalah Oksigenasi

2.3.1 Konsep Teori Model Konservasi Levine

2.3.1.1 *Wholeness (Holism)*

Levine menggunakan teori wholeness merupakan aplikasi dari teori wholeness milik Erickson (1964, 1968) yang menggambarkan bahwa *wholeness* merupakan suatu sistem yang terbuka. Levine menyakini bahwa *wholeness* merupakan bagian dari individu yang menekankan bahwa mereka berespon dalam satu keutuhan pribadi terhadap perubahan yang terjadi pada lingkungan.

2.3.1.2 *Adaptasi*

Adaptasi merupakan konsekuensi dari interaksi antara orang dengan lingkungan. Keberhasilan dalam menghadapi lingkungan tergantung dari adekuatnya adaptasi (Levine, 1990). Levine (1991) dalam Parker (2001); Tomey dan Alligood (2006) mengemukakan 3 (tiga) karakteristik dari adaptasi tersebut adalah *historicity*, *spesifity*, dan *redundancy*. Kemampuan adaptasi setiap individu berbeda-beda menurut waktu (*historicity*), dimana respon didasarkan pada pengalaman masa lalu baik itu dari segi personal maupun genetik. Adaptasi juga bersifat spesifik (*specifity*), artinya tergantung pada karakter individu. Perilaku individu memiliki pola stimulus respon yang spesifik dan unik dalam aktivitas kehidupan sehari-hari. *Redundancy* berarti individu dapat beradaptasi sesuai dengan tingkat kemampuan adaptasi. 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.

Levine juga mengurai sejumlah respon lingkungan internal individu dalam proses adaptasi. Perubahan perilaku individu dalam upaya untuk beradaptasi dengan lingkungan disebut respon organismic. Perilaku ini membantu individu untuk melindungi dan mempertahankan integritas mereka melalui: *Fight or flight*, *Inflammatory response*, *Response to stress*, dan *Perceptual awarnes*.

2.3.1.3 Konservasi

Konservasi adalah konsep universal dan bergantung pada sistem hidup yang berhubungan dengan integrasi seluruh sistem. Myra Levine menggambarkan empat prinsip konservasi. Kerangka nya meliputi: energi, integritas struktural, integritas pribadi, dan integritas sosial. Keempat konsep inti dari konservasi menurut Myra Levine adalah sebagai berikut:

Konservasi Energi

Konservasi energi merupakan proses pertukaran energi yang terjadi diantara lingkungan internal dan eksternal seorang pasien. Levine melihat perlunya penggunaan energi dalam proses perawatan seorang pasien untuk menjaga keseimbangan energi sehingga input dan output sesuai atau seimbang atau untuk menghindari kelelahan berlebihan, seperti halnya bentuk aktifitas, istirahat yang cukup, asupan nutrisi, olah raga, pertukaran $O_2 - CO_2$, suhu tubuh dan lain sebagainya diperhatikan dalam sebuah model keperawatan.

Konservasi Integritas Struktural

Konservasi Integritas Struktural bertujuan untuk mempertahankan atau memulihkan struktur tubuh sehingga mencegah terjadinya kerusakan fisik dan meningkatkan proses penyembuhan. Hal ini berkaitan dengan kapasitas atau kemampuan organ tubuh fisiologis seperti kulit, muskulo

skeletal, imunitas, dan lain sebagainya untuk beradaptasi maupun merestorasi dirinya sendiri jika dalam keadaan sakit dengan memperhatikan pula beberapa faktor penting seperti usia dan gender seorang pasien. Contoh: membantu pasien dalam latihan ROM, pemeliharaan kebersihan pribadi pasien, mempertahankan atau mempromosikan mobilitas, mencegah cedera, mencegah infeksi dan mempertahankan integritas kulit.

Konservasi Integritas Personal

Konservasi Integritas Personal adalah kemampuan adaptasi psikologis seorang pasien dalam merespon kondisi sehat-sakit yang sedang dialaminya. Dalam hal ini Levine menekankan pentingnya seorang perawat menunjukkan rasa respek pasien dengan memanggil namanya, respek terhadap keinginan pasien, kesadaran diri, menghargai kepemilikan pribadi, mendukung pertahanan mereka, menjaga privasi pasien memperlakukan orang dengan hormat, bersikap jujur, menjaga kerahasiaan, dan mempertahankan integritas kepribadian pasien.

Konservasi Integritas Sosial

Konservasi Integritas sosial terjadi saat seorang individu diakui sebagai anggota keluarga, komunitas/masyarakat, kelompok keagamaan, kelompok etnis, sistem politik dalam suatu bangsa. Contoh: membantu individu untuk mempertahankan perannya sebagai anggota keluarga dan masyarakat (Tomey dan Alligood, 2006).

2.3.1.4 Paradigma Teori Konservasi Levine

Myra Esteen Levine mengembangkan teori konservasi model mencakup konsep metaparadigma yaitu manusia, lingkungan, keperawatan dan kesehatan. Selain ini, model Levine juga menggambarkan keterkaitan antara manusia dan lingkungan

yang sesuai dari waktu ke waktu, sebagaimana dijelaskan dibawah ini :

Keperawatan

Levine melihat keperawatan sebagai sebuah bentuk interaksi dinamis antara perawat dan pasien yang tidak bisa dilepaskan dari lingkungannya. Tujuan keperawatan disini adalah untuk mempromosikan keutuhan, menyadari bahwa setiap individu memerlukan respon yang unik sebagai individu dan kegiatan kelompok. Integritas individu yaitu keutuhan individu (bio, psiko, sosial dan spiritual) dan merupakan tanggung jawab perawat untuk membantu pasien untuk mempertahankan dan untuk mencari realisasinya. Semua ini dicapai melalui penggunaan prinsip-prinsip konservasi energi, struktur, personal, dan integritas sosial.

Manusia

Manusia adalah individu yang kompleks, holistik, berinteraksi dengan lingkungan dan terus-menerus berusaha untuk mempertahankan keutuhan dan integritas sebagai makhluk yang berpikir, berorientasi pada masa depan dan masa lalu. Levine berpendapat bahwa bahwa “kehidupan individu yang berarti hanya dalam konteks kehidupan sosial”. Setiap tindakan mereka mesti dilihat sebagai satu bentuk adaptasi dalam rangka mengakomodir berbagai kebutuhan fisik maupun psikisnya dikonteks lingkungan alam maupun sosial tempat mereka tinggal (Tomey dan Alligood, 2006).

Lingkungan

Levine mendeskripsikan lingkungan sebagai sebuah konteks dinamis yang sangat mempengaruhi kehidupan individu baik lingkungan internal dan lingkungan eksternal. Lingkungan internal fisiologis dan aspek patofisiologi individu selalu dipengaruhi oleh lingkungan eksternal. Lingkungan internal

adalah lingkungan yang berhubungan dengan tubuh dan fungsinya yaitu lingkungan fisiologis dan psikologis. Lingkungan eksternal terdiri dari lingkungan perseptual, lingkungan operasional dan lingkungan konseptual. Lingkungan perseptual berhubungan dengan kemampuan panca indra manusia antara lain respon terhadap rasa, cahaya, suara, sentuhan, suhu, perubahan kimia yang berbau atau terasa, dan keseimbangan. Lingkungan operasional merupakan bagian dari lingkungan eksternal yang berinteraksi dengan kehidupan dan tidak disadari oleh manusia karena tidak memiliki organ yang bisa mengenali adanya faktor-faktor tersebut contohnya semua bentuk radiasi, mikroorganisme dan polutan. Dengan kata lain, elemen-elemen ini mempengaruhi manusia secara fisik tetapi tidak bisa dirasakan. Sedangkan lingkungan konseptual adalah bagian dari lingkungan eksternal yang terdiri dari bahasa, ide, simbol, konsep-konsep dan penemuan yang meliputi kemampuan berkomunikasi, berpikir, pengalaman emosi, sistem nilai, keyakinan agama, etnis dan tradisi budaya, dan pola psikologis manusia yang berasal dari pengalaman hidup (Tomey dan Alligood, 2006).

Kesehatan

Kesehatan dan penyakit adalah pola-pola perubahan adaptif. Kesehatan adalah terjaganya keutuhan tubuh dan keberhasilan adaptasi. Tujuan keperawatan adalah untuk meningkatkan kesehatan. Levine (1991) menjelaskan apa yang dimaksud dengan kesehatan adalah terlaksananya kegiatan sehari-hari tanpa adanya gangguan kesehatan. Perubahan status kesehatan tidak hanya perubahan fungsi fisiologis (konservasi dari integritas struktural) tetapi dapat juga terjadi gangguan pada beberapa prinsip konservasi yang lain (Tomey dan Alligood, 2006).

2.3.2 Proses Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Oksigenasi Menggunakan Teori Konservasi Levine

2.3.2.1 Tahap Pengkajian

Pada tahap ini pasien dikaji melalui dua metoda yaitu *interview* dan observasi. Pengkajian berfokus pada pasien, keluarga, anggota lainnya dalam membantu memecahkan permasalahan kesehatan pasien. Hal ini juga mempengaruhi kesiapan pasien dalam menghadapi lingkungan eksternal. Menurut Levine, pada waktu melakukan observasi, perawat melakukan observasi respon organismik pasien terhadap penyakit, membaca catatan medis, evaluasi hasil pemeriksaan diagnostik dan menanyakan pada pasien tentang bantuan kebutuhan yang diperlukan pasien.

Pengkajian menyeluruh pada pasien dengan masalah oksigenasi dengan menggunakan prinsip konservasi Levine adalah sebagai berikut :

Konservasi Energi

Menurut Potter dan Perry (2009) pengkajian yang diperlukan pada pasien dengan masalah oksigenasi antara lain keadaan umum, kesadaran, demam, lemah. Status pernapasan meliputi frekuensi, irama, pola, penggunaan otot bantu pernafasan, retraksi dada, batuk, sesak nafas, nyeri, dan suara nafas tambahan seperti ronkhi serta wheezing. Sirkulasi perifer, tingkat aktifitas meliputi kebutuhan istirahat/tidur biasanya berkurang karena sesak dan batuk, kelelahan serta kebutuhan bermain. Status hidrasi dan nutrisi antara lain nafsu makan menurun, dan muntah.

Konservasi Integritas struktur

Konservasi integritas struktur merupakan proses pengembalian integritas struktur dan fungsi tubuh. Oleh karena itu pengkajiannya meliputi apakah ada nyeri dada, batuk bersputum purulent,

ronchi. Pemeriksaan fisik status kardiopulmonal pasien termasuk inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

Konservasi Integritas Personal

Konservasi integritas personal meliputi harga diri, kepribadian, keunikan, nilai dan kepercayaan, pola koping serta ketakutan terhadap pengobatan dan prosedur yang dilakukan.

Konservasi Integritas Sosial

Konservasi integritas sosial adalah kemampuan seseorang untuk berpartisipasi dalam sistem sosial. Pengkajian meliputi hubungan interpersonal pasien dengan anggota keluarga dan masyarakat, berpisah dengan orang tua, tidak bisa bermain dengan teman, dan membantu kebutuhan keagamaan.

Lingkungan Internal

Lingkungan Internal yang dimaksud adalah pemaparan lingkungan, frekuensi infeksi saluran pernapasan, riwayat alergi, faktor risiko pulmonar, masalah pernapasan yang lalu, penggunaan obat-obatan saat ini, faktor risiko penyakit jantung, kondisi jantung masa lalu, hitung darah lengkap, hasil pemeriksaan diagnostik termasuk foto thorax, EKG, pemeriksaan fungsi pulmonar, sputum, dan oksigenasi seperti pemeriksaan AGD, dan *pulse* oksimetri.

Lingkungan Eksternal

Lingkungan Eksternal yang dimaksud adalah riwayat merokok atau terpapar asap rokok, lingkungan rumah, dan polusi udara.

2.3.2.2 Tahap Jugment/Trophicognosis

Berbeda dengan teori keperawatan, pada teori Levine, tahap ini merupakan tahap perumusan diagnosa keperawatan. Tahap ini merupakan tahap mengumpulkan masalah kesehatan pasien

berdasarkan hasil pengkajian dengan menggunakan prinsip konservasi. Menurut Potter dan Perry (2009); Berman dan Snyder (2012) masalah keperawatan yang dapat terjadi pada pasien dengan masalah oksigenasi adalah tidak efektifnya pola nafas, bersihan jalan nafas tidak efektif, kerusakan pertukaran gas, intoleransi aktifitas, kecemasan, kelelahan, insomnia, penurunan curah jantung, risiko infeksi, risiko ketidakseimbangan cairan, dan perubahan kebutuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan.

2.3.2.3 Tahap Hipotesis

Tahap hipotesis disebut juga tahap perencanaan keperawatan (*plan of care*). Tahap ini merupakan tahap pembuatan perencanaan dan tujuan berdasarkan diagnosa serta melakukan validasi dengan pasien sebelumnya. Pada teori keperawatan lain tahap ini sama dengan tahap membuat perencanaan keperawatan. Perawat membuat setiap rencana tindakan dengan tujuan untuk mempertahankan keutuhan (*wholeness*) dan mempromosikan adaptasi. Menurut Potter dan Perry (2009); Berman dan Snyder (2012), pasien yang mengalami kerusakan oksigenasi membutuhkan rencana asuhan keperawatan yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi pasien. Rencana tersebut meliputi satu atau lebih sasaran yang berpusat pada pasien yaitu pasien dapat mempertahankan kepatenan jalan nafas, pasien dapat batuk produktif, pasien dapat merasa nyaman dan mudah bernafas, pasien dapat memelihara atau meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi, pasien dapat beraktifitas kembali, mencegah risiko yang berhubungan dengan masalah oksigenasi seperti kerusakan kulit dan jaringan, keseimbangan asam basa, merasa tidak berdaya serta isolasi sosial.

2.3.2.4 Tahap Intervensi

Menurut Levine tahap intervensi disebut juga uji hipotesis. Pada teori keperawatan lain tahap ini disebut juga tahap pelaksanaan. Pada tahap ini perawat melaksanakan perawatan langsung kepada pasien berdasarkan hipotesis dan prinsip konservasi dengan tujuan untuk mempertahankan keutuhan (*wholeness*) dan mempromosikan adaptasi. Menurut Potter dan Perry (2009), intervensi Keperawatan pada pasien dengan masalah oksigenasi meliputi Intervensi keperawatan untuk memfasilitasi ventilasi paru seperti mempertahankan kepatenan jalan nafas, pengaturan posisi, mengajarkan nafas dalam dan tehnik batuk, serta meningkatkan hidrasi. Intervensi keperawatan lain yaitu membantu ventilasi seperti *suction*, tehnik inflasi paru, pemberian analgesik sebelum nafas dalam dan batuk, *postural drainage*, perkusi dan vibrasi dan intervensi Keperawatan untuk memfasilitasi difusi gas seperti menganjurkan untuk batuk, nafas dalam, dan aktifitas yang memungkinkan. Intervensi Keperawatan kolaboratif meliputi terapi oksigen, perawatan trakeostomi, dan pemeliharaan *chest tube*. Integrasi intervensi keperawatan dengan teori konservasi Levine pada pasien dengan masalah oksigenasi dikelompokkan kedalam 4 konservasi yaitu konservasi energi, integritas struktur, personal dan sosial.

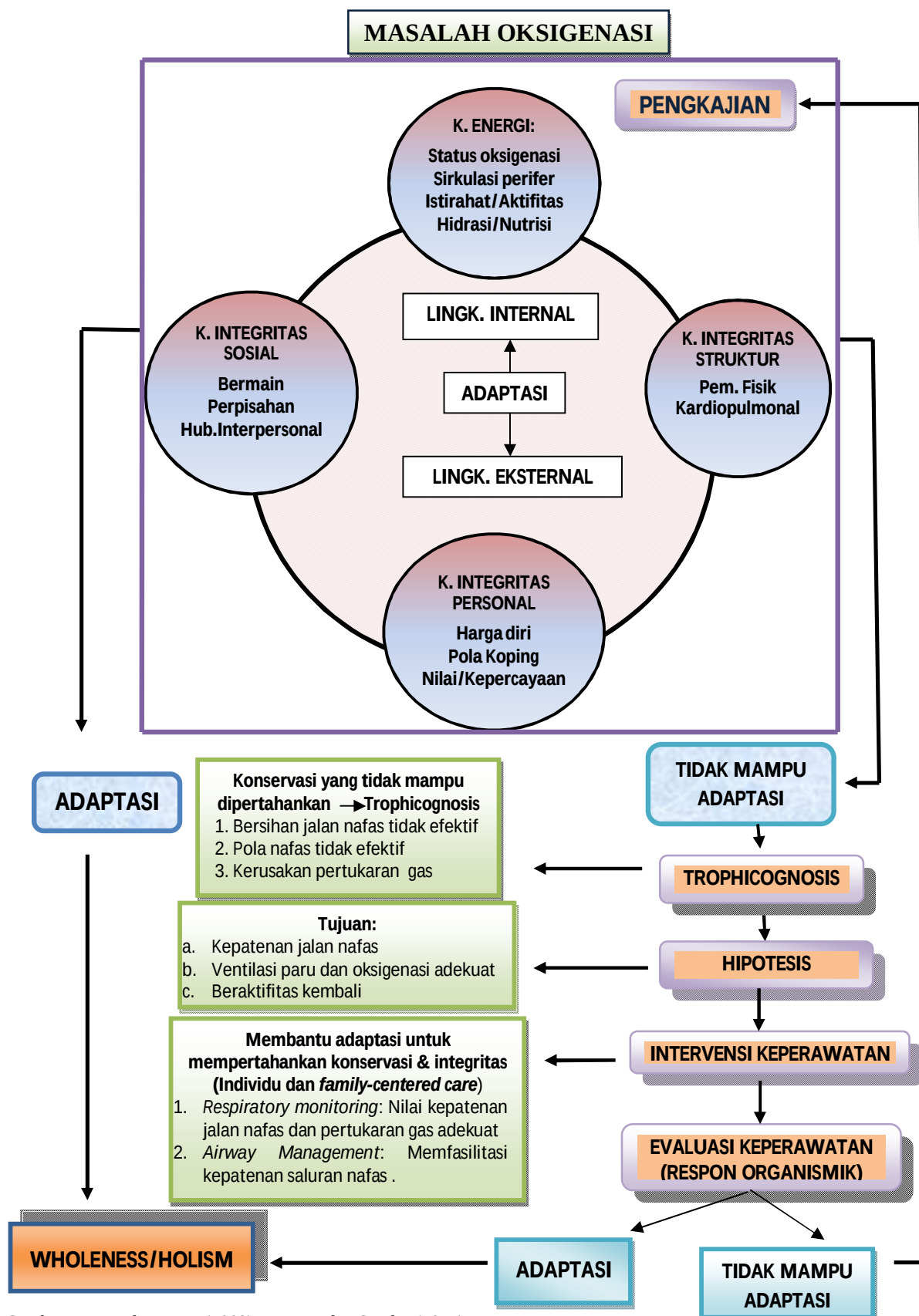
2.3.2.5 Tahap Evaluasi.

Tahap ini merupakan tahap evaluasi hasil dari uji hipotesis berdasarkan respon *organismic* terhadap intervensi. Pada tahap ini dilihat apakah hipotesis berhasil atau tidak. Jika tidak berhasil perlu dibuat kembali hipotesis baru. Intervensi dan terapi keperawatan dievaluasi dengan membandingkan kemajuan pencapaian pasien terhadap tujuan intervensi dan hasil akhir yang diharapkan. Apabila tindakan keperawatan yang dilakukan untuk meningkatkan oksigenasi tidak berhasil

atau respon organismik tidak sesuai yang diharapkan, maka dilakukan modifikasi hipotesis, dikembangkan dan dilakukan intervensi serta evaluasi kembali.

2.3.2 Bagan Integrasi Model Konservasi Levine Dalam Proses Keperawatan Pasien Anak Dengan Masalah Oksigenasi

**Gambar 2.2 Integrasi Model Konservasi Levine Dalam Proses Keperawatan
Pasien Anak Dengan Masalah Oksigenasi**



Sumber: Potter dan Perry (2009); Berman dan Snyder (2012);
Tomey dan Alligood, 2006; Tomey dan Alligood, 2009).

2.4 Aplikasi Teori Keperawatan Pada Kasus Terpilih

Pada bagian ini residen mengambil kasus pada anak V dengan bronkiolitis dengan menggunakan pendekatan teori model konservasi Levine yang didasarkan pada lima tahapan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, perumusan trophicognosis, hipotesis, intervensi dan evaluasi keperawatan. Asuhan keperawatan pada anak V ini dilakukan mulai tanggal 26 Maret sampai dengan 3 April 2012.

2.4.1 Pengkajian

Anak V, laki-laki 7 bulan masuk IGD RSCM tanggal 22 Maret 2012 jam 9.30 dengan keluhan utama sesak nafas yang semakin memberat sejak 1 hari SMRS, demam naik turun. Riwayat sakit sekarang 1 minggu sebelum masuk rumah sakit (SMRS), pasien mulai batuk pilek, dahak banyak dan tidak dapat dikeluarkan, demam tidak ada, mual tidak ada, *intake* cukup. 4 hari SMRS pasien mulai demam, suhu tidak diukur, menurut ibu hanya hangat saja, suhu tinggi tidak ada, batuk pilek semakin berat, slem banyak, anak diperiksa di RS Hermina Bogor dan mendapat terapi obat azitromycin, puyer batuk pilek, parasetamol dan inhalasi 1 x/hari. 1 hari SMRS, pasien diare lebih dari 5x/hari, volume 2-4 sendok makan, lebih banyak air dari pada ampas, lendir (+), darah (-), BAB terakhir 3 jam SMRS. Tgl 24 Maret 2012: pasien masuk ruang rawat infeksi dengan infus Kaen 1 B + KCl 10 meq sebanyak 15 tetes/menit. Pasien terpasang O2 sebanyak 2 lpm/nasal kanul dan NGT. Pasien dinyatakan bronkiolitis. Pasien mempunyai riwayat operasi gastroschisis 7 bulan yang lalu. Terapi yang didapat pasien tanggal 24 Maret 2012 adalah ampicilin 4 x 200 mg (IV), kloramfenikol 4 x 150 mg (IV), dexamethasone 3 x 1 mg (IV) serta inhalasi Nacl 0,9% + ventolin 1 ml diberikan 4 kali dalam 24 jam.

Hasil pengkajian lingkungan internal dari divisi pencitraan tanggal 22 Maret 2012 didapatkan kelainan bentuk jantung dengan vaskularisasi meningkat. Hiperinflasi paru dengan infiltrat pada perihiler kiri. Hasil *Echocardiography* menunjukkan adanya dekstoposisi, jantung terkesan

tidak membesar. Pengkajian lingkungan eksternal perceptual didapatkan pasien dirawat di ruangan yang dikengkapi dengan *air conditioner* (AC). Pada pagi hari ruang cukup bising dan ramai karena *visite* beberapa tenaga kesehatan dengan bergiliran (+2 jam), pada siang hari kondisi ruangan tenang dan sejuk. Lingkungan operasional: pasien dirawat di ruang yang tergabung dengan 6 pasien lainnya yang juga menderita penyakit infeksi. Lingkungan konseptual pasien berasal dari keluarga yang tidak memiliki kepercayaan tertentu tentang penyakit. Pasien dan keluarga mempercayai pengobatan medis yang sedang dijalankan.

Pengkajian kemampuan konservasi energi yang didapatkan dari pasien adalah kondisi pasien lemah, suhu 36,5°C, FN 140x/menit, pernapasan 50 x/menit, pernapasan reguler, sesak (+), retraksi (+), batuk sering dan agak lama, terpasang O2 sebanyak 2 lpm, terpasang NGT dan BB 6,4 kg, TB : 67 cm. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak mendapat ASI lagi karena ASI sudah tidak ada. Pasien mendapat susu formula dari rumah sakit.

Pengkajian konservasi integritas struktural yang didapat adalah Ibu pasien mengatakan anaknya sering batuk, sesak dan banyak lendir nya. Anak tampak sesak, retraksi ada, produksi sekret banyak. pernapasan reguler, pernapasan 50 x/menit, batuk sering dan agak lama. Terpasang O2 sebanyak 2 lpm. Pengkajian konservasi integritas personal yang didapat adalah ibu tampak cemas dengan keadaan anaknya, akan membawa anaknya pulang, anaknya tidak boleh dilakukan intubasi, karena trauma dengan pasien disebelahnya. Kedua orang tua kien tampak cemas dengan keadaan anaknya, ibu tampak menangis dan menolak dilakukan intubasi pada anaknya. Hasil pengkajian integritas sosial didapatkan data bahwa pasien merupakan anak satu-satu nya yang sangat disayangi oleh orang tua. Saat pengkajian pasien ditunggu oleh kedua orang tua. Orang tua tampak sangat menyayangi anaknya.

2.4.2 Trophicognosis

Trophicognosis merupakan rumusan masalah keperawatan yang dibuat berdasarkan kemampuan pasien beradaptasi mempertahankan integritas dan konservasi. Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan, dirumuskan trophicognosis adalah bersihan jalan nafas tidak efektif, pola nafas tidak efektif, kerusakan pertukaran gas, risiko aspirasi, risiko kekurangan volume cairan, risiko tinggi terhadap perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh dan kecemasan pada orang tua

2.4.3 Hipotesis

Tahap hipotesis disebut juga tahap perencanaan keperawatan (*plan of care*). Tahap ini merupakan tahap pembuatan perencanaan dan tujuan berdasarkan trophicognosis serta melakukan validasi dengan pasien sebelumnya. Pada teori keperawatan lain tahap ini sama dengan tahap membuat perencanaan keperawatan. Perawat membuat setiap rencana tindakan dengan tujuan untuk mempertahankan keutuhan (*wholeness*) dan mempromosikan adaptasi.

2.4.3.1 Bersihan jalan nafas tidak efektif

Tujuan: Bersihan jalan nafas kembali efektif

Kriteria hasil: orang tua mengatakan anaknya tidak sesak, suara nafas bersih, jalan nafas bersih, sianosis tidak ada, dispnea tidak ada, frek.pernapasan dalam batas normal 12-20 x/menit

Hipotesis:

- Kaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung
- Auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi
- Beri posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka

- Ajarkan orang tua untuk memberi posisi nyaman, posisi miring untuk mencegah aspirasi.
- Berikan nebulasi sesuai dengan terapi
- Ajarkan ibu cara melakukan *suction* pada anaknya.
- Lakukan pengisapan lender secara berkala
- Kolaborasi : pemberian obat dan pemeriksaan laboratorium

2.4.3.2 Pola nafas tidak efektif

Tujuan: Setelah pemberian tindakan pola nafas pasien kembali efektif

Kriteria hasil: dispnea tidak ada, pernapasan reguler, pernapasan cuping hidung tidak ada.

Hipotesis:

- Kaji status pernapasan sesering mungkin
- Kaji secara terus menerus tanda dan gejala peningkatan kesukaran pernapasan dan obstruksi pernapasan, termasuk peningkatan frekuensi pernapasan, stridor, retraksi, pernapasan cuping hidung, ekspirasi yang memanjang, sianosis, kegelisahan, penurunan bunyi nafas, takikardi,
- Beri posisi semi Fowler/Fowler
- Berikan oksigen

2.4.3.3 Gangguan pertukaran gas

Tujuan: Setelah pemberian tindakan pasien memiliki pertukaran gas yang adekuat.

Kriteria hasil: $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$; $\text{PaCO}_2 35\text{-}45 \text{ mmHg}$; dan pH 7,35-7,45. FP 20–40x/menit dengan kedalaman dan pola nafas yang normal dan suara nafas yang bersih. FN 110 -160 x/menit

Hipotesis:

- Observasi tanda dan gejala hipoksia (Gelisah, agitasi, perubahan tingkat kesadaran), sianosis bibir dan jari merupakan indikator hipoksia yang terakhir.
- Observasi bunyi nafas pada interval frekuensi.

- Monitor bunyi nafas mengi dan ronkhi
- Berikan posisi yang nyaman pada pasien semi/high Fowler untuk mendukung pertukaran gas yang optimal
- Catat respon pasien terhadap posisi yang diberikan.
- Berikan oksigen seperti yang telah ditentukan..
- Monitor AGD: penurunan Pao_2 , peningkatan Pco_2 dan monitor Sao_2

2.4.3.4 Risiko aspirasi

Tujuan: tidak terjadi aspirasi

Kriteria hasil: toleransi terhadap intake oral dan sekresi tanpa aspirasi jalan nafas, terjadi peningkatan efleks menelan

Hipotesis:

- Cek residu sebelum pemberian makan dan minum lewat *Naso Gastric Tube* (NGT)
- Monitor tanda aspirasi selama proses pemberian makan dan minum (batuk, tersedak, saliva)
- Monitor tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks menelan dan kemampuan menelan
- Monitor status paru
- Ajarkan pada keluarga cara memberikan makan dan minum

2.4.3.5 Risiko kekurangan volume cairan

Tujuan: Keseimbangan cairan tetap adekuat

Kriteria hasil: tanda-tanda vital (TTV) dalam batas normal (suhu), intake dan output seimbang, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, berat badan meningkat

Hipotesis:

- Monitor intake dan output
- Monitor TTV (suhu)
- Kaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit)
- Beri cairan sesuai dengan program

- Timbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama
- Kolaborasi pemasangan NGT

2.4.3.6 Risiko tinggi terhadap perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan

Tujuan: Kebutuhan nutrisi pasien tetap terpenuhi

Kriteria hasil: pasien dapat mempertahankan berat badan. Pasien mengkonsumsi jumlah cairan dan nutrisi adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme basal. Masukan nutrisi dan cairan adekuat tanpa aspirasi atau tersedak sebelum pulang

Hipotesis:

- Kaji pola makan pasien dan kebiasaan makan pasien dan makanan kesukaannya
- Anjurkan pada keluarga untuk meningkatkan intake nutrisi dan cairan
- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang kebutuhan kalori dan tipe makanan yang dibutuhkan
- Monitor intake nutrisi dan kalori
- Kaji kebutuhan untuk pemasangan NGT
- Pertahankan kepala dalam posisi semi Fowllerr/Fowlerr saat memberi nutrisi pada pasien
- Berikan nutrisi melalui NGT dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT
- Monitor penurunan dan peningkatan BB

2.4.3.7 Kecemasan pada orang tua

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan rasa cemas pada orang tua dapat berkurang

Kriteria hasil: orang tua dapat mengekspresikan perasaan dan kekhawatirannya. Ekspresi wajah orang tua tenang

Hipotesis:

- Kaji tingkat kecemasan orang tua serta penyebab

- Berikan penjelasan kepada orang tua tentang kondisi anaknya, perawatan dan pengobatan dan prosedur yang akan dilakukan dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh orang tua
- Pertahankan sikap yang menyenangkan, rileks dan meyakinkan

2.4.3 Intervensi dan Evaluasi Keperawatan

Menurut Levine tahap intervensi disebut juga uji hipotesis. Pada teori keperawatan lain tahap ini disebut juga tahap pelaksanaan. Pada tahap ini perawat melaksanakan perawatan langsung kepada pasien berdasarkan hipotesis dan prinsip konservasi dengan tujuan untuk mempertahankan keutuhan (*wholeness*) dan mempromosikan adaptasi. Sedangkan tahap evaluasi merupakan tahap evaluasi hasil dari uji hipotesis berdasarkan respon organismic terhadap intervensi. Pada tahap ini dilihat apakah hipotesis berhasil atau tidak. Jika tidak berhasil perlu dibuat kembali hipotesis baru. Asuhan keperawatan pada pasien anak V dilakukan mulai tanggal 26 Maret sampai dengan 3 April 2012.

2.4.3.1 Konservasi Energi

Tanggal 26 Maret 2012

Jam	Intervensi Keperawatan
07.30	□ Memonitor tanda-tanda vital (TTV) meliputi suhu, nadi, dan pernapasan. Respon: Suhu 36,3 °C, frekuensi nadi (FN) 120 x/menit, frekuensi pernapasan (FP) 44x/menit. □ Mengkaji pernapasan: irama, frekuensi, pola, kedalaman, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Respon: Irama pernapasan reguler, pola

08.00	pernapasan normal, dispnea ada, retraksi suprasternal ada, lendir banyak, pernapasan cuping hidung ada. ☐ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi Respon : ronchi +/+, wheezing +/+ ☐ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Respon: Pasien diposisikan semi fowler, tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka
08.10	☐ Memberikan terapi O2 sebanyak 1 lpm/nasal kanula Respon: O2 diberikan sebanyak 1 lpm terkadang pasien menarik nasal kanul.
09.00	☐ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Respon : mukosa membran kering, turgor kulit elastis) ☐ Mengkaji pola makan pasien dan kebiasaan makan pasien dan makanan kesukaannya Respon : pasien tidak pernah mendapat ASI. Selama dirumah, pasien minum susu formula cap bendera 8 x 60 ml serta bubur saring 1x/hari.
10.00	☐ Menganjurkan pada keluarga untuk meningkatkan intake nutrisi dan cairan Respon: ibu memahami ☐ Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang kebutuhan kalori dan tipe makanan yang dibutuhkan

	Respon: BB saat masuk 6,2 kg dengan TB 67 cm. Perbandingan BB/TB: 82,6 termasuk gizi kurang. BB ideal 7,5 kg x 110 kalori/kg bb = 825 kkal. Oleh ahli gizi diberikan susu formula 8 x 150 ml, dengan total energi = 804 kkal (untuk BB 7,3 kg).
10.15	□ Mengkaji kebutuhan untuk pemasangan <i>naso gastric tube</i> (NGT). Respon: setelah diberi susu peroral, pasien sesak, sehingga butuh pemasangan NGT.
13.00	□ Memberikan nutrisi melalui NGT dan mengajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT Respon : susu formula diberikan 1 x 150 ml
13.30	□ Memonitor penurunan dan peningkatan BB Respon: BB 6,4 kg (BB meningkat 0,2 kg dari 6,2 kg).

Evaluasi Keperawatan :

S : Ibu mengatakan nafas anak masih sesak. Anak sudah tidak diberi ASI, karena sudah tidak keluar dan lama minum susu nya, sedikit demi sedikit.

O : Suhu 36,3-36,5°C, FN 120-130 x/menit, FP 44-46x/menit, pernapasan reguler. Pasien masih terlihat sesak, sekret keluar dari hidung dan terpasang O2 1 lpm/nasal kanula. Pasien terlihat lama menghabiskan susu nya dan agak sesak saat minum susu peroral. Tanda-tanda dehidrasi tidak ada. Pasien mendapat susu formula 8 x 150 ml diberikan lewat NGT, BB 6,4 kg, perawatan pasien sedang.

A : Masalah terjadi

P : Lanjutkan rencana tindakan

Tanggal 27 Maret 2012

Jam	Intervensi Keperawatan												
14.00	☐ Memonitor TTV (suhu, FN, pernapasan) Respon: Suhu 36,4 °C, FN 126 x/menit, FP 48x/menit ☐ Mengkaji pernapasan: irama, frekuensi, pola, kedalaman, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung (NCH). Respon: Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea ada, retraksi suprasternal ada, lendir banyak, NCH ada.												
14.15	☐ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi Respon : ronchi +/+, wheezing +/+												
14.30	☐ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Respon: posisi pasien semi Fowler, tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka												
14.45	☐ Monitor pemberian terapi O2 Respon: O2 diberikan sebanyak 1 liter/menit												
18.00	☐ Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> Respon : <table border="1" data-bbox="778 1675 1308 1937"> <tr> <th colspan="2">Balance cairan 24 jam</th></tr> <tr> <td>Input :</td><td>Out put :</td></tr> <tr> <td>Susu: 1130 ml</td><td>Urin : 910 ml</td></tr> <tr> <td>IVFD : 0 ml</td><td>IWL : 256 ml +</td></tr> <tr> <td>+ 1130 ml</td><td>1166 ml</td></tr> <tr> <td colspan="2">Balance cairan - 36 ml</td></tr> </table>	Balance cairan 24 jam		Input :	Out put :	Susu: 1130 ml	Urin : 910 ml	IVFD : 0 ml	IWL : 256 ml +	+ 1130 ml	1166 ml	Balance cairan - 36 ml	
Balance cairan 24 jam													
Input :	Out put :												
Susu: 1130 ml	Urin : 910 ml												
IVFD : 0 ml	IWL : 256 ml +												
+ 1130 ml	1166 ml												
Balance cairan - 36 ml													

18.20	☐ Memberikan nutrisi melalui NGT dan mengingatkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT Respon : susu formula diberikan 1 x 150 ml ☐ Memonitor penurunan dan peningkatan BB Respon: BB 6,3 kg (BB menurun 0,1 kg dari 6,4 kg).
-------	---

Evaluasi Keperawatan :

S : Ibu mengatakan anaknya masih sesak jika minum susu pakai botol. Anaknya hanya minum sedikit jika diberi susu dari RS.

O : Pasien terlihat masih sesak, sekret masih banyak, suhu 36,4-36,6°C, FN 126-130x/menit, FP 48-50x/menit. Pasien terpasang NGT. Pasien mendapat susu formula 8 x 150 ml/NGT , balance cairan (-) 36 ml, BB turun menjadi 0.1 kg

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan rencana tindakan. Konsul ke bagian gizi tentang penggunaan susu dari rumah.

Tanggal 28 Maret 2012

Jam	Intervensi Keperawatan
14.00	☐ Memonitor TTV (suhu, FN, pernapasan) Respon: Suhu 36,3 °C, FN 128 x/menit, FP 42x/menit
14.15	☐ Mengkaji pernapasan: irama, frekuensi, pola, kedalaman, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Respon: Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea berkurang,

	lendir berkurang, NCH tidak ada.												
14.30	☐ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi Respon : ronchi +/+, wheezing +/+												
14.45	☐ Memonitor pemberian O2 Respon : O2 diberikan 1 lpm/Nasal kanula												
15.00	☐ Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> Respon : <table border="1" data-bbox="778 667 1353 913"> <tr> <th colspan="2"><i>Balance</i> cairan 24 jam</th></tr> <tr> <td>Input :</td><td>Out put :</td></tr> <tr> <td>Susu : 1220 ml</td><td>Urin : 910 ml</td></tr> <tr> <td><u>IVFD: - ml +</u></td><td><u>IWL : 252 ml +</u></td></tr> <tr> <td>1220 ml</td><td>1162 ml</td></tr> <tr> <td colspan="2"><i>Balance</i> cairan +58 cc</td></tr> </table>	<i>Balance</i> cairan 24 jam		Input :	Out put :	Susu : 1220 ml	Urin : 910 ml	<u>IVFD: - ml +</u>	<u>IWL : 252 ml +</u>	1220 ml	1162 ml	<i>Balance</i> cairan +58 cc	
<i>Balance</i> cairan 24 jam													
Input :	Out put :												
Susu : 1220 ml	Urin : 910 ml												
<u>IVFD: - ml +</u>	<u>IWL : 252 ml +</u>												
1220 ml	1162 ml												
<i>Balance</i> cairan +58 cc													
15.30	☐ Memberikan nutrisi melalui NGT dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT Respon : susu formula diberikan 1 x 150 ml												
16.15	☐ Memonitor penurunan dan peningkatan BB Respon : 6,4 kg (BB naik 0,1 kg dari 6,3 kg).												

Evaluasi Keperawatan :

S : Ibu mengatakan sesak anaknya berkurang setelah di inhalasi. Anaknya sekarang diberi minum susu dari rumah sakit.

O : Sesak terlihat berkurang, pernapasan reguler, suhu 36,3-36,4 °C, FN 126-128x/menit, FP 42- 44x/menit dan terpasang O2 sebanyak 1 lpm/nasal kanula. Pasien mendapat susu formula 8 x 150 ml/ NGT, *balance* cairan (+) 58 ml, BB naik 0.1 kg

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan rencana tindakan.

Tanggal 29 Maret 2012

Jam	Intervensi Keperawatan														
14.00	☐ Memonitor TTV (suhu, FN, pernapasan) Respon : Suhu 37,1°C, FN 130 x/menit, FP 40x/menit ☐ Mengkaji pernapasan: irama, frekuensi, pola, kedalaman, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Respon: Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea ada, lendir banyak, pernapasan cuping hidung tidak ada														
14.30	☐ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi Respon : ronchi +/+, wheezing +/+														
15.00	☐ Memonitor pemberian O2 Respon: dokter konsulen respiro menganjurkan untuk <i>weaning</i> O2, O2 diberikan ½ lpm.														
16.00	☐ Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> Respon : <table border="1" data-bbox="758 1339 1337 1619"> <tr> <th colspan="2">Balance cairan 24 jam</th></tr> <tr> <td>Input :</td><td>Out put :</td></tr> <tr> <td>Susu : 1190 ml</td><td>Urin : 865 ml</td></tr> <tr> <td>IVFD : - ml +</td><td>Muntah : - ml</td></tr> <tr> <td>1190 ml</td><td>IWL : 256 ml</td></tr> <tr> <td></td><td>1121ml</td></tr> <tr> <td colspan="2">Balance cairan + 69 ml</td></tr> </table>	Balance cairan 24 jam		Input :	Out put :	Susu : 1190 ml	Urin : 865 ml	IVFD : - ml +	Muntah : - ml	1190 ml	IWL : 256 ml		1121ml	Balance cairan + 69 ml	
Balance cairan 24 jam															
Input :	Out put :														
Susu : 1190 ml	Urin : 865 ml														
IVFD : - ml +	Muntah : - ml														
1190 ml	IWL : 256 ml														
	1121ml														
Balance cairan + 69 ml															
18.00	☐ Memberikan nutrisi melalui NGT dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT Respon: susu formula diberikan 1 x 150 ml														
18.30	☐ Memonitor penurunan dan peningkatan BB Respon : 6,4 kg (BB tetap).														

Evaluasi Keperawatan :

S : Ibu mengatakan sesak anaknya berkurang setelah di inhalasi, lendir masih banyak keluar dari hidung. Lendir dari mulut sulit keluar.

O : Sesak terlihat berkurang, pernapasan reguler, suhu 37,1-37,3 °C, FN 130-135x/menit, FP 40- 44x/menit. Terpasang O2 1 lpm/nasal kanula. Pasien mendapat susu formula 8 x 150 ml/ NGT, *balance* cairan (+) 69 ml, berat badan tetap.

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan rencana tindakan.

Tanggal 30 Maret 2012

Jam	Intervensi Keperawatan
07.30	☐ Memonitor TTV (suhu, FN, pernapasan) Respon: Suhu 36,7°C, FN 120 x/menit, FP 48x/menit
08.00	☐ Mengkaji pernapasan: irama, frekuensi, pola, kedalaman, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Respon: Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea ada, lendir banyak kembali, pernapasan cuping hidung tidak ada.
08.15	☐ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi Respon : ronkhi +/+, wheezing+/, slem +/+
09.00	☐ Memonitor pemberian O2 Respon : pasien sesak setelah diberi O2 ½ lpm, Kemudian O2 dinaikkan kembali menjadi 1 lpm.
09.30	☐ Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> Respon :

		Balance cairan 24 jam	
		Input : Susu : 1135 ml <u>IVFD : - ml +</u> 1135 ml	Out put : Urin : 875 ml Muntah : - ml <u>IWL : 256 ml +</u> 1131 ml
		Balance cairan + 4 ml	
12.00	☐	Memberikan nutrisi melalui NGT dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT	
13.00	☐	Respon : susu formula diberikan 1 x 150 ml	
	☐	Memonitor penurunan dan peningkatan BB	
		Respon : BB 6,5 kg (BB meningkat 0,1 kg).	

Evaluasi Keperawatan :

S : Ibu mengatakan lendir anaknya banyak lagi. Lendir dari mulut sulit keluar.

O : Pasien tampak sesak kembali, suhu 36,7-37°C, FN 120-128x/menit, FP 48-50x/menit. Terpasang O2 1 lpm/nasal kanula. Pasien mendapat susu 8 x 150 ml/ NGT, *balance* cairan (+) 4 ml, berat badan naik 0,1 kg.

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan rencana tindakan.

Tanggal 1 April 2012

Jam	Intervensi Keperawatan
07.30	□ Memonitor TTV (suhu, FN, pernapasan) Respon: Suhu 37,8°C, FN 130 x/menit, FP 56x/menit
08.00	□ Mengkaji pernapasan : irama, frekuensi, pola, kedalaman, kesimetrisan pergerakan dada dan pernapasan cuping hidung

08.10	Respon : Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea ada, lendir banyak, pernapasan cuping hidung ada, batuk ada □ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi Respon: slem +/+, whezing +/+, ronchi+/+														
09.00	□ Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> <table border="1" data-bbox="778 667 1337 949"> <tr> <th colspan="2"><i>Balance cairan 24 jam</i></th></tr> <tr> <td>Input :</td><td>Out put :</td></tr> <tr> <td>Susu : 1145 ml</td><td>Urin : 870 ml</td></tr> <tr> <td>IVFD : - ml</td><td>Muntah : - ml</td></tr> <tr> <td>1145 ml</td><td>IWL : 260 ml</td></tr> <tr> <td></td><td>1130 ml</td></tr> <tr> <td colspan="2"><i>Balance cairan + 15 ml</i></td></tr> </table>	<i>Balance cairan 24 jam</i>		Input :	Out put :	Susu : 1145 ml	Urin : 870 ml	IVFD : - ml	Muntah : - ml	1145 ml	IWL : 260 ml		1130 ml	<i>Balance cairan + 15 ml</i>	
<i>Balance cairan 24 jam</i>															
Input :	Out put :														
Susu : 1145 ml	Urin : 870 ml														
IVFD : - ml	Muntah : - ml														
1145 ml	IWL : 260 ml														
	1130 ml														
<i>Balance cairan + 15 ml</i>															
12.00	□ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama Respon : BB = 6,5 kg (BB tetap)														

Evaluasi Keperawatan :

S : Ibu mengatakan lendir anaknya masih banyak. Lendir dari mulut masih sulit keluar.

O : Pasien tampak sesak kembali, suhu 37,6-37,8°C, FN 130-132x/menit, FP 56-58x/menit. Terpasang O2 1 lpm/nasal kanula. Pasien mendapat susu formula 8 x 150 ml/ NGT, *balance* cairan (+) 15 ml, berat badan tetap.

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan rencana tindakan.

Tanggal 2 April 2012

Jam	Intervensi Keperawatan														
07.30	☐ Memonitor TTV (suhu, FN, pernapasan) Respon: Suhu 36,7°C, FN 126 x/menit, FP 56x/menit														
08.00	☐ Mengkaji pernapasan : irama, frekuensi, pola, kedalaman, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Respon: Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea ada, lendir banyak, pernapasan cuping hidung ada														
08.10	☐ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi Respon: slem +/+, wheezing +/+, ronchi+/+														
08.30	☐ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Respon: Pasien semi Fowlerr dan menggunakan bantalan di bahu.														
08.40	☐ Memonitor pemberian O2 Respon : O2 diberikan sebanyak 1 lpm														
09.00	☐ Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> Respon : <table> <tr> <th colspan="2"><i>Balance cairan 24 jam</i></th></tr> <tr> <td>Input :</td><td>Out put :</td></tr> <tr> <td>Susu : 1135 ml</td><td>Urin : 875 ml</td></tr> <tr> <td>IVFD : - ml +</td><td>Muntah : - ml</td></tr> <tr> <td>1135 ml</td><td>IWL : 256 ml</td></tr> <tr> <td></td><td>1131 ml</td></tr> <tr> <td colspan="2"><i>Balance cairan + 4 ml</i></td></tr> </table>	<i>Balance cairan 24 jam</i>		Input :	Out put :	Susu : 1135 ml	Urin : 875 ml	IVFD : - ml +	Muntah : - ml	1135 ml	IWL : 256 ml		1131 ml	<i>Balance cairan + 4 ml</i>	
<i>Balance cairan 24 jam</i>															
Input :	Out put :														
Susu : 1135 ml	Urin : 875 ml														
IVFD : - ml +	Muntah : - ml														
1135 ml	IWL : 256 ml														
	1131 ml														
<i>Balance cairan + 4 ml</i>															

11.00	☐ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama Respon : BB 6,5 kg (BB tetap).
13.00	☐ Memberikan nutrisi melalui NGT dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT Respon: susu formula diberikan 1 x 150 ml

Evaluasi Keperawatan :

S : Ibu mengatakan lendir anaknya makin banyak setelah dikurangi jumlah inhalasinya. Lendir dari mulut masih sulit keluar.

O : Pk. 19.00 pasien tampak lemah dan sesak, NCH ada, retraksi epigastrium ada, FP 56-60x/menit, suhu 36,7-37°C, FN 125-135x/menit. Pasien mendapat terapi O₂ NRM (*non rebreathing mask*) sebanyak 8 lpm. Pasien mendapat susu formula 8 x 150 ml/ NGT, *balance* cairan (+) 4 ml, dan berat badan tetap.

A : Masalah belum teratasi, masalah gangguan pertukaran gas terjadi.

P : Lanjutkan rencana tindakan.

Tanggal 3 April 2012

Pada tanggal 3 April 2012, kondisi pasien mengalami perburukan. Pada tanggal tersebut residen mendapat dinas sore. Kondisi pasien saat pagi hari adalah sebagai berikut:

Pukul	Keterangan
9.00	Pasien mengalami perburukan, sesak berat, retraksi dada ada, NCH ada, FP 72x/menit, FN 176x/menit, O ₂ NRM 8 lpm. Produksi lendir banyak. Dilakukan inhalasi, <i>suction</i> dan IV line di tangan kiri.

9.30	Pasien mendapat <i>loading dose</i> aminofilin 36 mg dalam D5% 20 ml drip selama 30 menit. Pasien dipasang monitor observasi. FNv187 x/menit, FP 78x/menit, Sp O2 95%, Tekanan darah 113/72 mmHg, Suhu 37,1 °C
10.00	<i>Loading</i> aminofilin selesai, dilanjutkan dengan maintenance aminofilin 192 mg dalam D5 % 11 ml sebanyak 0,4 ml/jam. Sesak tidak mengalami perbaikan. FN 160-170x/menit, FP 60-85 x/menit, pernapasan cuping hidung ada, retraksi ada, saturasi O2 93 – 95 % , terpasang O2 NRM 8 lpm, suhu 37,1° C.
10.20	Pasien mendapat injeksi deksametason 0,5 mg/kg : 3 mg/IV. Inhalasi combiven tiap 1 jam
11.45	Konsul ke bagian gizi, pasien dipuaskan dulu dan mendapat total parental nutrisi (TPN). Keb cairan pasien 120 ml/kg/hari. Keb kalori pasien 110 – 120 kal x 7,6 kg = 836 – 912 kal. Dilakukan pengambilan darah arteri (AGD dan elektrolit) atas indikasi sesak berat. Pasien dipasang IVFD II line yaitu Aminofilin 192 mg dalam D5% 11 ml sebanyak 0,4 ml/jam dan Kaen 1 B : 28 ml/jam (7 tpm). Pasien dipuaskan sementara tunggu TPN.
12.30	Pasien dipasang NGT baru no 8 untuk decompresi
13. 30	FN 217x/menit, FP 70-75x/menit, suhu 37,4°C Ronki +/+, wheezing +/+, akral hangat, CRT< 3 detik. Pasien dilakukan EKG didapat sinus takikardi. Dokter konsulen intruksikan stop aminofilin, lanjutkan inhalasi

Intervensi Keperawatan yang residen lakukan
pada sore hari adalah

Jam	Intervensi keperawatan														
14.00	☐ Memonitor TTV (suhu, nadi dan pernapasan) Respon: Suhu 37,1°C, FN 176 x/menit, FP 86x/menit														
14.10	☐ Mengkaji pernapasan: irama, frekuensi, pola, kedalaman, kesimetrisan pergerakan dada dan pernapasan cuping hidung Respon: Irama pernapasan reguler, pola pernapasan cepat, dispnea ada, lendir banyak, pernapasan cuping hidung ada,														
14.20	☐ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi Respon: slem +/+, wheezing +/+, ronchi+/+														
16.00	☐ Memonitor intake dan output Respon: <table border="1" data-bbox="778 1234 1331 1532"> <tr> <th colspan="2">Balance cairan 24 jam</th></tr> <tr> <td>Input :</td><td>Out put :</td></tr> <tr> <td>Susu : 450 ml</td><td>Urin : 475 ml</td></tr> <tr> <td>IVFD : 125 ml +</td><td>Muntah : - ml</td></tr> <tr> <td>675 ml</td><td>IWL : 260 ml</td></tr> <tr> <td></td><td>735 ml</td></tr> <tr> <td colspan="2">Balance cairan - 60 ml</td></tr> </table>	Balance cairan 24 jam		Input :	Out put :	Susu : 450 ml	Urin : 475 ml	IVFD : 125 ml +	Muntah : - ml	675 ml	IWL : 260 ml		735 ml	Balance cairan - 60 ml	
Balance cairan 24 jam															
Input :	Out put :														
Susu : 450 ml	Urin : 475 ml														
IVFD : 125 ml +	Muntah : - ml														
675 ml	IWL : 260 ml														
	735 ml														
Balance cairan - 60 ml															
16.30	☐ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Respon : mukosa membran mulut kering, turgor kulit elastis														
16.40	☐ Memberikan O2 Respon: O2 diberikan lewat <i>non rebreathing mask</i> (NRM) sebanyak 8 lpm.														

Evaluasi Keperawatan:

S : Ibu mengatakan anaknya tambah sesak. Lendir anaknya makin banyak setelah dikurangi jumlah inhalasinya.

O : Pasien tampak lemah dan sesak berat, pernapasan cuping hidung ada, retraksi epigastrium ada, FP 86-90x/menit, suhu 37,1-37,5°C, FN 176-190x/menit, pemberian terapi O2 INRM (*non rebreathing mask*) sebanyak 8 lpm. Pasien dipuasakan, *balance* cairan (-) 60 ml, berat badan tetap.

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan rencana tindakan.

2.4.3.2 Konservasi Integritas Struktur

Tanggal 26 Maret 2012

Jam	Intervensi Keperawatan
10.00	☐ Mengajarkan orang tua untuk memberi posisi untuk mencegah aspirasi Respon: Jika pasien batuk, ibu diajarkan untuk mengangkat anaknya dan diposisikan miring, Ibu memahami dan memperagakan.
11.30	☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Respon: terapi nebulasi diberikan NaCl 3 cc dan ventolin 1 cc.
12.00	☐ Melakukan Kolaborasi : pemberian obat Respon : obat diberikan ampicilin 1 x 200 mg (IV), kloramfenikol 1 x 150 mg (IV), dexamethasone 1 x 1 mg (IV)
12.15	☐ Mengajarkan pada ibu cara memberikan minum per NGT agar tidak tersedak Respon: Ibu memahami dan mampu melakukan pemberian susu per NGT
12.30	☐ Memonitor dan memberi edukasi kepada

13.00	orang tua tentang tanda aspirasi selama proses pemberian makan dan minum (batuk, tersedak, saliva) Respon: Ibu memahami dan pasien masih batuk, tersedak tidak ada. □ Memonitor tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks menelan dan kemampuan menelan Respon : Kesadaran compos mentis (CM), refleks menelan baik.
-------	--

Evaluasi Keperawatan :

S : Ibu mengatakan anaknya masih batuk, sesak, sulit mengeluarkan lendir, lendir banyak, tidak tersedak.

O : Dispnea ada, retraksi suprasternal ada, sekret banyak, pernapasan cuping hidung ada, tidak ada tanda-tanda aspirasi, NGT terpasang dengan baik, ibu mampu memberi minum susu/NGT.

A : Masalah terjadi

P : Lanjutkan rencana tindakan

Tanggal 27 Maret 2012

Jam	Intervensi Keperawatan
16.00	□ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Respon : terapi nebulasi diberikan NaCl 3 cc dan ventolin 1 cc.
16.30	□ Melakukan fisio terapi dada Respon : sekret keluar sedikit dari mulut
19.00	□ Melakukan kolaborasi pemberian obat Respon : obat diberikan ampicilin 1 x 200 mg (IV), kloramfenikol 1 x 150 mg (IV), dexamethasone 1 x 1 mg (IV)

Evaluasi Keperawatan :

S : Ibu mengatakan anaknya masih batuk-batuk, sesak, sulit mengeluarkan lendir, lendir banyak, anaknya tidak pernah tersedak

O : Dispnea ada, retraksi suprasternal ada, lendir banyak, pernapasan cuping hidung ada, NGT terpasang dengan baik, ibu mampu memberi minum susu/NGT tidak ada tanda-tanda aspirasi

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan rencana tindakan

Tanggal 28 Maret 2012

Jam	Intervensi Keperawatan
18.30	☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Respon : terapi nebulasi diberikan NaCl 3 cc dan flixotide 1 repsole
19.00	☐ Melakukan fisio terapi dada Respon : sekret keluar sedikit
19.15	☐ Melakukan Kolaborasi pemberian obat Respon : obat diberikan ampicilin 1 x 200 mg (IV), kloramfenikol 1 x 150 mg (IV), dexamethasone 1 x 1 mg (IV)

Evaluasi Keperawatan :

S : Ibu mengatakan sesak anaknya berkurang tapi masih sulit mengeluarkan lendir, lendir berkurang sedikit, anaknya tidak pernah tersedak

O : Sesak berkurang, sekret dapat keluar sedikit dari hidung, tidak ada tanda-tanda aspirasi, NGT masih terpasang dengan baik

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan rencana tindakan

Tanggal 29 Maret 2012

Jam	Intervensi Keperawatan
19.00	☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Respon : terapi nebulasi diberikan NaCl 3 cc dan flixotide 1 repsole.
19.30	☐ Melakukan fisio terapi dada Respon : pasien tidak dapat mengeluarkan sekret
19.00	☐ Melakukan Kolaborasi pemberian obat Respon : obat diberikan ampicilin 1 x 200 mg (IV), kloramfenikol 1 x 150 mg (IV), dexamethasone 1 x 1 mg (IV)

Evaluasi Keperawatan :

S : Ibu mengatakan sesak anaknya berkurang tapi masih sulit mengeluarkan lendir, lendir berkurang sedikit, anaknya tidak pernah tersedak

O : Sesak ada, sekret dapat keluar sedikit, NGT masih terpasang baik, ibu mampu memberi minum susu/NGT, tidak ada tanda-tanda aspirasi

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan rencana tindakan

Tanggal 30 Maret 2012

Jam	Intervensi Keperawatan
11.30	☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Respon : terapi nebulasi diberikan 2 x hari (NaCl 3 cc dan flixotide 1 repsole)
12.00	☐ Melakukan fisio terapi dada Respon : sekret sulit keluar

12.30	☐ Melakukan Kolaborasi : Pemberian obat Respon : Obat diberikan ampicilin 1 x 200 mg (IV), kloramfenikol 1 x 150 mg (IV) diganti dengan obat kloramfenikol 1 x 150 mg per oral, examethasone 1 x 1 mg (IV) Pemeriksaan lab : Dokter menganjurkan periksa procalsitonin, jika hasil normal pasien boleh pulang
-------	--

Evaluasi Keperawatan :

S : Ibu mengatakan lendir anaknya banyak lagi. Lendir dari mulut sulit keluar.

O : Pasien tampak sesak kembali, sekret sulit keluar, NGT erpasang dengan baik, ibu mampu memberi minum susu/NGT, tidak ada tanda-tanda aspirasi.

A : Masalah belum teratasi.

P : Lanjutkan rencana tindakan.

Tanggal 1 April 2012

Jam	Intervensi Keperawatan
11.30	☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Respon : terapi nebulasi diberikan NaCl 3 cc, ventolin 1 ml dan flixotide 1 repsule.
12.00	☐ Perawat memberikan saran kepada dokter untuk menambah frekuensi nebulasi. Respon: dokter menyetujui memberikan ekstra nebulasi 1 x pada siang hari, sehingga nebulasi menjadi 3x/hari.
12.30	☐ Melakukan pengisapan lendir Respon : Pengisapan dilakukan lewat

13.30	hidung dan mulut. Sekret kental dan banyak. ☐ Memberikan terapi Respon : obat diberikan amoxicilin 1 x $\frac{3}{4}$ cth (PO), kloramfenikol 1 x 150 mg (PO)
-------	---

Evaluasi Keperawatan :

S : Ibu mengatakan lendir anaknya banyak dan sulit keluar.

O : Pasien tampak sesak kembali, sekret sulit keluar, NGT terpasang dengan baik, ibu mampu memberi minum susu, tidak ada tanda-tanda aspirasi

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan rencana tindakan.

Tanggal 02 April 2012

Jam	Intervensi Keperawatan
11.30	☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Respon : terapi nebulasi diberikan NaCl 3 cc, ventolin 1 ml dan flixotide 1 repsule.
12.00	☐ Melakukan fisio terapi dada Respon : sekret sulit keluar
12.10	☐ Melakukan pengisapan lendir Respon : Pengisapan dilakukan lewat hidung dan mulut. Sekret kental dan banyak.
13.20	☐ Melakukan kolaborasi pemberian terapi. Respon : obat amoxicilin 1 x $\frac{3}{4}$ cth (PO) dan kloramfenikol 1 x 150 mg (PO) diberikan
13.30	☐ Mengobservasi tanda dan gejala hipoksia (Gelisah, agitasi, perubahan tingkat kesadaran), sianosis bibir dan jari

14.00	merupakan indikator hipoksia yang terakhir. Respon : kesadaran pasien CM, takikardi ☐ Memberikan posisi yang nyaman pada pasien semi/high Fowlerr untuk mendukung pertukaran gas yang optimal Respon : posisi pasien semi Fowlerr
14.00	☐ Memonitor AGD : penurunan Pao₂, peningkatan Pco₂ dan monitor Sao₂ Respon : PaO₂: 67,50 PCO₂: 58,40 SaO₂ 90%

Evaluasi Keperawatan :

S : Ibu mengatakan lendir anaknya makin banyak dan sulit keluar.

O : Pasien tampak sesak berat, NCH ada, retraksi epigastrium ada, pernapasan 56-60x/menit, sekret sulit keluar, pasien mendapat terapi O₂ NRM (*non rebreathing mask*) 8 lpm. NGT terpasang dengan baik, ibu mampu memberi minum susu, tidak ada tanda-tanda aspirasi.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan di modifikasi

Tanggal 03 April 2012

Jam	Intervensi Keperawatan
14.30	☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Respon: terapi nebulasi diberikan (combiven 1 amp + Nacl 3 cc tiap 1 jam) sekali dan (NaCl 3 cc, ventolin 1 ml dan flixotide 1 repsole sebanyak 2x/hari).
15.00	☐ Melakukan pengisapan lendir

15.10	Respon : Pengisapan lewat hidung dan mulut. Sekret kental dan banyak. □ Melakukan Kolaborasi: Pemeriksaan laboratorium: DPL, AGD dan elektrolit. Obat oral dihentikan sementara
15.20	□ Mengobservasi tanda dan gejala hipoksia (Gelisah, agitasi, perubahan tingkat kesadaran), sianosis bibir dan jari merupakan indikator hipoksia yang terakhir. Respon : kesadaran apatis somnolen
15.30	□ Memberikan posisi yang nyaman pada pasien semi/high Fowler untuk mendukung pertukaran gas yang optimal Respon : posisi pasien semi Fowler
16.10	□ Memberikan oksigen sesuai terapi Respon : O₂ NRM 8 lpm
16.40	□ Memonitor AGD: penurunan Pao₂, peningkatan Pco₂ dan monitor Sao₂

Evaluasi Keperawatan :

S : -

O : Kondisi pasien makin menurun, kesadaran apatis somnolen, sesak sesak berat, retraksi dada ada, pernapasan cuping hidung ada, FP 72 - 78x/menit, FN 176–220 x/menit, O₂ NRM 8 lpm. Produksi lendir banyak. Dilakukan inhalasi (combiven 1 amp + NaCl 3 cc tiap 1 jam) dan (NaCl 3 cc, ventolin 1 ml + flixotide 1 repsule sebanyak 2x/hari), *suction* dan IV line di tangan kiri, dan NGT masih terpasang

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan rencana tindakan (pasien pulang paksa)

2.4.3.3 Konservasi Integritas Personal

Tanggal 03 April 2012

Jam	Intervensi Keperawatan
14.00	□ Mengkaji tingkat kecemasan orang tua serta penyebab Respon : orang tua pasien tampak cemas sekali dengan kondisi anaknya. Orang tua mengatakan dokter kurang perhatian terhadap kondisi anaknya
16.00	□ Memberikan penjelasan kepada orang tua tentang kondisi anaknya, perawatan, pengobatan dan prosedur yang akan dilakukan pada anaknya dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh orang tua Respon : melihat kondisi pasien dokter residen menjelaskan akan dilakukan intubasi pada pasien diruang perawatan tetapi orang tua pasien menolak. Mereka mengatakan trauma dengan pasien sebelumnya yang dilakukan intubasi kemudian meninggal. Orang tua mengatakan anaknya masih bisa nafas biasa dan sudah biasa nafas cepat seperti itu. Orang tua menuntut ruang ICU untuk anaknya. Mereka tidak menginginkan intubasi dilakukan diruang perawatan. Dokter dan perawat sudah mengusahakan ruang PICU, tetapi karena ruang PICU penuh maka dokter menyarankan untuk melakukan intubasi diruangan. Setelah diberi penjelasan ulang beberapa kali oleh

	dokter dan perawat, orang tua tetap tidak menginginkan anaknya dilakukan intubasi diruang perawatan. Akhirnya orang tua berkeinginan membawa anaknya pulang ke rumah pada malam hari. Orang tua sudah menandatangani surat pulang paksa. ☐ Mempertahankan sikap yang menyenangkan, rileks dan meyakinkan
--	---

Evaluasi Keperawatan

- S : Orang tua mengatakan tidak puas dengan pelayanan di RS.
Orang tua tidak menginginkan dilakukan intubasi diruang perawatan dan tetap ingin membawa anaknya pulang.
- O : Orang pasien tampak gelisah, tidak tenang, menangis dan cemas dengan kondisi anaknya yang semakin memburuk.
- A : Masalah belum teratasi
- P : Lanjutkan tindakan keperawatan
- I : Memberikan penjelasan ulang kepada orang tua tentang pelaksanaan prosedur yang akan dilakukan pada pasien.
- E : Orang tua tetap bersikeras membawa anaknya pulang pk 23.00.

Resume pasien pulang :

Tanggal 3/4 /2012

Jam	Keterangan
9.00	Kondisi pasien makin menurun, kesadaran apatis somnolen, sesak bertambah berat, slem bertambah banyak, takikardi.
16.00	Pasien direncanakan pindah ke ruang ICU tetapi ruangan penuh. Kemudian orang tua

	pasien diberi edukasi oleh dokter jika pasien memburuk akan dilakukan intubasi, tetapi orang tua pasien menolak. Orang tua malah ingin membawa anaknya pulang.
16.40	Orang tua pasien dilakukan edukasi ulang oleh residen dan dokter, orang tua tetap ingin membawa anaknya pulang. Orang tua trauma dengan kejadian pasien disebelahnya yang dilakukan intubasi.
17.00	Orang tua pasien akhirnya membuat surat perjanjian menolak dilakukan intubasi dan tetap ingin tinggal di RS
19.00	Kesadaran pasien delirium dan orang tua berubah pikiran kembali ingin membawa anaknya pulang.
20.45	Dokter konsulen menganjurkan kepada dokter jaga untuk mengusahakan pasien tidak pulang karena kondisi pasien pasti jelek dan ikuti kemauan orang tua.
21.30	Keluarga setuju tidak pulang dengan perjanjian orang tua dapat melakukan semua tindakan. Jika ada instruksi dokter yang tidak dilakukan orang tua maka segala risiko menjadi tanggung jawab orang tua.
23.00	Ibu pasien tetap ingin pulang dan orang tua sudah menandatangani formulir pulang paksa.

Tanggal 4/4/2012

Pk 8.00 Residen melakukan *follow up* ke orang tua pasien menanyakan kondisi pasien, selama dirumah pasien mendapat oksigen 5 lpm dan inhalasi. Orang tua mengatakan anaknya sempat biru. Residen menganjurkan untuk segera membawa

anaknya ke RS terdekat tetapi orang tua tetap tidak mengindahkan.

Pk 17.00 Residen menelpon ulang kembali ke orang tua pasien, orang tua mengatakan sudah membawa anaknya ke RS Hermina Bogor dan dilakukan intubasi. Pasien dirawat di ruang ICU.

Pk. 00.30 Pasien dinyatakan meninggal dunia di RS Hermina Bogor.

PATOFLOW

BRONKIOLITIS

Faktor Risiko:

- Usia < 6 bln
- Tidak mendapat ASI
- Prematur
- Terpapar asap

RSV (*respiratory syncytial virus*). Virus lain
parainfluenza, influenza dan adenovirus

Droplet infection

Kolonisasi & replikasi
di mukosa

Kelainan sel endotel → gangguan
pada sal. Napas :
1. Reaksi inflamasi pada sel endotel.
2. Transudasi protein plasma dari
pembuluh darah ke mukosa hidung
→ sekresi hidung & bendungan

Kerusakan/nekrosis sel-sel
bersilia pada bronkioli

Respon imun tubuh

Pada sel epitel sal.naf, virus
merangsang dikeluarkannya
mediator inflamasi (sitokin) &
kemokin: interleukin 6, 8 & 11,
Granulocyte Macrophage
Stimulating Factor (GM-CSF),

Mediator kimia dari sel
makrofag keluar

Sitokin: IL-q, TNF alfa,

Interlukin 1 dan TNF

Demam

Malaise

Mengi

Reaksi alergi

Asma dikemudian hari

Hipertermia

Edema submukosa,
kongesti, penumpukan
debris & mukus

Penyempitan
lumen bronkus

Nafas cepat,
sesak, retraksi

Hospitalisasi, kurang
pengetahuan ttg penyakit,
perawatan di rumah

Resistensi aliran udara
pada sal. napas kecil
pada inspirasi/ekspirasi

Kelelahan

Kesulitan minum

Kecemasan anak
& keluarga

Pola nafas tidak efektif

Bersihkan jalan
nafas tidak efektif

Keb. Metabolik
↗ krn infeksi

Perubahan nutrisi:
kurang dari
kebutuhan

Risiko kekurangan
cairan

Sumber:

- Hartono, E, & Naning, R. 2006.
- Hockenberry & Wilson (2009);.
- Zain (2012).

BAB III

PENCAPAIAN KOMPETENSI

Pada bab ini akan diuraikan mengenai pencapaian kompetensi Ners Spesialis Keperawatan Anak berdasarkan kompetensi yang diharapkan dari seorang Ners Spesialis Keperawatan Anak dari pendidikan dan *Australian Confederation of Paediatric and Child Health Nurses/ ACPCHN* (2006). Yang dimaksud dengan kompeten adalah seseorang yang menunjukkan dengan sukses pada tingkat tertentu sesuai dengan yang diharapkan. Sedangkan kompetensi adalah suatu tingkat yang diharapkan dari kinerja yang mengintegrasikan pengetahuan, ketrampilan, kemampuan, dan penilaian (ANA, 2008). Berdasarkan SK Mendiknas no 45/U/2002, yang dimaksud dengan kompetensi adalah seperangkat tindakan cerdas, penuh tanggung jawab yang dimiliki seseorang sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat dalam melaksanakan tugas-tugas di bidang pekerjaan tertentu.

Standar kompetensi perawat merefleksikan atas kompetensi yang diharapkan dimiliki oleh individu yang akan bekerja di bidang pelayanan keperawatan. Menghadapi era globalisasi, standar tersebut harus ekuivalen dengan standar standar yang berlaku pada sektor industri kesehatan di negara lain serta dapat berlaku secara internasional, (PP-PPNI, 2005). Standar dari kompetensi ners spesialis keperawatan merefleksikan kompetensi yang diharapkan dimiliki oleh seorang ners spesialis keperawatan. 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 (PP-PPNI, 2010).

Menurut *Australian Confederation of Paediatric and Child Health Nurses/ACPHN* (2006), kompetensi perawat spesialis pediatrik adalah: 1) praktek perawatan profesional; 2) pendidikan; 3) konsultasi; 4) koordinasi; 5) penelitian. Sedang *International Council of Nurses/ICN* (2009) membuat

kerangka kompetensi perawat spesialis sebagai berikut : 1) praktik yang profesional sesuai standar legal dan etik profesi, 2) manajemen asuhan keperawatan meliputi komunikasi terapeutik dan hubungan interpersonal, promosi kesehatan, kepemimpinan dan manajemen lingkungan yang aman, perawatan kesehatan interprofessional serta delegasi dan supervisi, 3) pengembangan kualitas dan pengembangan diri meliputi pengembangan profesi, peningkatan kualitas dan pendidikan berkelanjutan. Rose, et al (2003) menjabarkan kompetensi perawat klinik spesialis anak sebagai peran perawat klinik spesialis anak adalah 1) praktisi, 2) pendidik, 3) konsultan, 4) peneliti, 5) pemimpin, 6) agen perubahan, dan manager kasus. Dalam buku pedoman Program Residensi Ners Spesialis Keperawatan Anak menjelaskan bahwa kompetensi yang diharapkan dari seorang Ners Spesialis Keperawatan Anak adalah: 1) praktisi asuhan keperawatan pada area keperawatan anak, 2) pendidik dan konsultan, 3) advokat, 4) pengelola asuhan keperawatan anak dan 5) peneliti.

Praktik residensi merupakan salah satu pelaksanaan peran perawat dalam rangka meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap untuk mengembangkan profesionalisme perawat sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang berkualitas. Sebelum melaksanakan praktik residensi, residen terlebih dahulu menyusun kontrak belajar sesuai dengan kompetensi yang akan dicapai belajar tanggal 12-19 September 2011. Kontrak belajar ini dibuat sebagai acuan residen untuk mencapai kompetensi yang akan dicapai pada saat setiap ruangan praktek. Untuk melihat kesiapan residen melakukan praktek residensi dilakukan ujian kompetensi tanggal 21 September-30 September 2011. Praktik residensi dilaksanakan oleh residen mulai tanggal 3 Oktober-20 April 2012. Praktik residensi ini terdiri dari dua tahapan, yaitu residensi I dan residensi II.

Praktek residensi I dimulai di ruang bedah RSPAD Gatot Soebroto Jakarta tanggal 3 Oktober–13 November 2011 (6 minggu), ruang infeksi RSPAD Gatot Soebroto 14 November–25 Desember 2011 (6 minggu) dan ruang perinatologi RSAB Harapan Kita tanggal 26 Desember–22 Januari 2012 (4 minggu). Praktek residensi II diawali di ruang perawatan infeksi Anggrek RSAB Harapan Kita

Jakarta tanggal 20 Februari–11 Maret 2012 (3 minggu) dan berakhir di ruang perawatan infeksi RSUPN Cipto Mangunkusumo tanggal 12 Maret–20 April 2012 (6 minggu). Selama praktek residensi, residen melakukan proyek inovasi individu terkait dengan *patient safety* di ruang perawatan infeksi Anggrek RSAB Harapan Kita. Berdasarkan uraian mengenai kompetensi diatas, residen membuat pencapaian kompetensi perawat spesialis anak adalah 1) praktisi asuhan keperawatan pada area keperawatan anak, 2) pendidik dan konsultan, 3) advokat, 4) pemimpin, 5) pengembang profesi, 6) peneliti, 7) inovator/agen pembaharu.

3.1 Praktisi asuhan keperawatan anak

3.1.1 Praktisi asuhan keperawatan di Ruang Perawatan Bedah

Praktik asuhan keperawatan anak di ruangan ini dilaksanakan di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta dari tanggal 3 Oktober–13 November 2011 (6 minggu). Asuhan Keperawatan yang residen lakukan selama di ruang perawatan bedah meliputi melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien anak sebelum pembedahan, meliputi asuhan keperawatan pada anak dengan hypospadia, atresia ani letak tinggi fistel uretrorectal dan ectopic ureter bilateral, tonsilitis, hernia inguinalis, labiopalatoskisis, apendisitis, atresia ani pro kostomi, atresia ani pro PSA, morbus hirsprung

Residen juga melakukan asuhan keperawatan pada pasien anak setelah pembedahan, meliputi asuhan keperawatan pada anak dengan atresia ani letak tinggi fistel uretrorectal dan ectopic ureter bilateral, hypospadia, sesudah operasi laparotomi, apendisitis perforasi, tonsilektomi, sesudah operasi herniotomi, sesudah operasi labio genato plasti, sesudah operasi apendiktomi, atresia ani sesudah *posterior sagittal anorectal plasty* (PSRAP), morbus hirsprung dan colostomi sesudah operasi endorectal *pull through* (Soave) abdominal perineal *pull through*. Beberapa tindakan khusus juga residen lakukan selama di ruang perawatan bedah meliputi perawatan kolostomi, *washout*, observasi tindakan cystoscopy, pembuatan kantong kolostomi,

perawatan luka pasca pembedahan, pengambilan spesimen darah untuk pemeriksaan laboratorium, melakukan *suction*.

Selain itu residen juga memberikan pendidikan kesehatan kepada orang tua pasien yaitu pada pasien anak sesudah tonsilektomi, sesudah labioplasti, sebelum dan sesudah colostomi, sebelum dan sesudah operasi herniotomi, sebelum dan sesudah operasi hipospadia, sebelum dan sesudah operasi PSRAP pada pasien atresia ani, pembuatan kantong kolostomi serta melakukan sosialisasi *Evidence Based Practiced* terkait pemberian pendidikan kesehatan sebelum dan sesudah pembedahan.

3.1.2 Praktisi asuhan keperawatan di Ruang Perawatan Infeksi

Untuk pencapaian kompetensi di ruang perawatan infeksi, residen melakukan praktik asuhan keperawatan di ruang perawatan infeksi RSPAD Gatot Soebroto Jakarta (6 minggu), ruang perawatan infeksi Anggrek RSAB Harapan Kita (3 minggu), dan ruang perawatan infeksi RSUPN Cipto Mangunkusumo (6 minggu). Adapun Asuhan Keperawatan yang dilakukan selama di ruang perawatan infeksi pada ketiga rumah sakit tersebut meliputi melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan infeksi pernapasan meliputi asuhan keperawatan pada anak dengan pneumonia, bronkiolitis, tuberkulosis paru, efusi pleura, *Community acquired pneumonia*, pertusis, laringomalacia tipe 1, stenosis subglottis, edema laring, *Hospital Acquired Pneumonia*, bronkopneumonia pasca ligasi PDA, atresia choana unilateral, tracheomalacia.

Residen juga melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit infeksi saluran cerna/masalah gastro hepatologi meliputi asuhan keperawatan pada anak dengan diare akut, atresia bilier, kolestasis, typhoid, hepatitis A, diare kronis + marasmus. Melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan keseimbangan cairan meliputi asuhan keperawatan pada anak dengan demam berdarah, diare dengan dehidrasi dan sindrom nefrotik.

Pada pasien anak dengan penyakit infeksi persyarafan, residen melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit meningitis, ensefalitis, enselopatis, meningo encephalitis tuberkulosa, hidrocefalus sesudah *ventrikulo peritoneal shunt* (VP shunt), kejang demam, epilepsi. Pada pasien anak dengan penyakit menular, meliputi asuhan keperawatan pada beberapa anak dengan morbili. Pada pasien anak dengan infeksi saluran kemih meliputi asuhan keperawatan pada anak dengan infeksi saluran kemih. Untuk menunjang peran residen sebagai inovator, residen juga melakukan proyek inovasi individu di ruang Anggrek RSAB Harapan Kita Jakarta terkait dengan *patient safety*: pencegahan penyebaran infeksi pernapasan.

3.1.3 Praktisi asuhan keperawatan di Ruang Perinatologi

Untuk pencapaian kompetensi di ruang Perinatologi, residen melakukan asuhan keperawatan anak di ruang seruni dan kemuning RSAB Harapan Kita. Asuhan keperawatan yang diberikan selama di ruang perinatologi meliputi melakukan asuhan keperawatan pada neonatus dengan masalah oksigenasi meliputi RDS (*Respiratory Distress Syndrome*), TTN (*Transient Tachynea of the Newborn*). Residen juga melakukan asuhan keperawatan pada neonatus dengan masalah termoregulasi meliputi neonatus dengan KMK (Kecil Masa Kehamilan), hipotermia, NKB (Neonatus Kurang Bulan). Melakukan asuhan keperawatan pada neonatus dengan gangguan metabolisme meliputi beberapa neonatus dengan hiperbilirubinemia dan hipoglimia. Pada neonatus dengan penyakit infeksi, residen melakukan asuhan keperawatan meliputi neonatus dengan sepsis.

Selain itu residen melakukan pemeriksaan beberapa bayi baru lahir pada ibu yang tidak mempunyai masalah kesehatan dan pada ibu penderita Hbs Ag positif, serta melakukan penilaian usia gestasi neonatus. Melakukan beberapa tindakan terkait dengan kompetensi perawat anak spesialis meliputi resusitasi pada bayi baru lahir tanpa

kegawatan, mengoperasikan alat dan pemantauan kardiorespirasi, pemberian cairan parenteral, manajemen laktasi, melakukan dan mengajarkan pemberian minum susu lewat cawan, mengajarkan perawatan metoda kanguru, penggunaan dan pemantauan *light therapy*, melakukan perawatan bayi didalam inkubator, melakukan pijat bayi, membuat campuran cairan untuk pemberian cairan intra vena, menghitung kebutuhan cairan, melakukan pemberian cairan intra vena (IV), melakukan pemantauan hemodinamik, melakukan pemasangan *oral gastric tube* (OGT), melakukan pemberian susu lewat OGT, melakukan pemeriksaan diagnostik gula darah sewaktu (GDS), dan melakukan kolaborasi pemberian medikasi serta dokumentasi keperawatan.

3.2 Pendidik dan konsultan di bidang keperawatan anak

Untuk pencapaian kompetensi sebagai pendidik, residen menjadi fasilitator bagi mahasiswa pada jenjang dibawah residen, baik bagi mahasiswa aplikasi maupun perawat ruangan yang sedang menjalani pendidikan dari lain tempat.. Hal tersebut dilakukan oleh residen saat praktik di ruang perawatan bedah, ruang perawatan infeksi di RSPAD Gatot Soebroto dan ruang perinatologi RSAB Harapan Kita. Peran sebagai pendidik juga residen lakukan dengan memberi pendidikan kesehatan pada keluarga yang menjadi pasien kelolaan maupun yang bukan pasien kelolaan pada semua tempat praktek yang dilalui oleh residen. Selain memberikan pendidikan kesehatan, di ruang infeksi RSUPN Ciptomangunkusumo residen melatih keluarga pasien menggunakan alat *suction* dan cara melakukan *suction* pada pasien. Residen juga melakukan *sharing* ilmu pada perawat ruangan dan dokter residen seperti *evidenced based practice* dan ilmu keperawatan lain.

3.3 Advokat

Sebagai advokator/pembela, residen membantu keluarga menentukan pilihan dan melakukan yang terbaik bagi anak. Peran ini paling banyak dilakukan oleh residen saat praktek di ruang infeksi RSUPN Ciptomangunkusumo

dalam hal pemberian terapi pada pasien yang dapat merugikan pasien, misalnya pasien lambat mendapatkan terapi yang harusnya terapi tersebut tidak boleh terputus. Selain hal tersebut residen membimbing keluarga agar dapat melakukan sesuatu yang terbaik bagi kesehatan anaknya dan mendapatkan informasi yang adekuat tentang prosedur serta tindakan perawatan.

3.4 Pemimpin

Residen menunjukkan kompetensi sebagai pemimpin pada semua ruangan yang dilalui praktik residensi. Sebagai pemimpin dalam berbagai kegiatan yang dilakukan selama praktek residensi, residen menampung semua aspirasi anggota dan melakukan diskusi untuk pemecahan masalah. Selain itu sebagai pemimpin, residen melakukan pendekatan kepada pimpinan yang berwenang di rumah sakit guna melancarkan kegiatan yang akan dilakukan misalnya pada kegiatan presentasi hasil kegiatan proyek inovasi yang mengikutsertakan banyak pihak di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta.

3.5 Pengembang profesi

Untuk pengembangan profesi karena program ners spesialis ini masih relatif baru, residen melakukan kompetensi ini dengan memberikan informasi atau mempromosikan kepada dokter, perawat, tenaga kesehatan lain, keluarga pasien dan masyarakat tentang keberadaan praktik ners spesialis keperawatan anak sebagai bagian penting dari pelayanan kesehatan dan organisasi perawat anak. Selain itu residen memberikan kontribusi terhadap pengetahuan dan praktek pengembangan perawatan anak melalui *sharing* ilmu pengetahuan kepada perawat ruangan.

3.6 Peneliti

Selama menjalani praktik residensi, residen belum melakukan penelitian tersendiri. Kompetensi sebagai peneliti telah residen lampai pada masa pendidikan magister dan hasil penelitian tersebut dapat residen terapkan pada keluarga pasien yang membutuhkan. Selain itu residen menerapkan *evidence*

based practice (EBP) dan mengaplikasi hasil-hasil penelitian terbaru dalam mengatasi masalah kesehatan pasien.

3.7 Inovator/agen pembaharu

Kompetensi sebagai inovator/agen pembaharu ini, residen lakukan pada waktu residensi I di ruang bedah RSPAD Gatot Soebroto dan pada saat residensi II di ruang perawatan infeksi Anggrek RSAB Harapan Kita. Residen membuat inovasi baru yang disesuaikan dengan situasi, kondisi, kebutuhan pasien dan ruang rawat. Sebelum melakukan proyek inovasi, residen melakukan pengkajian dan analisa SWOT. Hasil pengkajian dibuat analisa masalah dan melakukan sebelumsentasi kepada perawat dan pihak terkait tentang rencana proyek inovasi. Setelah mendapatkan kesepakatan tentang masalah yang akan diatasi, kemudian dilakukan persiapan, pelaksanaan dan evaluasi penyelenggaraan proyek inovasi.

Adapun proyek inovasi yang pertama, residen melakukan pembuatan media pendidikan kesehatan yang berisi tentang persiapan pasien sebelum operasi penutupan kolostomi dan setelah penutupan kolostomi, perawatan pasien setelah operasi pembuatan colostomi, persiapan pasien sebelum operasi anoplasty (pembuatan anus) dan perawatan pasien setelah operasi anoplasty (pembuatan anus). Proyek inovasi kedua dilakukan di ruang infeksi anggrek RSAB Harapan Kita dalam rangka optimalisasi *patient safety* dengan membuat media berupa etika batuk, lima waktu mencuci tangan dan tehnik mencuci tangan dengan benar.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan pembahasan yang meliputi Analisis Penerapan Teori Konservasi Levine Pada Kasus Terpilih dan Praktik Residensi Keperawatan Anak Dalam Pencapaian Target Kompetensi.

4.1 Analisis Penerapan Teori Konservasi Levine Pada Kasus Terpilih

4.1.1 Pengkajian

Hasil pengkajian dari 5 kasus terpilih adalah 3 kasus berjenis kelamin laki-laki dan 2 kasus berjenis kelamin perempuan. Dalam program Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (P2 ISPA) dijelaskan bahwa jenis kelamin laki-laki merupakan faktor risiko yang mempengaruhi kesakitan pneumonia (Depkes RI, 2004). Sunyataningkamto (2004) juga menjelaskan anak laki-laki mempunyai risiko infeksi saluran pernapasan akut sebesar 1,5 kali dibandingkan dengan perempuan. Menurut Sunyataningkamto, hal ini disebabkan karena diameter saluran pernapasan anak laki-laki lebih kecil dibandingkan dengan anak perempuan atau adanya perbedaan dalam daya tahan tubuh antara anak laki-laki dan perempuan. Penelitian Ida Bagus S. dkk menjelaskan bronkiolitis akut lebih banyak mengenai anak laki-laki dari pada anak perempuan dengan rasio 1,44:1. Hal ini dihubungkan dengan kaliber saluran respiratorik yang relatif lebih sempit pada anak laki-laki dibanding perempuan.

Pada 5 kasus terpilih didapatkan usia neonatus 20% dan usia bayi 80%. Usia merupakan salah satu faktor risiko utama yang mempengaruhi status oksigenasi. Anak-anak yang berusia 0-24 bulan lebih rentan terhadap penyakit ISPA dibanding anak-anak yang berusia diatas 2 tahun. Hal ini disebabkan oleh imunitas yang belum sempurna dan saluran pernapasan yang relatif sempit (DepKes RI, 2004). Menurut Hockenberry dan Wilson (2009), penyakit infeksi saluran pernapasan

meningkat pada usia 3 - 6 bulan seperti penyakit ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut), bronkiolitis dan pneumonia. Hal ini disebabkan karena imunitas dari ibu sudah hilang dan bayi mulai membentuk antibodi sendiri.

Pada semua kasus terpilih, residen melakukan pengkajian konservasi energi, integritas struktur, integritas personal, integritas sosial, dan lingkungan internal serta eksternal. Pengkajian konservasi energi dan integritas struktural pada semua pasien tidak mengalami hambatan. Hambatan yang residen dapatkan pada saat pengkajian menggunakan model konservasi Levine ini adalah pengkajian konservasi integritas personal. Kebanyakan pasien kasus terpilih berusia bayi dimana kemampuan bahasa dan kemampuan kognitif anak masih terbatas. Untuk mengatasi hal tersebut, residen berusaha menggali identitas personal melalui perilaku yang ditunjukkan oleh anak, baik melalui observasi sendiri maupun hasil wawancara dengan orang tua atau keluarga. Hambatan lain yang residen temukan adalah pada saat pengkajian integritas sosial pada bayi Ny. L. Ibu pasien meninggal saat pasien usia 5 hari. Residen tidak dapat melakukan pada ibu pasien. Pengkajian hanya dilakukan lewat bapak pasien setelah masa berduka selesai.

4.1.2 Trophicognosis

Trophicognosis disebut juga sebagai tahap perumusan diagnosa keperawatan dan merupakan tahap mengumpulkan masalah kesehatan pasien berdasarkan hasil pengkajian dengan menggunakan prinsip konservasi. Trophicognosis/masalah keperawatan yang berkaitan dengan masalah oksigenasi pada kasus terpilih adalah bersihan jalan nafas tidak efektif dan pola nafas tidak efektif terdapat pada 4 kasus serta gangguan pertukaran gas pada 1 kasus yaitu pada kasus anak V.

Masalah gangguan pertukaran gas muncul setelah pasien anak V menjalani perawatan hari ke 8 dan sudah dinyatakan boleh pulang. Pasien mengalami hipoksemia dan hipoksia. Menurut Berman dan

Snyder (2012), fungsi pernapasan dapat berubah pada kondisi yang mempengaruhi difusi antara oksigen dan karbondioksida pada alveoli dan kapiler paru. Keadaan yang dapat terjadi pada kondisi adalah hipoksemia dan hipoksia.

Hipoksemia dapat terjadi pada kondisi ini karena menurunnya kadar oksigen didalam darah yang dapat disebabkan oleh gangguan difusi pada kapiler alveolus misalnya karena udem paru atau atelektasis atau rendahnya kadar haemoglobin. Sistem kardiovaskuler melakukan kompensasi pada keadaan hipoksemia dengan meningkatkan frekuensi nadi dan *cardiac output* untuk meningkatkan transportasi oksigen didalam jaringan. Jika kardiovaskuler tidak dapat melakukan kompensasi atau hipoksemia nya bertambah berat maka jaringan dapat mengalami hipoksia.

Hipoksia merupakan kekurangan oksigen pada seluruh tubuh yang dapat berpotensi *injury* atau kematian. Pada keadaan hipoksia, pemenuhan O₂ seluler tidak adekuat akibat dari defisiensi O₂ yang diinspirasi atau meningkatnya penggunaan O₂ pada tingkat seluler. Hipoksia dapat disebabkan menurunnya difusi O₂ dari alveoli ke dalam darah misalnya pada pneumonia, menurunnya perfusi jaringan seperti pada syok kerusakan/gangguan ventilasi. Tanda-tanda hipoksia antara lain frekuensi nadi meningkat, kelelahan, pernapasan cepat dan dalam, sesak napas, gelisah, retraksi substernal atau retraksi interkostal, pernapasan cuping hidung dan sianosis.

Trophicognosis bersihan jalan nafas tidak efektif merupakan keadaan pasien yang menunjukkan ketidakmampuan mengeluarkan sekret sehingga terjadi obstruksi di saluran nafas. Hal ini sangat mungkin terjadi pada bayi dan anak-anak karena mereka belum mampu mengeluarkan sekret dengan baik sehingga mengakibatkan penumpukan sekret.

Selain masalah oksigenasi terdapat juga masalah keperawatan lain yang terjadi pada semua kasus yaitu masalah cairan dan nutrisi. Pada pasien dengan mengalami masalah oksigenasi yang disertai dengan nafas cepat dan sesak nafas menyebabkan pasien anak mengalami kesulitan untuk minum atau makan. Selain itu kebutuhan metabolik pada pasien dengan penyakit infeksi akan meningkat sehingga kebutuhan oksigen juga akan meningkat. Keadaan intake cairan dan nutrisi yang menurun sedang kebutuhan tubuh akan cairan dan nutrisi meningkat dapat menyebabkan pasien berisiko mengalami masalah kekurangan cairan dan nutrisi. Masalah keperawatan lain yang muncul adalah risiko aspirasi dan risiko infeksi, kurang pengetahuan orang tua, kecemasan pada orang tua, risiko terjadinya trauma persepsi sensori visual, gangguan *bonding attachment* serta gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

4.1.3 Hipotesis

Sebelum menyusun hipotesis, residen mempelajari terlebih dahulu tentang *evidenced base practiced* yang dapat diterapkan pada pasien. Setelah itu residen menyusun tujuan, kriteria hasil yang diharapkan dan rencana tindakan berdasarkan masalah yang ada. Dalam penyusunan rencana tindakan, residen juga melakukan koordinasi dengan dokter dan perawat penanggung jawab dan memberikan informasi yang harus diketahui pasien dan keluarga tentang intervensi yang akan dilakukan. Hipotesis pada 5 kasus terpilih pada umumnya sama. Kecuali pada bayi Ny. L karena pasien adalah bayi prematur maka hipotesis nya agak berbeda dengan kasus lain yang usianya lebih besar.

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Tahap intervensi pada Levine berbeda istilah pada proses keperawatan umumnya. Tahap intervensi menurut Levine disebut juga uji hipotesis atau tahap pelaksanaan, sedang pada proses keperawatan umumnya tahap intervensi dijabarkan sebagai tahap perencanaan. Pada tahap ini dimana residen melakukan perawatan langsung kepada pasien berdasarkan hipotesis dan prinsip konservasi dengan tujuan untuk

mempertahankan keutuhan (*wholeness*) dan mempromosikan adaptasi. Integrasi intervensi keperawatan dengan teori konservasi Levine pada pasien dengan masalah oksigenasi dikelompokkan kedalam 4 konservasi yaitu konservasi energi, integritas struktur, personal dan sosial.

Menurut Levine, intervensi untuk mempertahankan konservasi energi ditujukan untuk meningkatkan kemampuan individu untuk mempertahankan keseimbangan energi dan mempertahankan kehidupan. Pada anak yang mengalami masalah oksigenasi terjadi peningkatan kebutuhan energi. Intervensi yang dilakukan difokuskan untuk meningkatkan kemampuan tubuh untuk menghasilkan energi yang cukup dan menghemat pembakaran energi oleh tubuh. Peningkatan produksi energi dilakukan melalui pemenuhan kebutuhan oksigen.

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mempertahankan konservasi energi pada semua kasus terpilih hampir sama yaitu mempertahankan jalan nafas, mengatur posisi, memberikan oksigen serta meningkatkan hidrasi dan nutrisi. Pada semua kasus terpilih pemberian terapi oksigen dilakukan melalui nasal kanula, kecuali pada bayi Ny. M pemberian oksigen dilakukan lewat trakeostomi. Menurut Boediman dan Wirjodiarjo (2012); Berman dan Snyder (2012), pemberian terapi oksigen dengan nasal kanula dapat memberikan O_2 kontinu dengan aliran 1-6 L/mnt dan konsentrasi O_2 24 -40%. Hambatan yang didapat pada pemberian O_2 nasal kanula pada pasien adalah mudah lepas karena kedalaman kanula hanya 1 cm. Hal ini terjadi pada kasus anak V, nasal kanula oksigen sering terlepas dan anak suka menarik selang oksigen tersebut. Oleh karena itu diperlukan fiksasi nasal kanula yang baik agar tidak mudah terlepas dan pemberian terapi oksigen dapat efektif. Sehubungan dengan kondisi pasien anak V yang memburuk, pemberian terapi oksigen pada anak V dilakukan melalui *Non Rebreathing Mask* (NRM). Menurut Berman dan Snyder

(2012); Said M., et al. (2012), terapi oksigen dengan cara ini dapat memberikan O_2 dengan konsentrasi O_2 mencapai 95% - 100% dengan aliran 10–15 L/mnt dimana udara inspirasi tidak bercampur dengan udara ekspirasi dan tidak mengeringkan selaput lendir.

Menurut Levine, intervensi keperawatan untuk mempertahankan integritas struktur dilakukan melalui perbaikan struktur dan fungsi. Tindakan keperawatan ditujukan untuk mempertahankan fungsi dan struktur yang ada dan memperbaiki fungsi dan struktur yang rusak. Intervensi untuk konservasi integritas struktur yang dilakukan untuk pasien kasus terpilih dengan masalah oksigenasi antara lain melakukan *postural drainage*, fisioterapi dada, terapi inhalasi, *suction* dan perawatan trakeostomi. Tidak semua pasien pada kasus terpilih mendapatkan intervensi ini tergantung kondisi pasien. Pada kasus bayi M tidak dapat dilakukan *postural drainage* sehubungan dengan kondisi pasien yang terbaring lemah dan terpasang trakheostomi. Pada bayi Ny. M dilakukan tindakan *suction* rutin karena terjadi penumpukan sekret. Karena tindakan *suction* ini rutin dan akan berlanjut sampai kerumah, keluarga pasien perlu dilibatkan dengan mengajarkan ibu pasien cara melakukan *suction*. Pada anak V juga dilakukan *suction* setelah pasien mengalami perburukan. Pada intervensi kolaboratif untuk terapi inhalasi, 4 pasien mendapat terapi inhalasi yaitu anak V, bayi Ny. M, bayi D dan anak N. Pada pelaksanaan pemberian terapi inhalasi, kadang mengalami hambatan karena anak menangis dan meronta sehingga waktu pemberian terapi inhalasi menjadi lebih lama dan kurang efektif. Selain itu jumlah alat inhalasi yang terbatas dan digunakan untuk pasien infeksi dan non infeksi membuat terapi inhalasi menunggu giliran untuk menggunakan alat inhalasi tersebut. Menurut Supriyatno dan Kaswandani (2012), anak yang menangis saat dilakukan inhalasi memiliki *inspiratory flow rate* (IFR) yang tinggi dan akan terjadi pernapasan mulut, sehingga seharusnya akan meningkatkan *delivery* obat ke paru. Akan tetapi kenyataannya jumlah obat yang diinhalasi

kedalam paru berkurang akibat kurang baiknya masker muka yang menempel dan ketika menangis pernapasan menjadi pendek dan cepat.

Pada kasus anak V dengan bronkiolitis, terapi inhalasi yang diberikan pada tanggal 24 sampai dengan 27 Maret 2012 adalah NaCl 0,9% + ventolin 1 ml yang diberikan 4 kali dalam 24 jam dan pada tanggal 28 maret 2012, terapi inhalasi yang diberikan pada pasien tersebut adalah NaCl 0,9% + flixotide 1 repsole diberikan 2 kali dalam 24 jam. Obat inhalasi ventolin termasuk dalam golongan bronkodilator, obat flixotide inhalasi termasuk golongan kortikosteroid. Sedang NaCl 0,9 % merupakan larutan isotonik yang digunakan sebagai pengencer dan tidak membuat pasien mengalami kekeringan saat dilakukan inhalasi. Menurut Turner, et al (2008), pemberian β_2 agonist *bronchodilators* tidak dianjurkan untuk diberikan rutin pada pengobatan bronkiolitis. Sedang menurut Hockenberry dan Wilson (2009), pemberian bronkodilator boleh diberikan untuk jangka pendek namun tidak secara signifikan dapat meningkatkan kondisi pasien dan pemberian kortikosteroid serta antihistamin juga tidak dianjurkan rutin digunakan.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Al Ansori (2010), pemberian inhalasi pada pasien dengan bronkiolitis dengan menggunakan larutan hipertonik 5% dan epinefrin dapat menurunkan skor tingkat keparahan bronkiolitis. Dari hasil kajian didapatkan bahwa cairan hipertonik yang digunakan pada inhalasi pasien dengan bronkiolitis virus dapat merangsang batuk serta mengurangi viskositas lendir dan meningkatkan elastisitas *in vitro*. Peneliti lain menjelaskan terjadi perubahan konformasi dalam molekul lendir yang dihasilkan dari nebulasi dengan cairan hipertonik. Ciliary akan meningkatkan sitokin yang diinduksi oleh cairan hipertonik. Cairan hipertonik secara klinis meningkatkan batuk produktif dan efektif untuk induksi dahak.

Intervensi keperawatan untuk konservasi integritas personal dilakukan melalui cara residen menunjukkan rasa respek terhadap pasien dengan memanggil namanya, respek terhadap keinginan pasien, menghargai kepemilikan pribadi, menjaga privasi pasien memperlakukan orang dengan hormat, bersikap jujur, menjaga kerahasiaan, meminta izin sebelum melakukan tindakan, melakukan tahapan terminasi setelah melakukan tindakan dan sebelum meninggalkan pasien.

Konservasi integritas sosial diperlukan karena hidup manusia akan menjadi lebih berarti jika dapat diterima dalam komunitas sosial dan kesehatan akan dipengaruhi oleh lingkungan sosial. Persepsi dari lingkungan keluarga yang salah dapat mempengaruhi kesehatan pasien, hal ini dapat dilihat pada kasus An.V. yang keluarganya meyakini bahwa anaknya sudah biasa bernafas cepat. Orang tua memaksa anaknya pulang kerumah dan diberi terapi oksigen sendiri dirumah. Persepsi keluarga yang kurang tepat menyebabkan proses penyakit semakin memburuk dan akhirnya pasien meninggal setelah dibawa pulang kerumah.

Dalam melakukan intervensi keperawatan pada semua pasien, residen menerapkan konsep *family-centered care* dengan melibatkan keluarga dalam membuat perencanaan program perawatan pasien untuk memberikan dukungan kepada pasien dalam mencapai kesehatan yang menyeluruh. Keluarga diberikan kewenangan untuk terlibat dalam perawatan pasien. Dengan demikian keluarga dengan latar belakang pengalaman, keahlian dan kompetensi yang bervariasi dapat memberikan manfaat positif dalam perawatan anak. Memberikan kewenangan kepada keluarga berarti memberi kesempatan bagi keluarga untuk mengetahui kekuatan dan kemampuan keluarga dalam merawat anak.

Ada beberapa faktor yang dapat menjadi hambatan dalam implementasi keperawatan adalah pada saat intervensi untuk mempertahankan integritas struktur yaitu pada pemberian terapi inhalasi dan fisioterapi

dada. Hambatan yang dialami seperti pasien yang kurang kooperatif dimana pasien yang rewel, sarana alat yang kurang memadai misalnya alat inhalasi dan *suction* yang kurang, ketersediaan obat yang lambat yang disebabkan karena dokter residensi telat menuliskan resep, dan keadaan sosial ekonomi pasien. Tetapi hambatan tersebut dapat diatasi dengan bertindak cepat melakukan komunikasi pada dokter dan perawat tentang keterlambatan obat. Namun demikian terdapat pula faktor pendukung pelaksanaan intervensi keperawatan yaitu adanya kerjasama yang terjalin baik dari orang tua dan dukungan dari beberapa tenaga kesehatan.

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi hasil dari uji hipotesis dibuat berdasarkan respon organismik terhadap intervensi. Pada tahap ini dilakukan evaluasi terhadap keberhasilan hipotesis. Jika tidak berhasil perlu dibuat kembali hipotesis baru. Evaluasi asuhan keperawatan dilakukan terhadap kelima kasus terpilih dikaitkan dengan kemampuan pasien mempertahankan konservasi energi, integritas struktural, integritas personal dan integritas sosial. Pada kelima kasus terpilih, hanya satu pasien yang tidak dapat mempertahankan empat konservasi tersebut. Pasien tersebut mengalami perburukan dan akhirnya meninggal. Pada empat kasus lainnya, pasien dapat mempertahankan empat konservasi tersebut.

Faktor penghambat dalam melakukan evaluasi keperawatan pada semua pasien tidak ada. Sementara faktor pendukung adalah adanya dukungan yang baik dari orang tua pasien dan tenaga kesehatan lain. Orang tua pasien sangat kooperatif melaporkan kondisi pasien jika residen tidak sedang dinas praktek residensi sehingga residen dapat mudah melakukan evaluasi perkembangan maupun evaluasi akhir. Begitu pula dengan tenaga kesehatan lain juga mendukung dalam proses evaluasi dengan memberikan informasi yang dibutuhkan oleh residen.

4.2 Praktik Residensi Keperawatan Anak Dalam Pencapaian Target Kompetensi.

Selama menjalani praktek residensi 1 dan 2 di RSPAD Gatot Soebroto, RSAB Harapan Kita dan RSUPN Ciptomangunkusumo, residen telah melaksanakan peran sebagai perawat spesialis anak sesuai dengan yang diharapkan dari pendidikan baik dalam memberikan asuhan keperawatan langsung/praktisi maupun pelaksanaan peran lainnya, seperti sebagai pendidik dan konsultan, advokator, pemimpin, pengembang profesi, peneliti, dan inovator. Dalam pencapaian kompetensi atau menjalankan peran tersebut ditemukan beberapa hambatan dalam pelaksanaannya. Dari beberapa lahan praktek yang residen lalui, tidak semua lahan praktek dapat menunjang untuk pencapaian kompetensi. Hal ini dapat disebabkan karena prasarana rumah sakit yang kurang memadai, jumlah pasien yang kurang. Dalam peran sebagai pemberi asuhan keperawatan langsung/praktisi, residen tidak dapat melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan HIV AIDS, hal ini dikarenakan tidak ada pasien yang dirawat di ruang perawatan yang residen lalui selama praktek residensi.

Selama menjalani peran sebagai praktisi tersebut banyak ilmu dan ketrampilan yang dapat residen ambil selama praktik residensi. Ilmu yang residen dapatkan selama praktek residensi adalah belajar banyak kasus penyakit anak yang jarang dan kompleks, melakukan diskusi/*sharing* tentang kasus penyakit anak yang kompleks dengan dokter, serta mengikuti beberapa ronde dokter selama praktek di RSPAD dan RSUPN Cipto Mangunkusumo. Ketrampilan yang residen dapatkan cukup banyak selama praktik di ruang perawatan neonatus dan anak seperti pemberian inhalasi, oksigen, *suction*, pengambilan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium, pemasangan OGT pada neonatus, pemasangan NGT pada anak, pemberian cairan IV, inhalasi dll. Selain itu faktor sarana yang kurang memadai seperti peralatan kesehatan yang kurang dan ada beberapa tenaga kesehatan lain yang kurang mendukung merupakan hambatan yang menjadi tantangan residen untuk tetap eksis. Hambatan atau kendala tersebut dapat residen atasi dengan melakukan

komunikasi persuasif sehingga residen dapat mencapai kompetensi yang diharapkan untuk menjadi seorang ners spesialis keperawatan anak.

Dalam beberapa peran untuk mencapai kompetensi, terdapat peran yang belum dilakukan sepenuhnya yaitu peran sebagai peneliti dan pengembang profesi. Peran residen sebagai peneliti disini sebatas melakukan penerapan hasil penelitian orang lain. Begitu pula peran sebagai pengembang profesi yang residen lakukan adalah memberikan penjelasan kepada tenaga kesehatan lain tentang profesi S2 keperawatan dan ners spesialis.

Dalam peran sebagai inovator, residen melakukan proyek inovasi yang berkaitan dengan pencegahan penyebaran infeksi pada pasien dengan masalah pernapasan yaitu optimalisasi edukasi etika batuk dan bersin serta mencuci tangan dengan benar pada pasien dan orang tua pasien di ruang Anggrek RSAB Harapan Kita. Menurut Hockenberry dan Wilson (2009), tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan masalah pernapasan adalah *standard precaution* termasuk mencuci tangan, tidak menyentuh sekret dari hidung, menggunakan gaun pada waktu masuk ruang perawatan dan membatasi pengunjung.

Proyek inovasi dilakukan karena ruangan anggrek merupakan ruangan perawatan anak dengan penyakit infeksi dimana anak dengan penyakit pernapasan merupakan kasus yang paling banyak dirawat diruangan tersebut. Edukasi tentang etika batuk dan bersin sangat penting karena penularan infeksi dapat terjadi lewat batuk dan bersin atau *Droplet infection*. Edukasi tentang mencuci tangan juga merupakan salah satu langkah penting untuk mencegah dan mengendalikan penyebaran penyakit di fasilitas pelayanan kesehatan. Walaupun membersihkan tangan merupakan prosedur sederhana, banyak penelitian membuktikan bahwa tingkat kepatuhan dalam kebersihan tangan masih rendah dan pelaksanaannya cukup sulit, sehingga diperlukan dorongan terus-menerus dan koordinasi tim multidisipliner. Perubahan yang terjadi diruangan telah tersedianya *leaflet* etika batuk dan bersin serta mencuci tangan dengan benar di ruangan tersebut dan akan diperbanyak oleh

rumah sakit sebagai bahan edukasi ke pasien. Tidak ditemukan hambatan yang berarti dalam pelaksanaan proyek inovasi tersebut.

Faktor pendukung yang kuat dan positif dalam menjalankan peran selama praktik adalah adanya kesempatan yang seluas-luasnya untuk mempelajari dan mengetahui aspek-aspek klinis dan keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatan. Adanya dukungan dan penerimaan dari sesama profesi keperawatan dan tenaga kesehatan lain terhadap kehadiran perawat residen ditunjukkan dengan adanya diskusi terbuka, saling memberikan masukan atau saran yang membangun. Walau pada awalnya residen agak kuatir dengan tata tertib yang diberikan saat menjelang praktik residensi, tetapi ternyata lahan praktik banyak memberi kesempatan dan dukungan bagi residen untuk menerapkan secara langsung keilmuan yang diperoleh selama perkuliahan.

Secara keseluruhan, dalam pencapaian kompetensi residen dapat memenuhi kompetensi dan melakukan asuhan keperawatan kepada pasien sesuai dengan peminatan yang residen ambil yaitu aplikasi teori konservasi energi pada pasien anak yang mengalami masalah oksigenasi. Residen dapat melakukan asuhan keperawatan dengan mengintegrasikan teori konservasi Levine dalam proses keperawatan dan mengaplikasikannya kedalam kasus.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Pada praktik residensi ners spesialis keperawatan anak ini, residen mengangkat masalah oksigenasi dan menggunakan teori model konservasi Levine untuk mengatasi masalah tersebut. Penerapan teori konservasi Levine dalam proses asuhan keperawatan pada anak dengan masalah oksigenasi dapat memberikan dukungan dan membantu anak untuk mempertahankan konservasi energi, integritas struktural, integritas personal dan integritas sosial untuk membantu anak melakukan proses adaptasi dalam menghadapi perubahan lingkungan baik lingkungan internal dan eksternal, sehingga anak dapat mempertahankan fungsinya dan menghindari terjadinya kerusakan fungsi akibat perubahan yang terjadi pada tubuh dan lingkungan tersebut.

Selama praktik residensi keperawatan anak, residen melaksanakan beberapa peran yaitu sebagai praktisi, pendidik dan konsultan, advokator bagi klien dan keluarga, pemimpin, pengembang profesi, peneliti, dan inovator untuk meningkatkan kompetensi sebagai calon ners spesialis keperawatan anak dan perkembangan ilmu keperawatan anak. Peran yang dapat dilakukan sepenuhnya oleh residen adalah peran sebagai praktisi, pendidik, advokator, inovator, serta pemimpin. Dalam usaha pencapaian dan peningkatan kompetensi ditemukan beberapa hambatan yang dialami oleh residen selama menjalani praktik akan tetapi hal tersebut merupakan tantangan dan pengalaman bagi residen untuk dapat mencari pemecahan masalah.

5.2 Saran

Beberapa masalah atau kendala yang residen temukan selama praktik residensi menjadi alasan residen memberikan beberapa saran. Sehubungan dengan masih terbatasnya aplikasi model konservasi Levine, diperlukan studi kasus tentang aplikasi model konservasi Levine di pelayanan kesehatan anak.

Sosialisasi *evidence based practice* di rumah sakit atau di pelayanan kesehatan lain perlu ditingkatkan demi meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada anak. Untuk menunjang proses pembelajaran, diperlukan ruang diskusi dan pembimbing lahan di setiap rumah sakit agar residen dapat belajar dengan suasana yang kondusif dan dibimbing dengan orang yang kompeten di bidang nya.

Perlunya sosialisasi target kompetensi perawat spesialis anak di pelayanan kesehatan anak sehingga dapat mempermudah residen mencapai kompetensi tersebut. Sosialisasi keberadaan ners spesialis anak di tatanan pelayanan kesehatan perlu ditingkatkan agar masyarakat dapat mengenal dan mengakui. Selain itu ners spesialis keperawatan anak sendiri tetap harus menjaga dan meningkatkan pengetahuan serta kompetensinya sebagai seorang ners spesialis keperawatan anak sehingga dapat diakui terus keberadaannya di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-ansari K., et al. (2010). Nebulized 5% or 3% hypertonic or 0.9% saline for treating acute bronchiolitis in infants. *The journal of pediatrics*.157 (4), 630-634.
- Alverson B, dan Ralston S L, (2011). Management of bronchiolitis focus on hypertonic saline. *Contemporary pediatrics*. Advanstar Communications Inc.
- Anonim (2006). Bronchiolitis in children, A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Anonim (2008). *Nursing care of the child with a respiratory disorder*. Di unduh dari http://downloads.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/sample.
- Australian Confederation of Paediatric and Child Health Nurses (2006). *Competencies for the Specialist Paediatric and Child Health Nurse*. (2nd edition). Australia: ACPCHN.
- Berman A. dan Snyder S.J (2012). *Fundamentals nursing: Concepts, process and practice* (9th). Upper saddle river: Pearson education, Inc.
- Betz L.B., dan Sowden L.A, (2009). *Keperawatan Pediatri*. (Terj. Eny Meilliya). Jakarta: EGC.
- Boediman dan Wirjodiardjo (2012). Anatomi dan fisiologi sistem respiratori, dalam Rahajoe, N.N., Supriyatno, B., dan Setyanto, D.B. (Eds), *Buku ajar respirologi anak* (hlm 1-50). Jakarta: IDAI.
- Departemen Kesehatan RI (2004). *Pedoman program pemberantasan penyakit infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) untuk penanggulangan pneumonia pada balita*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. (2006). *Standar Pelayanan Keperawatan di ICU*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan (2007). *Pedoman tatalaksana pneumonia balita*. Jakarta: Depkes RI.
- Francis C., (2011) Perawatan respirasi. (Terj. Stella Tinia). Jakarta: Erlangga
- Gance-Cleveland, B. (2006). Family-centered care: Decreasing disparities. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 11 (1), 1-6. Diunduh tanggal 12 Mei 2012 dari <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&hid=12&sid=43512dcb-5549-4f89-9a47-30eab78f551e%40sessionmgr106>.

- Gajdos V, et al. (2010). *Effectiveness of chest physiotherapy in infants hospitalized with acute bronchiolitis: A multicenter, Randomized, Controlled Trial*. Diunduh dari PLoS Medicine: www.plosmedicine.org, 7 (9), 1-12.
- Green, A., & Gance-Cleveland, B. (2007). Family centered care within an infant toddler unit. *Pediatric Nursing*, 33(6). Diunduh tanggal 12 Mei 2012 dari [http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSZ/is_6_33/ai_n24320828/pg_7Neff,J.M.\(2007\)](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSZ/is_6_33/ai_n24320828/pg_7Neff,J.M.(2007))
- Hariadi, et al. (2010). *Buku ajar ilmu penyakit paru*. Surabaya: Departemen Ilmu penyakit paru FK Unair RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- Hockenberry, M. J., dan Wilson, D. (2006). *Wong's nursing care of infants and children* (8th ed.) St. Louis: Mosby Elsevier
- Hockenberry, M.J., dan Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing* (8th edition). St. Louis Missouri: Elsevier Mosby.
- International Council of Nurses (2009). *ICN framework of Competencies for the Nurse Specialist*. Switzerland: ICN
- Lissauer T dan Fanaroff A (2009). *At a Glance Neonatologi*. (Terj. Vidhia Umami). Jakarta: Erlangga.
- Mefford L.C., (2004). A Theory of Health Promotion for Preterm Infants Based on Levine's Conservation Model of Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 17 (3), 260-266. Diunduh dari <http://nsq.sagepub.com>.
- NANDA International (2009). *Nursing diagnosis: definition & classification 2009-2011*. United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Neff, J. M. (2003). Family-centered care and the pediatrician's role: A policy statement. *Journal of the American Academy of Pediatrics*, 112 (3), 691-696.
- Potter, P.A. dan Perry, A.G (2009). *Fundamentals of nursing* (7th edition). Singapore: Mosby Elsevier. Inc.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2005). *Standar kompetensi perawat Indonesia*. Jakarta: PP-PPNI.
- Rahajoe N., Supriyatno B., dan Setyanto D.B., (2012). *Buku ajar respirologi anak* (edisi 3). Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Rose S.B., et al. (2003). Role Preservation of the Clinical Nurse Specialist and the Nurse Practitioner. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 5 (2).

- Said M., et al. (2012). Prosedur tindakan pada penyakit respiratori, dalam Rahajoe, N.N., Supriyatno, B., dan Setyanto, D.B. (Eds), *Buku ajar respirologi anak* (hlm 583-636). Jakarta: IDAI.
- Setiawati L., Asih R., dan Makmuri (2005). *Tatalaksana bronkiolitis*. FK Unair RSU Dr. Soetomo Surabaya.
- Subanada, et al. (2009). Faktor-faktor yang berhubungan dengan bronkiolitis akut *Sari Pediatri*, 10 (6).
- Sunyataningkamto, et al. (2004). *The role of indoor air pollution and other factors in the incidence of pneumonia in under-five children* Paediatrica Indonesiana, 44 (1-2).
- Supriyatno, B., dan Kaswandani, N. (2012). Terapi inhalasi pada penyakit respiratorik, dalam Rahajoe, N.N., Supriyatno, B., dan Setyanto, D.B. (Eds), *Buku ajar respirologi anak* (hlm 366-381). Jakarta: IDAI.
- Suriadi dan Yuliani R., (2010). *Asuhan keperawatan pada anak*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Tomey, A.M., dan Alligood, M.R. (2006). *Nursing theorist and their work* (6th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Tomey, A. M., dan Alligood, M.R. (2006). *Nursing theory utilization & application* (3th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Turner T., et al. (2008). Evidence based guideline for the management of bronchiolitis, *Australian Family Physician*, 37 (6), 6-13.
- Ward J., et al. (2006). *At Glance Sistem Respirasi*. (Terj. Hartanto H.). Jakarta: Erlangga.
- World Health Organization (2011). *World Health Statistics 2011*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Zain, M.S. (2012). Bronkiolitis, dalam Rahajoe, N.N., Supriyatno, B., dan Setyanto, D.B. (Eds), *Buku ajar respirologi anak* (hlm 333-349). Jakarta: IDAI.

LAMPIRAN



UNIVERSITAS INDONESIA

**APLIKASI MODEL KONSERVASI LEVINE PADA
PASIEN ANAK DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN
KEBUTUHAN OKSIGEN DI PELAYANAN
KEPERAWATAN ANAK**

LAMPIRAN

KARYA ILMIAH AKHIR

OLEH:

**SUSI HARTATI
0906505041**

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

**KONTRAK BELAJAR RESIDENSI
KEPERAWATAN ANAK**

KOMPETENSI
NERS SPESIALIS KEPERAWATAN ANAK

KASUS KELOLAAN 2

KASUS KELOLAAN 3

KASUS KELOLAAN 4

KASUS KELOLAAN 5

LAPORAN PROYEK INOVASI



**LAPORAN KASUS KELOLAAN
APLIKASI TEORI MYRA E. LEVINE
PADA ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN ANAK M
DENGAN *HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIA*, LARINGOMALACIA TIPE
1, EDEMA LARING, POST ENSEFALITIS, STENOSIS SUBGLOTIS, PASCA
TRAKEOSTOMI DI RUANG PERAWATAN INFEKSI
RSUPN CIPTO MANGUN KUSUMO
JAKARTA**

13 – 21 Maret 2012

OLEH:

Susi Hartati

0906505041

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

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK
DALAM KONTEKS KELUARGA DENGAN MENGGUNAKAN
PENDEKATAN MODEL MYRA E. LEVINE**

DATA DASAR

Tanggal Pengkajian / jam : 15 Maret 2012
Tanggal masuk RS : 25/02/2012
Nomor Register : 3674675
Ruangan : Lantai 1 ruang infeksi RSCM
Dx. Medis : *Hospital acquired pneumonia*, Laringomalacia tipe 1, edema laring, post ensefalitis, stenosis subglotis, pasca trakeostomi.

DATA BIOGRAFI

1. Identitas Pasien

Nama Pasien : Bayi Ny. Masta
Nama Panggilan : Masta
Jenis kelamin : Perempuan
Tempat tgl. Lahir (umur) : Jakarta, 6 Desember 2011

2. Identitas Orang tua / Wali :

	Ibu	Ayah
Nama	Masta Gultom	
Usia	40 th	47 th
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	IRT	Tukang Ojek
Agama	Kristen	Kristen
Alamat rumah	Jl. Mortir D 59 Rt 01/06 Jatiwaringin Cipinang Melayu Jakarta Timur	

Keluhan utama :

Pasien post trakeostomi

Riwayat sakit sekarang :

Usia 3 minggu, ibu pasien mengatakan nafas anaknya bunyi grok-grok. Orang tua membawa pasien ke puskesmas duren sawit, lalu dirujuk ke RS Yadika karena penanganan nya kurang baik, pasien dibawa ke RS Persahabatan dan dirawat selama 2 hari, karena kondisi belum membaik juga pasien dibawa ke IGD RSCM tanggal 21 Januari 2012. Kemudian pasien dirawat di ruang ICU selama 2 hari dan pindah rawat ke ruang perawatan infeksi. Baru 1 hari dirawat di ruang infeksi ternyata kondisi pasien memburuk, pasien dipindah lagi ke PICU dan dirawat selama 3 minggu. Kemudian pasien dipindah ke ruang infeksi dan dirawat selama 4 hari. Pasien diperbolehkan pulang tanggal 24 Februari 2012. Baru 4 jam dirumah, tiba-tiba pasien sesak nafas, ibu pasien langsung membawa anaknya ke IGD RSCM kembali. Pasien

masuk ruang PICU. Tanggal 8 Maret 2012 pasien dilakukan trakeostomi. Tanggal 12 Maret pasien pindah ke ruang perawatan infeksi.

Resume di ruang PICU, tanggal 12 Maret 2012

Pasien anak Masta 3 bulan dengan laringomalacia, stenosis subglotis, pasca tracheostomi, epilepsi dan post ensefalitis. Pasien hari ke 11 di PICU masuk dengan masalah utama hospital acquired pneumonia disertai laringomalacia type 1, edema laring dilakukan perawatan dengan bantuan ventilator. Selama perawatan klinis pneumonia mengalami perbaikan dengan pemberian antibiotik ceftazidim. Namun karena masala sumbatan saluran nafas, pasien dikonsulkan ke THT. Setelah konsul THT dilakukan RFL (Rhino Faring Laringoskopi) dan bronkoskopi untuk mengidentifikasi masalah pada saluran nafas sub glotis. Saat akan dilakukan tindakan, pasien sempat mengalami bradikardi dan apnu sehingga dilakukan resusitasi di atas meja operasi. Kemudian dilakukan trakeostomi, setelah itu pasien terdiagnosa adanya stenosis subglotis yang dicurigai karena adanya riwayat intubasi lama saat perawatan di PICU sebelumnya. Saat ini pasien dalam keadaan stabil, tidak membutuhkan bantuan O2, hanya perlu perawatan berkala trakeostomi.

A. KONSERVASI ENERGI:

Status Konservasi Energi :

1. Tanda-tanda vital :
Suhu : 37,9 °C, Nadi : 134 x/mnt, Pernapasan : 36 x/mnt
BB anak : 6,1 kg TB : cm. Kesadaran : compos mentis
3. Pola pemenuhan nutrisi dan cairan :
Pasien terpasang NGT dan mendapat susu fomula 8 x 90 ml
Pasien tidak mendapat ASI
4. Pola istirahat/ tidur :
Pasien tertidur terus
5. Pola aktifitas / Latihan / OR /Pola bermain
Pasien terbaring lemah di tempat tidur
6. Pola koping :
Tidak dapat dikaji

B. KONSERVASI INTEGRITAS STRUKTUR :

Status Konservasi Integritas Struktur :

1.	Sistem pernafasan Pernapasan reguler, P : 34 x/menit, Nadi : 128 x/menit, saturasi O ₂ : 95%. Terdapat trakeostomi sejak tanggal 8 Maret 2012. Slem produktif.
2.	Sistem pencernaan Abdomen lemas, datar, turgor cukup. BAB (+), bising usus (+) Tidak ada masalah pencernaan
3.	Sistem kardiovaskuler Bunyi jantung I dan II normal, murmur (-), gallop (-). Tidak ada masalah
4.	Sistem hematologi/immunologi Hasil laboratorium tanggal 15/3/2012 diduga pasien mengalami anemia normositik normokrom
5.	Sistem perkemihan Tidak ada masalah
6.	Sistem persyarafan Kesadaran compos mentis, GCS : E4M6V5 = 15, pasien sering kejang.
7.	Sistem endokrin : Tidak ada masalah
8.	Sistem integumen Daerah sekitar stoma trakeostomi agak kemerahan
9.	Sistem muskuloskeletal Spastis (+), Jiternes (+)
10.	Sistem Neuromuscular Pasien sering kejang.

C. KONSERVASI INTEGRITAS PERSONAL :

Status Integritas Personal :

1. Bagaimana pandangan anak tentang kondisinya saat ini
Tidak dapat dikaji
2. Apakah anak merasa takut masuk rumah sakit
Tidak dapat dikaji
3. Apa yang diinginkan anak saat ini
Tidak dapat dikaji
4. Ekspresi wajah anak
Tidak dapat dikaji

5. Suasana hati / mood anak
Tidak dapat dikaji
6. Bagaimana perilaku Anak
Tidak dapat dikaji
7. Bagaimana kontak mata anak saat bicara
Anak tertidur
8. Bagaimana perkembangan motorik kasar anak
Anak hanya dapat berbaring
9. Bagaimana perkembangan motorik halus anak
Belum terlihat

D. KONSERVASI INTEGRITAS SOSIAL :

Status Konservasi Integritas Sosial :

1. Bagaimana komunikasi anak dengan orang tua :
Orang tua selalu mengajak anaknya bicara walau anaknya tidak dapat bicara
2. Bagaimana komunikasi anak dgn petugas kesehatan :
Tidak dapat dikaji
3. Bagaimana kebiasaan bermain anak :
Tidak dapat dikaji
4. Bagaimana hubungan anak dengan teman sebaya
Tidak dapat dikaji
5. Bagaimana hubungan anak dengan petugas kesehatan :
Tidak dapat dikaji
6. Bagaimana peran anak di lingkungan :
Tidak dapat dikaji
7. Cerita yang disukai :
Tidak dapat dikaji
8. Tokoh idola
Tidak dapat dikaji

E. LINGKUNGAN

Status Lingkungan :

1. Lingkungan internal

Hasil pemeriksaan :

■ Rontgen

Pemeriksaan thorax AP, tanggal 1/2/2012 :

Kesan :

- Kardiomegali
- Perselubungan inhomogen di apeks bilateral dan perihiler kanan → sesuai pneumonia dibandingkan dengan foto sebelumnya kesan pneumonia perburukan

Pemeriksaan thorax AP, tanggal 29/2/2012 :

Kesan :

- Peneumonia aspirasi
- Jantung kesan tidak membesar
- Aorta dan mediastinum superior tidak melebar
- Trakea ditengah, keda hilus suram
- Tampak perselubungan di lapangan atas paru kanan
- Kedua sinus kostafrenikus lancip
- Tulang-tulang dan jaringan lunak baik

■ Ct Scan/MRI :

Hasil DSCT Scan, tanggal 26/01/2012

Kesan :

- Meningoensefalitis dengan iskemik infark luas pada white matter medial kedua hemisfer dan dilobus temporalis kanan-kiri. Cuiga obstruksi di arteri cerebri anterior dan arteri cerebri media.

■ EEG :

Hasil EEG, tanggal 16/2/2012

Rekaman dilakukan dalam keadaan pasien sadar, tidak tampak gelombang irama dasar kontinyu, tidak tampak asimetri, tidak tampak abnormalitas fokal. Pada saat pasien kejang dengan gelombang iktal epileptiform yang muncul pada frontopolar kiri,

Impression : EEG abnormal, tampak gelombang iktal epileptiform yang muncul pada frontopolar kiri.

Hasil EEG, tanggal 6/3/2012

Rekaman dalam keadaan pasien sadar, tampak gelombang irama dasar dengan frekuensi 3-4 spd

Impression : EEG dalam batas normal tidak tampak gelombang epileptiform.

■ Hasil pemeriksaan lab darah/Urin/feses/sputum :

Hematologi	Nilai 15/03	Nilai Normal
Hb	10,3*	10,1 – 12,9 g/dl
Ht	12,4*	32 - 44 %
Trombosit	336.000	217.000 – 497.000
Leukosit	13.520*	6000 – 17.500
CRP	103,6*	0 – 3 mg/L
MCV	87,6	73 – 109
MCH	27,8	21 – 33
MCHC	31,8	26 – 34
N. Segmen	52,2*	50 - 70 %
Limfosit	30,6*	20-40
Monosit	14,8*	2-8
Eosinofil	1,8	1 -3
Basofil	0,4	0-1

■ Hasil pemeriksaan lain (yang berhubungan dengan gangguan fungsi tubuh)

2. Lingkungan eksternal

a. Lingkungan Perseptual

Penglihatan

■ Cahaya : cukup

Pendengaran

■ Suara bising : suara pengunjung dan visite dokter

Penciuman

■ Bau : tidak ada

Perabaan

■ Gatal : Tidak dapat dikaji

■ Nyeri : Tidak dapat dikaji

■ Sentuhan : Tidak ada respon

■ Perubahan suhu : Ruang rawat terkadang panas karena AC mati

■ Kelembaban : Tidak dapat dikaji

Pengecapan :

■ Obat minum : Tidak dapat dikaji

b. Lingkungan Konseptual

■ Bahasa : Tidak dapat dikaji

■ Kemampuan kognitif : Tidak dapat dikaji

■ Coping Anak : Tidak dapat dikaji

■ Sistem Nilai : Tidak dapat dikaji

■ Spiritual : Tidak dapat dikaji

■ Tradisi budaya : Tidak dapat dikaji

c. Lingkungan Operasional

■ Polusi : pasien tinggal di kompleks perumahan.

■ Tegangan listrik tinggi : pasien tidak tinggal didaerah tegangan tinggi

- Tinggal dekat daerah endemik penyakit : pasien tidak tinggal di daerah endemik penyakit

Penatalaksanaan :

- Fenobarbital 2 x 25 mg (PO)
- Carbomizepin 3 x 60 mg (PO)
- Diazepam 3 x 1 mg (PO)
- Nystatin 4 x 1 ml
- Inhalasi dengan NaCl 0,9 % dan berotec sebanyak 4x/hari
- Suction

PENGKAJIAN KEPERAWATAN dan TROPHICOGNOSIS

DATA FOKUS

Nama klien : By. Ny. M
 Usia : 3 bulan
 Dx medis : Laringomalacia tipe 1, edema laring, post ensefalitis, stenosis subglotis, pasca tracheostomy, epilepsi, hospital acquired pneumonia,
 Tanggal masuk RS : 25 Februari 2012
 Tanggal Pengkajian : 13 Maret 2012

KONSERVASI	DATA SUBYEKTIF	DATA OBJEKTIF
1. Energi	Ibu pasien mengatakan anaknya tidak mendapat ASI lagi karena ASI sudah tidak ada	- Pasien mendapat susu formula dari RS - Pasien terpasang NGT - BB pasien saat pengkajian : 6,1 kg
2. Integritas struktur	Ibu pasien mengatakan anaknya dilakukan trakeostomi sejak tanggal 8 maret 2012	- Terdapat trakeostomi sejak tanggal 8 maret 2012 - Pernapasan reguler, P : 34 x/menit, Nadi : 128 x/menit, saturasi O2 : 95%. - Sekret terdengar dari trakeostomi jika sudah banyak - Produksi sekret banyak - Terdapat kasa didaerah peristoma trakeostomi
3. Integritas Personal	- Ibu tampak cemas dengan keadaan anaknya - Ibu tidak mengerti cara melakukan suction - Ibu tidak mengerti perawatan trakeostomi dirumah	- Ibu tampak cemas dengan keadaan anaknya - Ibu bingung melakukan suction pada anaknya - Terdapat kasa didaerah peristoma trakeostomi
4. Integritas Sosial		Pasien tampak dikunjungi oleh keluarga dari orang tua pasien.

TROPHICOGNOSIS
1. Bersihan jalan nafas tidak efektif 2. Pola nafas tidak efektif 3. Risiko aspirasi 4. Risiko kekurangan volume cairan 5. Risiko tinggi terhadap perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh 6. Risiko infeksi 7. Kurang pengetahuan ibu tentang pelaksanaan suction dan perawatan trakeostomi dirumah

HIPOTESIS

Nama klien : By. Ny. M
 Usia : 3 bulan
 Dx medis : Laringomalacia tipe 1, edema laring, post ensefalitis, stenosis subglotis, pasca tracheostomy, epilepsi, hospital acquired pneumonia,
 Tanggal masuk RS : 25 Februari 2012
 Tanggal Pengkajian : 13 Maret 2012

TROPHICOGNOSIS	HIPOTESIS
Bersihkan jalan nafas tidak efektif <u>Tujuan :</u> Bersihkan jalan nafas kembali efektif <u>Kriteria hasil :</u> ☐ Orang tua mengatakan anaknya tidak sesak ☐ Suara nafas bersih ☐ Jalan nafas bersih ☐ Sianosis (-) ☐ Dispnea (-) ☐ RR dalam batas normal 1-12 bulan : 30-40 x/menit	☐ Kaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung ☐ Auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi ☐ Beri posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka ☐ Ajarkan orang tua untuk memberi posisi nyaman, posisi miring untuk mencegah aspirasi. ☐ Berikan nebulasi sesuai dengan terapi ☐ Lakukan fisioterapi dada ☐ Ajarkan ibu cara melakukan suction pada anaknya. ☐ Lakukan pengisapan lendir secara berkala ☐ Kolaborasi : • Pemberian obat
Pola nafas tidak efektif <u>Tujuan :</u> Pola nafas kembali efektif	

<u>Kriteria hasil:</u> dispnea (-), pernapasan reguler, pernapasan cuping hidung (-)	• Pemeriksaan laboratorium ☐ Berikan O2 jika anak terlihat sesak
Risiko aspirasi <u>Tujuan :</u> Tidak terjadi aspirasi <u>Kriteria hasil :</u> ☐ Bertoleransi terhadap intake oral dan sekresi tanpa aspirasi jalan nafas ☐ Terjadi peningkatan efleks menelan	☐ Kaji status pernapasan sesering mungkin ☐ Kaji secara terus menerus tanda dan gejala peningkatan kesukaran pernapasan dan obstruksi pernapasan, termasuk peningkatan frekuensi pernapasan, stridor, retraksi, pernapasan cuping hidung, ekspirasi yang memanjang, sianosis, kegelisahan, penurunan bunyi nafas, takikardi, ☐ Beri posisi semi fowler/fowler ☐ Berikan oksigen ☐ Cek residu sebelum pemberian makan dan minum lewat NGT ☐ Monitor tanda aspirasi selama proses pemberian makan dan minum (batuk, tersedak, saliva) ☐ Monitor tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks menelan dan kemampuan menelan ☐ Monitor status paru ☐ Berikan oksigen ☐ Ajarkan pada keluarga cara memberikan makan dan minum ☐ Monitor intake dan output ☐ Monitor TTV (suhu) ☐ Kaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) ☐ Beri cairan sesuai dengan program ☐ Timbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama ☐ Kolaborasi pemasangan NGT
Risiko kekurangan volume cairan <u>Tujuan :</u> Keseimbangan cairan tetap adekuat <u>Kriteria hasil :</u> ☐ TTV dalam batas normal (suhu) ☐ Intake dan output seimbang ☐ Tidak ada tanda-tanda dehidrasi ☐ Berat badan meningkat	☐ Monitor status paru ☐ Berikan oksigen ☐ Ajarkan pada keluarga cara memberikan makan dan minum ☐ Monitor intake dan output ☐ Monitor TTV (suhu) ☐ Kaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) ☐ Beri cairan sesuai dengan program ☐ Timbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama ☐ Kolaborasi pemasangan NGT
Risiko tinggi terhadap perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d proses penyakit <u>Tujuan :</u> Kebutuhan nutrisi pasien tetap terpenuhi <u>Kriteria hasil :</u> ☐ Klien dapat mempertahankan berat badan atau penurunan BB tidak lebih dari 1 kg. ☐ Klien mengkonsumsi jumlah cairan dan nutrisi adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme basal pada periode pasca operasi.	☐ Jelaskan pada orang tua tentang peran dan pentingnya nutrisi pada pemulihan jaringan pasca operasi trakeostomi ☐ Pantau berat badan pasien ☐ Kaji kemampuan pasien untuk menelan tanpa batuk atau aspirasi ☐ Evaluasi konsistensi makanan yang dapat ditoleransi pasien tanpa

☐ Masukan nutrisi dan cairan adekuat tanpa aspirasi atau tersedak sebelum pulang.	aspirasi ☐ Pertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien ☐ Inspeksi area peristoma dan sekresi trakeal terhadap makanan bila diberikan makanan peroral ☐ Berikan nutrisi melalui selang dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui selang ☐ Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan prosedur ☐ Monitor dan laporkan adanya tanda-tanda infeksi, misalnya demam, penurunan RR (Respiratory Rate), dahak kental, peningkatan jumlah sel darah merah ☐ Jaga pemaparan trakheostomi terhadap benda asing ☐ Gunakan teknik steril dalam melakukan perawatan trakheostomi dan suctioning. ☐ Kaji tingkat pengetahuan ibu tentang penggunaan suction pada anaknya ☐ Ajarkan ibu tentang cara melakukan suction pada anaknya ☐ Ajarkan ibu tentang perawatan peristoma trakeostomi ☐ Evaluasi pelaksanaan suction dan perawatan peristoma yang dilakukan oleh ibu pada anaknya
Risiko infeksi b.d pembuatan saluran nafas baru dari mekanisme pertahanan respirasi <u>Tujuan :</u> Tidak terjadi infeksi pada trakeostomi <u>Kriteria hasil :</u> ☐ Tidak ada tanda-tanda infeksi : rubor, color, dolor TTV dalam batas normal	
Kurangnya pengetahuan orang tua tentang pelaksanaan suction dan perawatan trakeostomi di rumah <u>Tujuan :</u> Pengetahuan ibu bertambah <u>Kriteria hasil :</u> ☐ Ibu memahami cara melakukan suction dan perawatan trakeostomi di rumah ☐ Ibu dapat mempraktekkan selama masih di RS	

INTERVENSI dan EVALUASI KEPERAWATAN

Nama klien : By. Ny. M
 Usia : 3 bulan
 Dx medis : Laringomalacia tipe 1, edema laring, post ensefalitis, stenosis subglotis, pasca tracheostomy, epilepsi, hospital acquired pneumonia,
 Tanggal masuk RS : 25 Februari 2012
 Tanggal Pengkajian : 13 Maret 2012

KONSERVASI ENERGI			
TANGGAL	WAKTU	INTERVENSI KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN
13 Maret 2012	14.00-20.30	☐ Memonitor TTV (suhu, nadi, pernapasan) Hasil: Suhu = 37 °C, Nadi = 136 x/mnt, P=42x/mnt ☐ Mengkaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Hasil : Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea (+), lendir banyak, pernapasan cuping hidung (-). ☐ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi	<u>Tanggal 13 Maret 2012</u> S : Ibu mengatakan anaknya sudah tidak diberi ASI, karena sudah tidak keluar O : Pasien mendapat susu formula 8 x 90 ml diberikan lewat NGT, BB : 6,1 kg, perawatan pasien sedang A : Masalah belum terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan untuk mencegah terjadinya gangguan pemenuhan keb, nutrisi

		□ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Hasil : Klien diposisikan tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka □ Memberikan O2 jika pasien terlihat sesak Hasil : O2 diberikan atas instruksi dokter sebanyak 2 liter/menit karena anak kejang. □ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Hasil : mukosa membran kering, turgor kulit elastis □ Memberi cairan sesuai dengan program Hasil : susu per NGT diberikan sebanyak 90 cc/kali pemberian. 8 kali pemberian dalam 24 jam. □ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama Hasil : BB = 6,1kg □ Menjelaskan pada orang tua tentang peran dan pentingnya nutrisi pada pemulihan jaringan pasca operasi trakeostomi Hasil : orang tua memahami tentang pentingnya nutrisi untuk anaknya □ Memantau berat badan pasien Hasil : berat badan pasien = 6,1 kg □ Mengkaji kemampuan pasien untuk menelan tanpa batuk atau aspirasi	.
--	--	--	---

		Hasil : pasien mampu menelan □ Mengevaluasi konsistensi makanan yang dapat ditoleransi pasien tanpa aspirasi Hasil : pasien mendapatkan susu formula □ Mempertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien Hasil : bagian leher dan kepala pasien diganjal menjadi posisi semi fowler □ Melakukan inspeksi area peristoma dan sekresi trakeal terhadap makanan bila diberikan makanan peroral Hasil : daerah peristoma masih bersih, makanan tidak keluar dari trakeostomi □ Memberikan nutrisi melalui selang dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui selang Hasil : pasien mendapat susu formula dari RS sebanyak 8 x 90 ml dalam 24 jam melalui NGT (Kebutuhan kalori pasien 120 kkal/bb/hari)	
14 Maret 2012	07.30-14.00	□ Memonitor TTV (suhu, nadi) Hasil: Suhu = 37,1°C, Nadi = 130 x/mnt, P=44x/mnt □ Mengkaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Hasil : Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea (+), lendir banyak, pernapasan	

		cuping hidung (-). □ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi □ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Hasil: Klien diposisikan tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka □ Mengajarkan orang tua untuk memberi posisi nyaman, posisi miring untuk mencegah aspirasi Hasil : Jika klien batuk ibu diajarkan untuk mengangkat anaknya dan diposisikan miring, Ibu memahami dan memperagakan. □ Memberikan O2 jika pasien terlihat sesak Hasil : O2 di stop □ Memonitor intake dan output Balance cairan 24 jam Input : Susu : 800 ml <u>IVFD : 0 ml +</u> 800 ml Out put : Urin : 710 ml <u>IWL : 181 ml +</u> 891 ml Balance cairan - 91 ml	
--	--	--	--

		□ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Hasil : mukosa membran mulut kering, turgor kulit elastis □ Memberi cairan sesuai dengan program Hasil : susu per NGT diberikan sebanyak 90 cc/kali pemberian. 8 kali pemberian dalam 24 jam. □ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama Hasil : BB = 6,1kg □ Mengingatkan orang tua tentang peran dan pentingnya nutrisi pada pemulihan jaringan pasca operasi trakeostomi Hasil : orang tua memahami tentang pentingnya nutrisi untuk anaknya □ Memantau berat badan pasien Hasil : berat badan pasien = 6,1 kg □ Mengkaji kemampuan pasien untuk menelan tanpa batuk atau aspirasi Hasil : pasien mampu menelan □ Mengevaluasi konsistensi makanan yang dapat ditoleransi pasien tanpa aspirasi Hasil : pasien mendapatkan susu formula □ Mempertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien	
--	--	--	--

		Hasil : bagian leher dan kepala pasien diganjal menjadi posisi semi fowler □ Melakukan inspeksi area peristoma dan sekresi trakeal terhadap makanan bila diberikan makanan peroral Hasil : daerah peristoma masih bersih, makanan tidak keluar dari trakeostomi □ Memberikan nutrisi melalui selang dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui selang Hasil : pasien mendapat susu formula dari RS sebanyak 8 x 90 ml dalam 24 jam melalui NGT (Kebutuhan kalori pasien 120 kkal/bb/hari)	
15 Maret 2012	7.00-14.00	□ Memonitor TTV (suhu, nadi) Hasil:Suhu=37,8°C, Nadi= 128 x/mnt, P=41x/mnt □ Mengkaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Hasil : Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea (+), lendir banyak, pernapasan cuping hidung (-), P : 41 x/mnt □ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi □ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap	

		terbuka Hasil : Klien diposisikan tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka □ Memberikan O2 jika pasien terlihat sesak Hasil : O2 masih diberikan 2 liter/menit □ Memonitor intake dan output Balance cairan 24 jam Input : Susu : 960 ml <u>IVFD : 24 ml +</u> 984 ml Out put : Urin : 735 ml Muntah : 80 cc <u>IWL : 181 ml +</u> 996 ml Balance cairan - 12 cc □ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Hasil : mukosa membran kering, turgor kulit elastis □ Memberi cairan sesuai dengan program Hasil : susu per NGT diberikan sebanyak 120 cc/kali pemberian. 8 kali pemberian dalam 24 jam. □ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama	
--	--	--	--

		Hasil : BB = 6,1kg □ Memantau berat badan pasien Hasil : berat badan pasien = 6,1 kg □ Mengkaji kemampuan pasien untuk menelan tanpa batuk atau aspirasi Hasil : pasien mampu menelan □ Mengevaluasi konsistensi makanan yang dapat ditoleransi pasien tanpa aspirasi Hasil : pasien mendapatkan susu formula □ Mempertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien Hasil : bagian leher dan kepala pasien diganjal menjadi posisi semi fowler □ Melakukan inspeksi area peristoma dan sekresi trakeal terhadap makanan bila diberikan makanan peroral Hasil : daerah peristoma masih bersih, makanan tidak keluar dari trakeostomi □ Memberikan nutrisi melalui selang dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui selang Hasil : pasien mendapat susu formula dari RS sebanyak 8 x 120 ml dalam 24 jam melalui NGT (Kebutuhan kalori pasien 120 kkal/bb/hari)	
--	--	--	--

16 Maret 2012	14.00- 20.30	□ Memonitor TTV (suhu, nadi) Hasil: Suhu=36,7°C, Nadi = 110x/mnt, P= 40 x/mnt □ Mengkaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Hasil : Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea (+), lendir banyak, pernapasan cuping hidung (-) □ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi □ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Hasil : Klien diposisikan tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka □ Memberikan O2 jika pasien terlihat sesak □ Memonitor intake dan output Balance cairan 24 jam Input : Susu : 890 ml <u>IVFD : 24 ml +</u> 914 ml Output : Urin : 710 ml Muntah : 50 ml <u>IWL : 174 ml +</u>	Tanggal 16/3/2012 S : Ibu mengatakan setelah anaknya diberi susu 120 ml setiap kali pemberian, anaknya selalu muntah dan keluar susu nya dari trakeostomi O : Pasien muntah setelah diberi minum susu A : Masalah terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan
------------------	-----------------	---	---

		934 ml Balance cairan - 20 ml □ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Hasil : mukosa membran mulut kering, turgor kulit elastis □ Memberi cairan sesuai dengan program Hasil : susu per NGT diberikan sebanyak 90 cc/kali pemberian. 8 kali pemberian dalam 24 jam. (jumlah susu diturunkan dari 120 cc → 90 cc karena muntah). □ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama Hasil : BB = 5,9 kg Nb : long line di aff tgl 19/03/2012, pk 9.00 □ Memantau berat badan pasien Hasil : berat badan pasien = 5,84 kg □ Mengkaji kemampuan pasien untuk menelan tanpa batuk atau aspirasi Hasil : pasien mampu menelan □ Mengevaluasi konsistensi makanan yang dapat ditolerasi pasien tanpa aspirasi Hasil : pasien mendapatkan susu formula □ Mempertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien Hasil : bagian leher dan kepala pasien diganjal	
--	--	---	--

		menjadi posisi semi fowler □ Melakukan inspeksi area peristoma dan sekresi trakeal terhadap makanan bila diberikan makanan peroral Hasil : daerah peristoma masih bersih, makanan tidak keluar dari trakeostomi □ Memberikan nutrisi melalui selang dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui selang Hasil : pasien mendapat susu formula dari RS sebanyak 8 x 120 ml dalam 24 jam melalui NGT (Kebutuhan kalori pasien 120 kkal/bb/hari)	
19 Maret 2012	07.30-14.00	□ Memonitor TTV (suhu, nadi, pernapasan) Hasil:Suhu= 37,1°C, Nadi= 130x/mnt, P : 38 x/mnt □ Mengkaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Hasil : Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea (+), lendir banyak, pernapasan cuping hidung (-). □ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi □ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Hasil : Klien diposisikan tidur menggunakan	<u>Tanggal 19 Maret 2012</u> S : Ibu mengatakan anaknya suka muntah setelah dikasih minum susu sebanyak 120 cc O : Pasien mendapat susu formula 8 x 120 ml/ NGT diturunkan jumlahnya menjadi 8 x 90 ml. BB turun dari 6,1 kg menjadi 5,84 kg, perawakan pasien sedang A : Masalah terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan untuk mencegah terjadinya penurunan BB lagi dan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi

		bantalan di bahu agar jalan nafas tetap terbuka □ Memberikan O2 jika pasien terlihat sesak □ Memonitor intake dan output Balance cairan 24 jam Input : Susu : 840 ml <u>IVFD : 24 ml +</u> 864 ml Out put : Urin : 500 ml Muntah : 200 ml <u>IWL : 181 ml +</u> 881ml Balance cairan - 17 ml □ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Hasil : mukosa membran mulut kering, turgor kulit elastis □ Memberi cairan sesuai dengan program Hasil : susu per NGT diberikan sebanyak 120 cc/kali pemberian. 8 kali pemberian dalam 24 jam. □ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama Hasil : BB = 5,84 kg □ Memantau berat badan pasien	
--	--	--	--

		Hasil : berat badan pasien = 5,9 kg □ Mengkaji kemampuan pasien untuk menelan tanpa batuk atau aspirasi Hasil : pasien mampu menelan □ Mengevaluasi konsistensi makanan yang dapat ditoleransi pasien tanpa aspirasi Hasil : pasien mendapatkan susu formula □ Mempertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien Hasil : bagian leher dan kepala pasien diganjal menjadi posisi semi fowler □ Melakukan inspeksi area peristoma dan sekresi trakeal terhadap makanan bila diberikan makanan peroral Hasil : daerah peristoma masih bersih, makanan tidak keluar dari trakeostomi □ Memberikan nutrisi melalui selang dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui selang Hasil : : susu per NGT diberikan sebanyak 90 cc dengan 8 kali pemberian dalam 24 jam. (jumlah susu diturunkan dari 120 cc → 90 cc karena muntah). (Kebutuhan kalori pasien 120 kkal/bb/hari)	
20 Maret 2012	14.00-20.30	□ Memonitor TTV (suhu, nadi) Hasil: P : 38 x/mnt Suhu= 36,7°C, Nadi= 128 x/mnt	

		□ Mengkaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Hasil : Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea (+), lendir banyak, pernapasan cuping hidung (-) □ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi □ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Hasil : Klien diposisikan tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka □ Memberikan O2 jika pasien terlihat sesak □ Memonitor intake dan output Balance cairan 12 jam Input : Susu : 720 ml <u>IVFD : 0 ml +</u> 720 ml Output : Urin : 600 ml Muntah : 50 ml <u>IWL : 176 ml +</u> 826 ml Balance cairan - 106 ml	
--	--	--	--

		□ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Hasil : mukosa membran mulut kering, turgor kulit elastis □ Memberi cairan sesuai dengan program Hasil : susu per NGT diberikan sebanyak 90 cc/kali pemberian. 8 kali pemberian dalam 24 jam. □ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama Hasil : BB = 6,1kg □ Memantau berat badan pasien Hasil : berat badan pasien = 6,1 kg □ Mengkaji kemampuan pasien untuk menelan tanpa batuk atau aspirasi Hasil : pasien mampu menelan □ Mengevaluasi konsistensi makanan yang dapat ditoleransi pasien tanpa aspirasi Hasil : pasien mendapatkan susu formula □ Mempertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien Hasil : bagian leher dan kepala pasien diganjal menjadi posisi semi fowler □ Melakukan inspeksi area peristoma dan sekresi trakeal terhadap makanan bila diberikan makanan peroral	
--	--	---	--

		Hasil : daerah peristoma masih bersih, makanan tidak keluar dari trakeostomi □ Memberikan nutrisi melalui selang dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui selang Hasil : pasien mendapat susu formula dari RS sebanyak 8 x 90 ml dalam 24 jam melalui NGT (Kebutuhan kalori pasien 120 kkal/bb/hari)	
21 Maret 2012	14.00-20.30	□ Mengkaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Hasil : Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea (+), lendir banyak, pernapasan cuping hidung (-), P : 36 x/mnt □ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi □ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Hasil : Klien diposisikan tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka	<u>Tanggal 21 Maret 2012</u> S : Ibu mengatakan anaknya sudah tidak muntah lagi. O : Pasien dapat toleran terhadap susu yang diberikan. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi. BB : 6,1 kg. A : Masalah teratasi P : Rencana tindakan dihentikan

KONSERVASI INTEGRITAS STRUKTURAL			
TANGGAL	WAKTU	INTERVENSI KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN
13 Maret 2012	14.00-20.30	☐ Mengajarkan orang tua untuk memberi posisi nyaman, posisi miring untuk mencegah aspirasi Hasil : Jika klien batuk ibu diajarkan untuk mengangkat anaknya dan diposisikan miring, Ibu memahami dan mempragakan. ☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi (dilakukan oleh fisioterapis) Hasil : terapi nebulasi diberikan 4 x hari (NaCl 3 cc dan berotec 10 tetes) ☐ Melakukan fisioterapi dada Hasil : slem masih banyak ☐ Mengajarkan pada ibu tentang melakukan suction pada anaknya Hasil : Ibu memahami dan mencoba mempraktekan sendiri. ☐ Melakukan pengisapan lendir berkala Hasil : Pengisapan dilakukan oleh ibu sambil diobservasi. Pengisapan dilakukan dari lubang trakeostomi dan mulut. Sekret putih, kental dan banyak ☐ Melakukan Kolaborasi : pemberian obat	<u>Tanggal 13 Maret 2012</u> S : Ibu mengatakan sedih melihat keadaan anaknya. Ibu kuatir tidak dapat merawat anaknya O : Ibu tampak cemas dengan keadaan anaknya, terpasang trakeostomi, sekret banyak, anak tampak gelisah, jitternes sering muncul disertai dengan kejang. Sianosis (-), oksigen diberikan sebanyak 2 lpm karena anak kejang. A : Masalah terjadi P : tindakan keperawatan dilanjutkan

		❑ Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan prosedur ❑ Memonitor dan melaporkan adanya tanda-tanda infeksi, misalnya demam, penurunan RR (<i>Respiratory Rate</i>), dahak kental, peningkatan jumlah sel darah merah ❑ Menjaga pemaparan trakheostomy terhadap benda asing ❑ Menggunakan teknik steril dalam melakukan perawatan trakheostomi dan suctioning	
14 Maret 2012	07.30-14.00	❑ Mengajarkan orang tua untuk memberi posisi nyaman, posisi miring untuk mencegah aspirasi Hasil : Jika klien batuk ibu diajarkan untuk mengangkat anaknya dan diposisikan miring, Ibu memahami dan mempragakan. ❑ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Hasil : terapi nebulasi diberikan 4 x hari (NaCl 3 cc dan berotec 10 tetes) pada lubang trakeostomi. ❑ Melakukan fisioterapi dada Hasil : slem banyak di lubang trakeostomi ❑ Melakukan evaluasi pada ibu tentang cara melakukan suction pada anaknya Hasil : Ibu mempraktekan sendiri dan masih ada beberapa prinsip suction yang tidak dilakukan ibu. ❑ Melakukan pengisapan lendir berkala Hasil : Pengisapan dilakukan oleh ibu sambil	Evaluasi tgl 14 Maret 2012 S : - O : Tidak ada tanda-tanda infeksi A : Masalah tidak terjadi P : Rencana tindakan dilanjutkan dengan memonitor tanda-tanda infeksi Evaluasi

		diobservasi. Pengisapan dilakukan dari lubang trakeostomi dan mulut. Sekret putih, kental dan banyak. ☐ Melakukan Kolaborasi : pemberian obat ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan prosedur ☐ Memonitor dan melaporkan adanya tanda-tanda infeksi, misalnya demam, penurunan RR (<i>Respiratory Rate</i>), dahak kental, peningkatan jumlah sel darah merah ☐ Menjaga pemaparan trakheostomy terhadap benda asing ☐ Menggunakan teknik steril dalam melakukan perawatan trakheostomi dan suctioning	
15 Maret 2012	7.30-14.00	☐ Mengingatkan orang tua untuk memberi posisi nyaman, posisi miring untuk mencegah aspirasi Hasil : Jika klien batuk ibu diajarkan untuk mengangkat anaknya dan diposisikan miring, Ibu memahami dan memperagakan. ☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi (dilakukan oleh fisioterapis) Hasil : terapi nebulasi diberikan 4 x hari (NaCl 3 cc dan berotec 10 tetes) ☐ Melakukan fisioterapi dada Hasil : slem banyak di lubang trakeostomi ☐ Melakukan fisioterapi dada	

		Hasil : slem masih banyak di lubang trakeostomi ☐ Mengajarkan pada ibu tentang melakukan suction pada anaknya Hasil : Ibu memahami dan mencoba mempraktekan sendiri. ☐ Melakukan pengisapan lendir berkala Hasil : Pengisapan dilakukan oleh ibu sambil diobservasi. Pengisapan dilakukan dari lubang trakeostomi dan mulut. Sekret putih, kental dan banyak ☐ Melakukan Kolaborasi : • Pemberian obat	
16 Maret 2012	14.00-20.30	☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Hasil : terapi nebulasi diberikan 4 x hari (NaCl 3 cc dan berotec 10 tetes) ☐ Melakukan fisioterapi dada Hasil : slem berkurang ☐ Melakukan pengisapan lendir berkala Hasil : Pengisapan dilakukan oleh ibu sambil diobservasi. Pengisapan dilakukan dari lubang trakeostomi dan mulut. Sekret putih, kental dan banyak ☐ Melakukan Kolaborasi : • Pemberian obat	

19 Maret 2012	07.30- 14.00	☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Hasil : terapi nebulasi diberikan 4 x hari (NaCl 3 cc dan berotec 10 tetes) ☐ Melakukan fisioterapi dada Hasil : slem berkurang di lubang trakeostomi ☐ Mengajarkan pada ibu tentang melakukan suction pada anaknya ☐ Melakukan pengisapan lendir berkala Hasil : Pengisapan dilakukan oleh ibu sambil diobservasi. Pengisapan dilakukan dari lubang trakeostomi dan mulut. Sekret putih, kental dan banyak ☐ Melakukan Kolaborasi : Pemberian obat	tgl 19 Maret 2012 S : - O : Pada saat perawatan trakeostomi, terdapat pus warna hijau A : Masalah infeksi terjadi P : Rencana tindakan dilanjutkan dengan melaporkan kepada dokter Dokter THT menyarankan untuk perawatan peristoma trakeostomi dengan menggunakan betadin cair.
20 Maret 2012	14.00- 20.30	☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Hasil : terapi nebulasi diberikan 4 x hari (NaCl 3 cc dan berotec 10 tetes) ☐ Melakukan fisioterapi dada Hasil : slem berkurang di lubang trakeostomi ☐ Mengajarkan pada ibu tentang melakukan suction pada anaknya Hasil : Ibu memahami dan mencoba mempraktekan sendiri. ☐ Melakukan pengisapan lendir berkala	

		Hasil : Pengisapan dilakukan oleh ibu sambil diobservasi. Pengisapan dilakukan dari lubang trakeostomi dan mulut. Sekret putih, kental dan banyak ☐ Melakukan Kolaborasi : • Pemberian obat	
21 Maret 2012	14.00-20.30	☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Hasil : terapi nebulasi diberikan 4 x hari (NaCl 3 cc dan berotec 10 tetes) ☐ Mengajarkan pada ibu tentang melakukan suction pada anaknya Hasil : Ibu memahami dan mencoba mempraktekan sendiri. ☐ Melakukan pengisapan lendir berkala Hasil : Pengisapan dilakukan oleh ibu sambil diobservasi. Pengisapan dilakukan dari lubang trakeostomi dan mulut. Sekret putih, kental dan banyak ☐ Melakukan Kolaborasi : • Pemberian obat Pasien pulang jam 12.00	<u>Tanggal 21 Maret 2012</u> S : Ibu mengatakan lendir anaknya masih banyak O : Produksi sekret masih banyak A : Masalah belum teratasi P : Menganjurkan ibu untuk melakukan suction pada anaknya jika dirumah.

KONSERVASI INTEGRITAS PERSONAL			
TANGGAL	WAKTU	INTERVENSI KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN
13 Maret 2012	15.00	☐ Mengkaji tingkat pengetahuan ibu tentang penggunaan suction pada anaknya ☐ Mengajarkan ibu tentang cara melakukan suction dengan menggunakan alat yang tersedia di rumah sakit ☐ Mengajarkan ibu tentang perawatan peristoma trakeostomi ☐ Melakukan evaluasi pelaksanaan suction dan perawatan peristoma yang dilakukan oleh ibu pada anaknya	Evaluasi tanggal 13 Maret 2012 S : Ibu mengatakan belum mengerti cara melakukan suction pada anak nya O : Ibu tampak bingung, takut dan cemas karena tidak dapat merawat anaknya dengan trakeostomi A : Masalah terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan
14 Maret 2012	08.30	☐ Mengkaji tingkat pengetahuan ibu tentang penggunaan suction pada anaknya ☐ Mengajarkan ibu tentang cara melakukan suction pada anaknya dengan menggunakan alat suction baru ☐ Mengajarkan ibu tentang perawatan peristoma trakeostomi ☐ Melakukan evaluasi pelaksanaan suction dan perawatan peristoma yang dilakukan oleh ibu pada anakny	Evaluasi tanggal 15 Maret 2012 S : Ibu mengatakan dia dapat melakukan suction sendiri dengan alat yang ada di RS O : Ibu dapat melakukan suction sendiri tapi kadang tidak menggunakan prinsip steril Ibu masih takut melakukan perawatan trakeostomi sendiri. A ; Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan rencana tindakan dengan melakukan observasi pada saat ibu melakukan suction
20 Maret 2012	14.00	Pada tanggal 20 Maret, ibu mendapatkan alat suction baru yang merupakan sumbangan dari bagian infeksi yang diusahakan oleh dokter Satria (dokter residency).	Evaluasi tanggal 21 Maret 2012 S : Ibu mengatakan sudah bisa menggunakan alat suction yang baru dan melakukan perawatan

		Kemudian residen melakukan setting peralatan suction yang baru dan mengajarkan ibu menggunakan alat suction yang baru yang akan dibawa pulang kerumah. Residen juga menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan trakeostomi sendiri di RS sehingga residen dapat melakukan observasi pada saat ibu melakukan pada anaknya.	trakeostomi sendiri. O : Ibu dapat melakukan suction dan perawatan trakeostomi sendiri A : Masalah teratasi P : Rencana tindakan dihentikan
--	--	---	---



**LAPORAN KASUS KELOLAAN
APLIKASI TEORI MYRA E. LEVINE
PADA ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN ANAK D
DENGAN PNEUMONIA KOMUNITI DI RUANG PERAWATAN
INFEKSI RSUPN CIPTO MANGUN KUSUMO
JAKARTA**

4 – 9 April 2012

OLEH:

Susi Hartati

0906505041

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

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK
DALAM KONTEKS KELUARGA DENGAN MENGGUNAKAN
PENDEKATAN MODEL MYRA E. LEVINE**

DATA DASAR

Tanggal Pengkajian / jam : 4 April 2012
Nomor Register : 367-22-26
Ruangan : Infeksi RSCM
Dx. Medis : Pneumonia komuniti

DATA BIOGRAFI

1. Identitas Klien

Nama Klien : An, Dede Feriansyah
Nama Panggilan : Dede
Jenis kelamin : Laki-laki
Tempat tgl. Lahir (umur) : Jakarta, 3/02/2012

2. Identitas Orang tua / Wali :

	Ibu	Ayah
Nama	Anita	Deni Yasid
Usia	37 th	40 thn
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	POS ruang Bch	Satpam bank BNI
Agama	Islam	Islam
Alamat rumah	Jl. Palmeriam Rt 012/07 Matraman Jakarta Timur	

Keluhan utama :

Sesak yang semakin berat sejak 9 jam sebelum masuk RS

Riwayat sakit sekarang :

3 hari sebelum masuk RS, pasien batuk-batuk, nafas grok-grok, dahak (+), pilek (+) pada pagi, siang dan malam hari. Demam (-), sesak (-), muntah (-). Pasien masih mau minum susu. BAB dan BAK tidak ada keluhan.

9 jam sebelum masuk RS, pasien batuk-batuk, nafas bunyi grok-grok, pilek (+), sesak (+), demam (-), pasien tampak lemah. Pasien dibawa ke poli tumbuh kembang, saat di poli, pasien tampak sesak, pucat, lemah, merintih sehingga dipasang O2 1 lpm nasal kanula. Pasien rencana dirawat namun karena penuh pasien sementara di IGD RSCM. Pasien hendak dirujuk ke RS Budi Asih, namun keluarga menolak karena tidak ada biaya.

Riwayat perawatan 6 minggu di perina RSCM setelah lahir karena NKB, SMK. Riwayat sepsis, kolestasis ec sepsis, infeksi jamur sistemik. Selama perawatan di perina mendapat CPAP 5 hari dan light terapi 5 hari. riwayat kontak TB (-).

Riwayat kelahiran : pasien anak kedua dari dua bersaudara. Lahir dengan operasi SC di RSCM. Usia gestasi 33 minggu, BBL : 2150 gram, PBL : 39 cm, A/S 6/8 dan kuning.

Riwayat imunisasi : polio 1x, hepatitis B 1x.

A. KONSERVASI ENERGI:

Status Konservasi Energi :

1. Tanda-tanda vital :
Suhu 37 °C, Nadi 130 x/mnt, Pernapasan 60 x/mnt
2. BB anak : 3 kg PB : 49,5 cm
3. Pola pemenuhan nutrisi dan cairan :
Pasien mendapat ASI dan susu formula. Ibu tidak memberikan ASI eksklusif karena ibu bekerja.
4. Pola istirahat/ tidur :
Pasien lebih banyak tidur
5. Pola aktifitas / Latihan / OR /Pola bermain
Pasien terlihat lebih banyak tidur
6. Pola koping :
Belum dapat dikaji

B. KONSERVASI INTEGRITAS STRUKTUR :

Status Konservasi Integritas Struktur :

1.	Sistem pernafasan Pernapasan reguler, sesak (+), FP : 60 x/menit, FN : 130 x/menit, retraksi suprasternal (+), slem (+). NCH (-) Bunyi nafas vesikuler, rhonki +/+, wheezing -/-, slem +/+
2.	Sistem pencernaan Tidak ada masalah. BAB warna kuning, konsistensi lunak. Abdomen datar lemas, bising usus (+) normal, turgor cukup.
3.	Sistem kardiovaskuler BJ I dan II normal, murmur (-), galop (-)
4.	Sistem hematologi/immunologi Tidak ada masalah
5.	Sistem perkemihan Tidak ada masalah
6.	Sistem persyarafan Tidak ada masalah
7.	Sistem endokrin :

	Tidak ada masalah
8.	Sistem integumen Tidak ada masalah
9.	Sistem muskuloskeletal Tidak ada masalah
10.	Sistem Neuromuscular Tidak ada masalah

C. KONSERVASI INTEGRITAS PERSONAL :

Status Integritas Personal :

1. Bagaimana pandangan anak tentang kondisinya saat ini
Tidak dapat dikaji
2. Apakah anak merasa takut masuk rumah sakit
Pasien belum mengerti
3. Apa yang diinginkan anak saat ini
Tidak dapat dikaji
4. Ekspresi wajah anak
Belum dapat dikaji
5. Suasana hati / mood anak
Belum dapat dikaji
6. Bagaimana perilaku Anak
Belum dapat dikaji
7. Bagaimana kontak mata anak saat bicara
Belum dapat dikaji
8. Bagaimana perkembangan motorik kasar anak
Anak dapat miring kanan-kiri
9. Bagaimana perkembangan motorik halus anak
Anak dapat mengenggam

D. KONSERVASI INTEGRITAS SOSIAL :

Status Konservasi Integritas Sosial :

1. Bagaimana komunikasi anak dengan orang tua :
Orang tua selalu mengajak anak nya bicara
2. Bagaimana komunikasi anak dgn petugas kesehatan :
Belum dapat dikaji
3. Bagaimana kebiasaan bermain anak :
Belum dapat dikaji
4. Bagaimana hubungan anak dengan teman sebaya
Belum dapat dikaji
5. Bagaimana hubungan anak dengan petugas kesehatan :
Belum dapat dikaji
6. Bagaimana peran anak di lingkungan :
Belum dapat dikaji
7. Cerita yang disukai :
Belum dapat dikaji
8. Tokoh idola
Belum dapat dikaji

E. LINGKUNGAN

Status Lingkungan :

1. Lingkungan internal

Hasil pemeriksaan :

■ Rontgen :

Hasil foto thoraks tanggal 2/4/2012 :

- Jantung tidak melebar, aorta baik, mediastinum superior melebar (tymus)
- Trakea di tengah, kedua hilus tidak menebal
- Tampek infiltrat diatas lapang paru kiri perihiler
- Kedua hemidiafragma licin, kedia sinus kosto frenikus lancip
- Tulang dan jaringan lunak baik

Kesan : Infiltrat di lapang atas paru kiri dan perihiler DD/ Pneumonia

■ Hasil pemeriksaan lab darah/Urin/feses/sputum :

Hematologi	Nilai 02/04/2012	Nilai Normal
Hb	9,22	9,2 – 13,4 g/dl
Ht	25,9*	30 – 54 %
Trombosit	175.000	150.000 – 400.000
Leukosit	6120	5000 – 19.500
MCV	79,6*	81 – 125
MCH	28,4	25 - 37
MCHC	35,6*	26 – 34
N. Segmen	37*	52 - 76 %
N. Batang	6*	1-3
Limfosit	49*	20-40
Monosit	8	2-8
Eosinofil	0*	1 -3
Basofil	0	0 – 1
AGD		
PH	7,369	7,35 – 7,45
PCO2	39	35 – 45
PO2	82,6	75 -100
HCO3	22,7	21 – 25
total CO2	-	21 – 27
BE	- 1,7*	-2,5 - +2,5
O2 Sat	95,5	95 -98
Standar HCO3	22,7	22 -24
Standar BE	-	22 – 24
Elektrolit		
Na	145	132 – 147
K	4,61	3,3 – 5,4
Cl	103	94 – 111

Hasil mantoux test : 0 mm

2. Lingkungan eksternal

a. Lingkungan Perseptual

Penglihatan

■ Cahaya : +/+

Pendengaran

■ Suara bising : suara pengunjung dan *visite* dokter

Penciuman

■ Bau : Belum dapat dikaji

Perabaan

■ Gatal : Belum dapat dikaji

■ Nyeri : Pasien menangis saat diberi obat IV

■ Sentuhan : Baik, pasien merasakan sentuhan

- Perubahan suhu : Kadang ruangan panas karena orang diruangan dan AC mati
- Kelembaban : Cukup

Pengecapan :

- Obat minum : Belum dapat dikaji

b. Lingkungan Konseptual

- Bahasa : Belum dapat dikaji
- Kemampuan kognitif : Belum dapat dikaji
- Coping Anak : Belum dapat dikaji
- Sistem Nilai : Belum dapat dikaji
- Spiritual : Belum dapat dikaji
- Tradisi budaya : Belum dapat dikaji

c. Lingkungan Operasional

- Polusi : Pasien tidak tinggal di lingkungan yang berpolusi tinggi. Tetapi bapak pasien metokok 3 x/hari
- Tegangan listrik tinggi : Pasien tidak tinggal di daerah tegangan tinggi
- Tinggal dekat daerah endemik penyakit : Pasien tidak tinggal didaerah endemik

Penatalaksanaan :

- Diet susu formula : 8 x 30 ml/BGT
- O2 sebanyak 1 lpm nasal kanul
- IVFD : N5 + KCl (10) : 3 ml/jam
- Obat : Ampicilin 4 x 75 mg (IV)
Kloramfenikol 4 x 60 mg (IV)
- Nebulasi : ventolin ½ repsul + Nacl 0,9% 2 cc diberikan 3x/hari

PENGKAJIAN KEPERAWATAN dan TROPHICOGNOSIS

DATA FOKUS

Nama klien : Bayi Dede Feriansyah
 Usia : 2 bulan 2 hari
 Dx medis : Pnemonia komuniti
 Tgl masuk ruang rawat : 04 April 2012
 Tgl Pengkajian : 04 April 2012

KONSERVASI	DATA SUBYEKTIF	DATA OBJEKTIF
1. Energi	Ibu pasien mengatakan anaknya masih mendapat ASI tapi dibantu dengan susu formula karena ibu bekerja	• Pasien mendapat ASI yang diperas dan susu formula dari RS • Pasien kadang minum susu dengan botol dan NGT • BB pasien saat pengkajian : 3 kg, PB : 49,5 cm • Terpasang IVFD : N5 + KCl (10 meq) sebanyak 3 ml/jam
2. Integritas Struktur	• Ibu pasien mengatakan anaknya sesak • Ibu tampak cemas dengan keadaan anaknya	• Produksi sekret banyak • Ibu tampak cemas dengan keadaan anaknya • Pernapasan reguler, sesak (+), FP : 50 x/menit, retraksi (+), slem banyak, batuk sering dan agak lama • Terpasang O2 sebanyak 1 lpm/nasal kanula
3. Integritas Personal	--	--
4. Integritas Sosial	-	Keluarga dan teman orang tua pasien banyak yang menjenguk pasien-

TROPHICOGNOSIS

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif
2. Risiko aspirasi
3. Risiko kekurangan volume cairan
4. Risiko tinggi terhadap perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh

HIPOTESIS

DATA FOKUS

Nama klien : Bayi D
 Usia : 2 bulan 2 hari
 Dx medis : Pnemonia komuniti
 Tgl masuk ruang rawat : 04 April 2012
 Tgl Pengkajian : 04 April 2012

TROPHICOGNOSIS	HIPOTESIS
Bersihkan jalan nafas tidak efektif <u>Tujuan :</u> Bersihkan jalan nafas kembali efektif <u>Kriteria hasil :</u> ☐ Orang tua mengatakan anaknya tidak sesak ☐ Suara nafas bersih ☐ Jalan nafas bersih ☐ Sianosis (-) ☐ Dispnea (-) ☐ RR dalam batas normal 1-12 bulan : 30-40 x/menit	☐ Kaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung ☐ Auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi ☐ Beri posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka ☐ Ajarkan orang tua untuk memberi posisi nyaman, posisi miring untuk mencegah aspirasi. ☐ Berikan nebulasi sesuai dengan terapi ☐ Ajarkan ibu cara melakukan suction pada anaknya. ☐ Lakukan pengisapan lender secara berkala ☐ Kolaborasi : Pemberian obat dan pemeriksaan laboratorium ☐ Berikan O2 jika anak terlihat sesak ☐ Cek residu sebelum pemberian makan dan minum lewat NGT ☐ Monitor tanda aspirasi selama proses pemberian makan dan minum (batuk, tersedak, saliva) ☐ Monitor tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks menelan dan
Risiko aspirasi <u>Tujuan :</u> Tidak terjadi aspirasi <u>Kriteria hasil :</u>	

☐ Bertoleransi terhadap intake oral dan sekresi tanpa aspirasi jalan nafas ☐ Terjadi peningkatan efleks menelan	
Risiko kekurangan volume cairan <u>Tujuan :</u> Keseimbangan cairan tetap adekuat <u>Kriteria hasil :</u> ☐ TTV dalam batas normal (suhu) ☐ Intake dan output seimbang ☐ Tidak ada tanda-tanda dehidrasi ☐ Berat badan meningkat	- kemampuan menelan ☐ Monitor status paru ☐ Berikan oksigenasi ☐ Ajarkan pada keluarga cara memberikan makan dan minum ☐ Monitor intake dan output ☐ Monitor TTV (suhu) ☐ Kaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) ☐ Beri cairan sesuai dengan program ☐ Timbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama ☐ Kolaborasi pemasangan NGT ☐ Kaji pola makan klien dan kebiasaan makan klien dan makanan kesukaannya ☐ Anjurkan pada keluarga untuk meningkatkan intake nutrisi dan cairan
Resiko tinggi terhadap perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh <u>Tujuan:</u> Kebutuhan nutrisi pasien tetap terpenuhi <u>Kriteria hasil:</u> ☐ Klien dapat mempertahankan berat badan atau penurunan BB tidak lebih dari 1 kg. ☐ Klien mengkonsumsi jumlah cairan dan nutrisi adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme basal pada periode pasca operasi. ☐ Masukan nutrisi dan cairan adekuat tanpa aspirasi atau tersedak sebelum pulang	☐ Kolaborasi dengan ahli gizi tentang kebutuhan kalori dan tipe makanan yang dibutuhkan ☐ Monitor intake nutrisi dan kalori ☐ Kaji kebutuhan untuk pemasangan NGT ☐ Pertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien ☐ Berikan nutrisi melalui NGT dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT ☐ Monitor penurunan dan peningkatan BB

INTERVENSI dan EVALUASI KEPERAWATAN

DATA FOKUS

Nama klien : Bayi D
 Usia : 2 bulan 2 hari
 Dx medis : Pnemonia komuniti
 Tgl masuk ruang rawat : 04 April 2012
 Tanggal Pengkajian : 04 April 2012

KONSERVASI ENERGI			
TANGGAL	WAKTU	INTERVENSI KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN
04 April 2012	20.00 – 08.00	<u>Konservasi Energi</u> □ Memonitor TTV (suhu, nadi) Hasil : Suhu = 36,5 °C, Nadi = 130 x/mnt □ Mengkaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Hasil : Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea (+), retraksi suprasternal (+), lendir (+), pernapasan cuping hidung (-), P : 60 x/mnt □ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi Hasil : ronchi +/-, wheezing -/-	<u>Tanggal 04 April 2012</u> S : Ibu mengatakan anaknya sesak, batuk, susah minum susu. Anaknya masih diberi ASI dicampur dengan susu formula O : Sesak (+), batuk (+), demam (-), retraksi (+), nafas cuping hidung (-). FP : 60x/mnt Pasien mendapat susu formula 8 x 75 ml diberikan lewat NGT, BB : 3 kg, perawatan pasien sedang A : Masalah terjadi P : Rencana tindakan dilanjutkan .

		□ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Hasil : Klien diposisikan tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka □ Mengajarkan orang tua untuk memberi posisi nyaman, posisi miring untuk mencegah aspirasi Hasil : Jika klien batuk ibu diajarkan untuk mengangkat anaknya dan diposisikan miring, Ibu memahami dan memperagakan. □ Memberikan O2 sesuai instruksi dokter Hasil : O2 diberikan sebanyak 1 liter/menit /nasal kanula □ Memonitor intake dan output Balance cairan pk 13.00 – 06.00 <u>Intake</u> Susu : 290 cc IVFD : 48 cc + 338 cc <u>Output</u> Urine : 285 cc Feses : 30 cc Muntah : 20 cc IWL : 120 cc + 455 cc Balance : - 117 cc □ Mengkaji pola makan klien dan kebiasaan makan klien dan makanan kesukaannya	
--	--	---	--

		Hasil : pasien mendapat ASI dan susu formula. □ Menganjurkan pada keluarga untuk meningkatkan intake nutrisi dan cairan Hasil : ibu memahami □ Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang kebutuhan kalori dan tipe makanan yang dibutuhkan Hasil : BB saat masuk 3 kg, PB 49,5 cm. □ Memonitor intake nutrisi dan kalori Hasil : ibu memberikan susu peroral □ Mengkaji kebutuhan untuk pemasangan NGT Hasil : pasien sudah terpasang NGT □ Mempertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien Hasil : pasien dalam posisi semi fowler □ Memberikan nutrisi melalui NGT dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT Hasil : susu formula diberikan 8 x 75 ml/24jam □ Memonitor penurunan dan peningkatan BB Hasil : 3 kg	
05 April 2012	20.00 – 08.00	□ Memonitor TTV (suhu, nadi) Hasil : Suhu = 36,3 °C, Nadi = 132 x/mnt □ Memberikan O2 sesuai instruksi dokter Hasil : O2 diberikan sebanyak 1 liter/menit /nasal kanula	

		□ Mengkaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Hasil : Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea (+), retraksi suprasternal (+), lendir (+), pernapasan cuping hidung (-), P : 55 x/mnt □ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi Hasil : ronchi +/+, wheezing -/- □ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Hasil : Klien diposisikan tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka □ Mengajarkan orang tua untuk memberi posisi nyaman, posisi miring untuk mencegah aspirasi Hasil : Jika klien batuk ibu diajarkan untuk mengangkat anaknya dan diposisikan miring, Ibu memahami dan memperagakan. □ Memonitor intake dan output Balance cairan 24 jam <u>Intake</u> Susu : 374 cc IVFD : $72 \text{ cc} + (\text{N5} + \text{KCl } 10 \text{ meq})$ 446 cc <u>Output</u> Urine : 170 cc Feses : 40 cc Muntah : 20 cc	
--	--	---	--

		<u>IWL : 122 cc +</u> 352 cc Balance : + 94 cc □ Mengkaji pola makan klien dan kebiasaan makan klien dan makanan kesukaannya Hasil : pasien mendapat ASI dan susu formula. □ Menganjurkan pada keluarga untuk meningkatkan intake nutrisi dan cairan Hasil : ibu memahami □ Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang kebutuhan kalori dan tipe makanan yang dibutuhkan Hasil : Hasil konsultasi dengan ahli gizi didapatkan pasien dalam kondisi status gizi baik. BB : 3055 gram, PB : 49,5 cm. □ Memonitor intake nutrisi dan kalori Hasil : ibu memberikan susu peroral □ Mengkaji kebutuhan untuk pemasangan NGT Hasil : pasien sudah terpasang NGT □ Mempertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien Hasil : pasien dalam posisi semi fowler □ Memberikan nutrisi melalui NGT dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT Hasil : susu formula diberikan 8 x 75 ml/24jam. Setelah bayi diberi susu 75 ml/kali pemberian dan ibu mencoba memberi susu per oral, bayi terlihat agak sesak. Kemudian	
--	--	---	--

		□ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Hasil : Klien diposisikan tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka □ Mengajarkan orang tua untuk memberi posisi nyaman, posisi miring untuk mencegah aspirasi Hasil : Jika klien batuk ibu diajarkan untuk mengangkat anaknya dan diposisikan miring, Ibu memahami dan memperagakan. □ Memberikan O2 sesuai instruksi dokter Hasil : O2 diberikan sebanyak 1 liter/menit /nasal kanula □ Memonitor intake dan output Balance cairan 24 jam <u>Intake</u> Susu : 496 cc <u>IVFD : 72 cc +</u> 568 cc <u>Output</u> Urine : 365 cc Feses : 30 cc Muntah : - cc <u>IWL : 128 cc +</u> 523 cc Balance : + 45 cc □ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Hasil : mukosa membran lembab, turgor kulit elastis	
--	--	--	--

		□ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama Hasil : BB = 3,220 kg □ Mengkaji pola makan klien dan kebiasaan makan klien dan makanan kesukaannya Hasil : pasien mendapat ASI dan susu formula. □ Menganjurkan pada keluarga untuk meningkatkan intake nutrisi dan cairan Hasil : ibu memahami □ Memonitor intake nutrisi dan kalori Hasil : ibu memberikan ASI 30 cc dan susu formula 30 cc pada setiap kali pemberian. □ Mengkaji posisi NGT Hasil : NGT masih terpasang baik □ Mempertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien Hasil : pasien dalam posisi semi fowler □ Memberikan nutrisi melalui NGT dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT Hasil : susu formula diberikan 8 x 30 ml/24jam dan ASI 8 x 30 ml/24 jam. □ Memonitor penurunan dan peningkatan BB Hasil : 3220 gram	
		<u>Resume tanggal 8/4/2012 :</u> NGT masih dalam posisi baik. Pasien tidak muntah selama	

		pemberian susu lewat NGT. Ibu memberi ASI 8x30 ml/24 jam dan susu formula 8 x 30 cc/24 jam. BB : 3342 gram. <u>Resume 8/4/2012</u> Kesadaran CM, batuk dan sesak berkurang, muntah (-), Suhu : 36,3 °C, FP : 48 x/menit, FN : 126x/mnt, slem msh ada sedikit. BB = 3342 gram. Infus di tangan kanan di <i>aff</i> menjadi stopper di kaki kiri untuk obat injeksi Balance cairan 24 jam : Intake : Output : Balance : + 2 cc Susu : 558 cc Urin : 375 cc IVFD : - cc + Feses : 30 cc 540 cc Muntah: - <u>IWL : 133 cc +</u> 538 cc	
9/4/2012	7.00 – 14.00	☐ Memonitor TTV (suhu, nadi) Hasil : Suhu = 36,3 °C, Nadi = 130 x/mnt ☐ Mengkaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Hasil : Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea (+), retraksi suprasternal (+), lendir (+), pernapasan cuping hidung (-), P : 48 x/mnt ☐ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi Hasil : ronchi +/-, wheezing -/- ☐ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka	S : Ibu mengatakan anaknya mendapat ASI dan susu formula O : Tanda-tanda dehidrasi tidak ada Balance cairan positif tetapi tidak menunjukkan <i>overload</i>.. Infus di <i>aff</i> tanggal 8/4/2012. Pasien mendapat ASI dan susu formula per oral. NGT di <i>aff</i>. Balanca cairan (+) tetapi tidak menunjukkan <i>overload</i>. A : Masalah tidak terjadi P : Rencana tidakan dihentikan

		Hasil : Klien diposisikan tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka □ Mengajarkan orang tua untuk memberi posisi nyaman, posisi miring untuk mencegah aspirasi Hasil : Jika klien batuk ibu diajarkan untuk mengangkat anaknya dan diposisikan miring, Ibu memahami dan memperagakan. □ Melepas O2 sesuai instruksi dokter Hasil : O2 dilepas □ Memonitor intake dan output Balance cairan 7 jam <u>Intake</u> Susu : 120 cc <u>IVFD : - cc +</u> 120 cc <u>Output</u> Urine : 70 cc Feses : - cc Muntah : - cc <u>IWL : 39 cc/7 jam +</u> 109 cc Balance : + 11 cc □ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Hasil : mukosa membran lembab, turgor kulit elastis □ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama	
--	--	--	--

		Hasil : BB = 3,35 kg □ Mengkaji pola makan klien dan kebiasaan makan klien dan makanan kesukaannya Hasil : pasien mendapat ASI 8 x 30 cc/24 jam dan susu formula 8 x 30 cc/24 jam. □ Mengajukan pada keluarga untuk meningkatkan intake nutrisi dengan memberikan ASI selama ibu masih dirumah Hasil : ibu memahami □ Mengkaji kebutuhan untuk pelepasan NGT Hasil : NGT dicabut □ Memonitor intake nutrisi dan kalori Hasil : ibu memberikan susu peroral sedikit demi sedikit □ Mempertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien Hasil : pasien dalam posisi semi fowler □ Memonitor penurunan dan peningkatan BB Hasil : 3350 gram Pasien pulang jam 13.00	
--	--	---	--

KONSERVASI INTEGRITAS STRUKTURAL			
TANGGAL	WAKTU	INTERVENSI KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN
04 April 2012	20.00 – 08.00	□ Mengecek residu sebelum pemberian makan dan minum lewat NGT □ Mengajarkan ibu untuk melakukan pengecekan residu sebelum pemberian susu lewat NGT Hasil : ibu paham □ Memberi edukasi kepada ibu tentang tanda-tanda aspirasi selama proses pemberian makan dan minum (batuk, tersedak, saliva) Hasil : ibu memahami □ Memonitor tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks menelan dan kemampuan menelan Hasil : tingkat kesadaran CM, refleks batuk dan menelan (+) □ Mengajarkan pada keluarga cara memberikan minum per NGT Hasil : Ibu memahami dan mampu melakukan pemberian susu per NGT □ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Hasil : mukosa membran lembab, turgor kulit elastis □ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama Hasil : BB = 3 kg	Tanggal 04/04/2012 S : Ibu mengatakan anaknya sesak jika menyusui O : Pasien sesak, terpasang NGT, tanda-tanda dehidrasi (-) A : Masalah belum terjadi P : Lanjutkan intervensi

		☐ Melakukan kolaborasi untuk pemberian nebulasi Hasil : dokter jaga akan konsul ke konsulen ☐ Melakukan Kolaborasi : pemberian obat Hasil : obat diberikan Ampicilin 4 x 75 mg (IV) Kloramfenikol 4 x 60 mg (IV)	
05 April 2012	20.00 – 08.00	☐ Mengecek residu sebelum pemberian makan dan minum lewat NGT ☐ Mengingatkan ibu untuk melakukan pengecekan residu sebelum pemberian susu lewat NGT Hasil : ibu paham ☐ Mengingatkan kembali kepada ibu tentang tanda-tanda aspirasi selama proses pemberian makan dan minum (batuk, tersedak, saliva) Hasil : ibu memahami ☐ Memonitor tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks menelan dan kemampuan menelan Hasil : tingkat kesadaran CM, refleks batuk dan menelan (+) ☐ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Hasil : mukosa membran lembab, turgor kulit elastis ☐ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama Hasil : BB = 3055 gram ☐ Melakukan kolaborasi untuk pemberian nebulasi Hasil : nebulasi diberikan	

		☐ Melakukan Kolaborasi : pemberian obat Hasil : obat diberikan • Ampicilin 4 x 75 mg (IV) • Kloramfenikol 4 x 60 mg (IV) • Nebulasi : ventolin ½ repsul + Nacl 0,9% 2 cc diberikan 3x/hari. (Atas saran residen nebulasi baru mulai diberikan tgl 5 April jam 12 siang) ☐ Melakukan fisioterapi dada Hasil : sekret belum bisa keluar	
<u>Resume tanggal 6/4/2012 :</u> Kondisi pasien masih lemah, FP : 60 x/menit, slem +/-, terpasang O2 nasal kanula sebanyak 1 lpm, pasien mendapat nebulasi 3x/hari.			
7 April 2012	07.00 – 14.00	Konservasi Integritas Struktur ☐ Mengecek residu sebelum pemberian makan dan minum lewat NGT ☐ Mengingatkan ibu untuk melakukan pengecekan residu sebelum pemberian susu lewat NGT Hasil : ibu paham ☐ Mengingatkan kembali kepada ibu tentang tanda-tanda aspirasi selama proses pemberian makan dan minum (batuk, tersedak, saliva) Hasil : ibu memahami ☐ Memonitor tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks menelan dan kemampuan menelan Hasil : tingkat kesadaran CM, refleks batuk dan menelan (+) ☐ Melakukan Kolaborasi : pemberian obat Hasil : obat diberikan • Ampicilin 4 x 75 mg (IV) • Kloramfenikol 4 x 60 mg (IV)	

		• Nebulasi : ventolin ½ repsul + Nacl 0,9% 2 cc diberikan 3x/hari. □ Melakukan dan mengajarkan orang tua tentang fisioterapi dada Hasil : sekret encer keluar dari mulut dan hidung	
<u>Resume tanggal 8/4/2012 :</u> Kondisi pasien lemah, demam (-), muntah (-), sesak dan batuk berkurang, lendir berkurang, pernapasan reguler, FP : 50 x/menit, FN : 130 x/menit. O2 masih terpasang ½ lpm/nasal kanula. Masih masih mendapat terapi Ampicilin 4 x 75 mg (IV), Kloramfenikol 4 x 60 mg (IV) dan nebulasi : ventolin ½ repsul + Nacl 0,9% 2 cc diberikan 3x/hari.			
9/4/2012	7.00 – 14.00	□ Mengingat kembali kepada ibu tentang tanda-tanda aspirasi selama proses pemberian makan dan minum (batuk, tersedak, saliva) selama dirumah Hasil : ibu memahami □ Memonitor tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks menelan dan kemampuan menelan Hasil : tingkat kesadaran CM, refleks batuk dan menelan (+) □ Mengajarkan pada keluarga cara memberikan minum per oral Hasil : Ibu memahami □ Melakukan Kolaborasi : pemberian obat Hasil : obat diberikan • Ampicilin 4 x 75 mg (IV) • Kloramfenikol 4 x 60 mg (IV) • Nebulasi : ventolin ½ repsul + Nacl 0,9% 2 cc diberikan 3x/hari. □ Melakukan dan mengajarkan orang tua tentang fisioterapi dada Hasil : sekret encer keluar dari mulut	S : Ibu mengatakan batuk anaknya berkurang, sesak berkurang, tidak muntah, tidak tersedak O : Sesak berkurang, sianosis (-), slem masih ada tapi sudah berkurang, oksigen dilepas, pernapasan reguler, anak tampak tenang. FP : 48x/mnt. Pasien dapat toleran terhadap susu yang diberikan, muntah (-), aspirasi (-), NGT di aff, pasien mulai diberi susu per oral A : Masalah teratasi P : Rencana tindakan dihentikan Pasien pulang jam 13.00



LAPORAN KASUS KELOLAAN
APLIKASI TEORI MYRA E. LEVINE PADA ASUHAN
KEPERAWATAN PADA BAYI Ny. L. DENGAN
NKB, KMK dan HIPERBILURIBINEMIA
DI RUANG PERAWATAN SERUNI
RSAB HARAPAN KITA
JAKARTA

11 – 20 Januari 2012

OLEH:

Susi Hartati

PROGRAM SPESIALIS KEPERAWATAN ANAK
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2011

LAPORAN KASUS KELOLAAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI Ny. L. DENGAN NKB, KMK
DENGAN MENGGUNAKAN PENDEKATAN TEORI LEVINE
DI RUANG PERAWATAN SERUNI
RSAB HARAPAN KITA
JAKARTA

I. IDENTITAS KLIEN

Nama klien : Bayi Ny. Lusy
Jenis Kelamin : Laki-laki
No Rekam Medis : 696138
Tanggal lahir : 07 Januari 2012, pk : 8.50
Usia Kehamilan : 29 minggu
Usia : 9 hari

IDENTITAS ORANG TUA :

Nama ibu : Ny. Lusy
Usia : 40 tahun
Nama Ayah : Tn. Kusnadi
Usia : 48 tahun
Alamat : Jl. Kereta kencana IV Blok A/32 sektor 12, Rt 001/06, BSD
Mekar Jaya Serpong Tangerang.

II. RIWAYAT SINGKAT KLIEN

Bayi Ny. L lahir tanggal 7 Januari pk 8.50 dengan tindakan operasi SC atas indikasi KPD (ketuban pecah dini) 4 hari, oligohidramnion, ibu myoma uteri dan adanya kontraksi, Bayi lahir tidak langsung menangis dengan apgar score 3/6. Setelah dilakukan bersihan jalan nafas dan rangsang taktil, bayi tetap tidak menangis. Bayi diberikan VTP (ventilasi tekanan positif), bayi menangis pelan, merintih dan nafas tidak adekuat. Kemudian dipasang NCPAP dan bayi langsung dibawa ke L III kemuning. BBL : 1260 gram, PBL : 36 cm, LK : 27 cm. LD : 24,5 cm, LLA : 7 cm. Pk. 9.15 Pernapasan bayi masih tidak adekuat kemudian dilakukan intubasi, ETT no 2,5 dan ventilator. Pernapasan : 40x/mnt, FiO₂ 30%, PaCO₂ > 90 %. Bayi terpasang

OGT dan mendapat terapi bactecyn 9,5 mg, mikasin 9 mg (IV), dobutamin 0,5 cc/jam. Bayi terpasang IVFD D10 Ca Gluco : 1,8 cc/jam, AA 6% : 0,8 cc/jam.

Tanggal 9 Januari 2012, Pk. 10.00 Ventilator di off diganti dengan NCPAP PEEP 7 cm H₂O. FiO₂ : 21%, Sat O₂ : 95-97%. Bayi juga mendapat light therapy karena ikterik (+). Infus masih terpasang.

Tanggal 10 Januari 2012, bayi nafas spontan dengan NCPAP, Fi O₂ : 21 %, Sa O₂ 96%, Tek. darah : 76/57 (64). Suhu tubuh : 37,3 C/ suhu inkubator : 33,5 C. Pk 9.00 : NCPAP dilepas. Sa O₂ 94 %. Bayi masih tetap dimonitor di ruang kemuning. Karena kondisi bayi sudah stabil, bayi dipindah ke ruang seruni hari selasa, 17 Januari 2012 pk 12.00.

Bayi L adalah anak pertama dari pasangan Ny. L dan Tn K., setelah 14 tahun menikah. Ibu bayi L meninggal dunia dirumah hari kamis 12 Januari 2012. Setelah itu bayi Ny. L mendapat donor ASI dari ibu bayi pasien lain. Golongan darah ibu O, Golongan darah ayah O dan Golongan darah bayi juga O.

A. KONSERVASI ENERGI:

Status Konservasi Energi :

1. Tanda-tanda vital :
Suhu : 36,6 °C, Nadi : 148 x/mnt, Pernapasan : 40 x/mnt
2. BB lahir : 1260 gram
3. Pola pemenuhan nutrisi dan cairan :
Klien mendapat ASI dan susu formula prematur dengan menggunakan OGT (Oral Gastric Tube). Kebutuhan bertahap meningkat.
4. Pola istirahat/ tidur :
Selama dirawat bayi terlihat tidur lelap
5. Pola aktifitas / Latihan / OR /Pola bermain
Didalam inkubator, bayi tampak lemah

B. KONSERVASI INTEGRITAS STRUKTUR :

Status Konservasi Integritas Struktur :

1.	Sistem pernafasan Bayi bernafas spontan tanpa support O2, nafas irreguler, frekuensi : 40-55 x/menit,
2.	Sistem pencernaan Karena bayi prematur, reflek menghisap lemah sehingga bayi minum Asi dan susu formula dengan menggunakan OGT. Jumlah cairan meningkat bertahap.
3.	Sistem Kardiovaskuler : Bunyi jantung normal, Tek darah : 69/39 mmHg, denyut arteri femoralis kanan dan kiri kuat.
4.	Sistem hematologi/immunologi Tidak ada perdarahan
5.	Sistem perkemihan BAK (+) sedikit
6.	Sistem persyarafan • Reflek moro : kurang • Reflek Rotting : kurang • Reflek Graps : kurang • Reflek Sucking : kurang • Reflek Tonic neck : kurang
7.	Sistem endokrin : Belum berkembang dengan baik
8.	Sistem integumen Kulit kering, keriput, elastisitas kurang.
9.	Sistem muskuloskeletal Hipotoni, lemah.

C. KONSERVASI INTEGRITAS PERSONAL :

Status Integritas Personal :

1. Bagaimana pandangan anak tentang kondisinya saat ini
Tidak dapat dikaji karena masih bayi
2. Apakah anak merasa takut masuk rumah sakit
Tidak dapat dikaji karena masih bayi
3. Apa yang diinginkan anak saat ini
Tidak dapat dikaji karena masih bayi
4. Ekspresi wajah anak
Bayi tertidur

5. Suasana hati / mood anak
Tidak dapat dikaji karena masih bayi
6. Bagaimana perilaku Anak
Bayi tampak lemah tidak berdaya
7. Bagaimana kontak mata anak saat bicara
Tidak dapat dikaji
8. Bagaimana perkembangan motorik kasar anak
Belum bisa
9. Bagaimana perkembangan motorik halus anak
Belum bisa

D. KONSERVASI INTEGRITAS SOSIAL :

Status Konservasi Integritas Sosial :

1. Bagaimana komunikasi anak dengan orang tua :
Sebelum ibunya meninggal, ibu menjenguk anaknya sekali, Ayahnya selalu datang
Menjenguk, berdoa, mengelus dan bicara pada bayinya,.
2. Bagaimana komunikasi anak dgn petugas kesehatan :
Perawat menyentuh, membelai dan mengajak bicara bayi.
3. Bagaimana kebiasaan bermain anak :
Belum bisa dikaji
4. Bagaimana hubungan anak dengan teman sebaya
Belum bisa dikaji
5. Bagaimana hubungan anak dengan petugas kesehatan :
Belum bisa dikaji
6. Bagaimana peran anak di lingkungan :
Belum bisa dikaji

E. LINGKUNGAN

Status Lingkungan :

1. Lingkungan internal
Hasil pemeriksaan :
 - USG Kepala :
 - Parencym cerebrum tidak tampak kelainan
 - Brain stein dan cerebelum tidak tampak kelainan

Fissura interhemisphere ditengah, tidak tampak kelainan
 Sistem ventrikel dan sisterna tidak melebar
 Lesi hyperechoic di subependymal ventrikel lateral kiri kanan
 Kesan ; ICH grade 1

■ Hasil pemeriksaan lab darah :

Hematologi	Hasil 9/01	Hasil 10/01	Hasil 12/01	Nilai rujukan
Hb	15,4	13,1	11,5	L:12,5-18 g/dl, P:12-16 g/dl
Ht	44	37	34	L : 40-54 %, P : 38-47 %
Trombosit	357.000	-	428.000	150.000-400.000/ul
Leukosit	-	-	9800	4500-11.000/ul
Darah tepi				
Eosinofil	2	-	9	2 - 7 %
N. Segmen	31	-	2	56 %
Limfosit	60	-	54	34 %
APTT	89,9'	-	55,3	25,3-35,5
PT	18,5'	-	14,7	11-14
Monosit	-	-	17	4%

AGD	7/1 pk 11.30	7/1 pk. 22.27	8/1 pk. 6.13	9/1 pk. 17.45	10/1 pk. 6.30	11/1 pk. 6.00	12/1	Nlai normal
PH	7,35	7,49	7,46	7,47	7,39	7,46	-	7,35-7,45
PCO2	34	20	25	27	27	28	-	35-45 mmHg
PO2	46	35	36	39	54	43	-	75-100 mmHg
HCO3	19	15	18	20	17	20	-	21-25 mEq/l
BE	-5,1	-5,6	-3,8	-2,0	-6,7	-2,7	-	-2,5 + 2,5 mEq/l
St. Bic	2,0	2,0	2,1	22	19	22	-	24
O2 Sat	80	76	74	79	89	82	-	85-195
BB	43	42	44	46	41,3	45,3	-	48 meq/l
CRP	0,4	-	-	0,6	-	-	0,1	0-3 mg/l
GDS	-	-	-		-	-	23	90-110 mg/dl

2. Lingkungan eksternal

a. Lingkungan Perseptual

Penglihatan

■ Cahaya : positif

Pendengaran

■ Suara bising : bayi bergerak jika ada ada suara bising

Penciuman

■ Bau : tidak ada

Perabaan

■ Gatal : belum dapat dikaji

■ Nyeri : bayi menangis pada waktu di infus

■ Sentuhan : bayi bergerak pada waktu disentuh

■ Perubahan suhu : suhu ruangan cukup

■ Kelembaban : kelembaban cukup

Pengecap : belum bisa dikaji, klien menggunakan OGT.

b. Lingkungan Konseptual

■ Bahasa : belum dapat dikaji

■ Kemampuan kognitif : belum dapat dikaji

■ Coping Anak : belum dapat dikaji

■ Sistem Nilai : belum dapat dikaji

■ Spiritual : belum dapat dikaji

■ Tradisi budaya : belum dapat dikaji

c. Lingkungan Operasional

■ Polusi : tidak ada

■ Tegangan listrik tinggi : tidak

■ Tinggal dekat daerah endemik penyakit : tidak

Penatalaksanaan :

Antibiotik

- Bactecyn 9 mg (IV)
- Mikasin 9 mg (IV)

Diberikan dengan syringe pump. Antibiotik tidak diberikan lagi sejak tanggal 14 Januari 2012.

IVFD :

- N4 D12% + Ca Gluconas 10% 4 cc } 100 ml
- KCl 7,4% 2 cc
- AA 6 %

ASUHAN KEPERAWATAN

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Nama pasien : Bayi L.
Tanggal lahir : 7 Januari 2012
Umur : 5 hari

KONSERVASI	DATA FOKUS	
	DATA SUBYEKTIF	DATA OBJEKTIF
1. Energi		• Prematur 29 minggu, A/S : 3/6, riwayat KPD 4 hari • Bayi dirawat di dalam inkubator, BBL 1260 gram • Bayi nafas spontan, irreguler, RR : 43 – 58x/menit, tanpa support O2 Sat O2 : 83-93 % • Suhu tubuh fluktuatif 36-36,8° C • Suhu inkubator : 32-32,5° C • Bayi minum ASI/susu fomula prematur per OGT
2. Integritas struktur		• Bayi dilakukan foto terapy (single light therapy) • Bayi menggunakan kaca mata pelindung
3. Integritas personal		Bayi menggunakan kaca mata pelindung Prematur 29 minggu,
4. Integritas sosial	Bapak pasien mengatakan istrinya meninggal beberapa hari setelah melahirkan pasien.	• Ibu bayi sebelum meninggal pernah menjenguk sekali • Bapak bayi menjenguk

TROPHICOGNOSIS

1. Risiko pola nafas tidak efektif
2. Risiko ketidakefektifan termoregulasi
3. Perubahan pemenuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan
4. Risiko kekurangan volume cairan
5. Risiko terjadinya trauma persepsi sensori visual
6. Risiko infeksi
7. Gangguan bonding attachment

HIPOTESIS

Nama pasien : Bayi L.
 Tanggal lahir : 7 Januari 2012
 Umur : 5 hari

TROPHICOGNOSIS	HIPOTESIS
Risiko pola nafas tidak efektif <u>Tujuan:</u> Pola nafas efektif <u>Kriteria hasil:</u> ☐ Nafas spontan ☐ Tidak sesak ☐ Tidak sianosis ☐ Sa O₂ 85-99 % ☐ Hasil AGD normal	☐ Kaji status respirasi, catat : irama, frekuensi pernapasan, bunyi nafas. ☐ Atur posisi kepala klien agar ekspansi paru-paru efektif ☐ Lakukan resusitasi pada bayi baru lahir kalau perlu ☐ Kolaborasi : • Pemberian oksigen • Pemeriksaan analisa gas darah • Berikan obat-obatan sesuai intruksi • Pemasangan ETT dan ventilator • Foto thoraks • Laboratorium
Risiko ketidakefektifan termoregulasi <u>Tujuan:</u> Suhu tubuh tetap dalam keadaan normal <u>Kriteria hasil:</u> ☐ Suhu tubuh normal 36,5–37,5°C ☐ Bayi tidak mengalami stres dingin	☐ Pertahankan suhu inkubator yang netral ☐ Pertahankan suhu tubuh 36,5 C – 37 C ☐ Pantau suhu tubuh bayi saat <i>touching time</i>/ sesuai yang dibutuhkan ☐ Kurangi atau hilangkan sumber-sumber kehilangan panas pada bayi melalui evaporasi, konveksi, konduksi dan radiasi.

Perubahan pemenuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan <u>Tujuan:</u> Kebutuhan nutrisi klien terpenuhi <u>Kriteria hasil:</u> ☐ Klien toleran terhadap ASI/susu formula ☐ Berat badan meningkat ☐ Muntah tidak ada	☐ Timbang berat badan setiap hari ☐ Kaji dan monitor posisi OGT (oral gastric tube) ☐ Cek residu setiap 6 jam sekali ☐ Beri ASI/susu formula per OGT sesuai program dokter ☐ Observasi adanya muntah
Risiko kekurangan volume cairan <u>Tujuan:</u> Tidak terjadi kekurangan cairan <u>Kriteria hasil:</u> ☐ Balance cairan positif ☐ Tidak ada tanda-tanda dehidrasi ☐ BB klien meningkat setiap hari	☐ Observasi tanda-tanda dehidrasi/status hidrasi: turgor kulit, membran mukosa dan mata ☐ Hitung produksi urin ☐ Berikan cairan yang adekuat ☐ Timbang berat badan setiap hari ☐ Kaji dan catat pemasukan dan pengeluaran cairan setiap shift ☐ Monitor tanda-tanda vital ☐ Kolaborasi dengan dokter : • Pemberian cairan parenteral • Pemberian terapi • Pemeriksaan laboratorium
Risiko terjadinya trauma persepsi sensori visual <u>Tujuan:</u> Tidak terjadi gangguan pada retina pada masa perkembangan <u>Kriteria hasil:</u> ☐ Rangsang terhadap cahaya baik ☐ Tidak ada tanda-tanda inflamasi pada kedua mata	☐ Letakkan bayi $\pm$ 40 cm dari sumber cahaya ☐ Tutup mata dengan kain yang dapat menyerap cahaya dan dapat memproteksi mata dari sumber cahaya. ☐ Matikan lampu dan buka penutup mata bayi setiap 8 jam ☐ Lakukan inspeksi warna sclera ☐ Pada waktu menutup mata bayi yakinkan bahwa penutup tidak menutupi hidung ☐ Buka penutup mata waktu memberi makan bayi. ☐ Ajak bicara bayi selama perawatan.

Risiko infeksi <u>Tujuan:</u> Infeksi tidak terjadi <u>Kriteria hasil:</u> ☐ Tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor, color, dolor dan fungsiola) ☐ Leukosit darah dalam batas normal	☐ Kaji tanda-tanda infeksi ☐ Isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi ☐ Gunakan masker setiap kontak dengan bayi ☐ Cegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Pastikan semua perawatan yang kontak dengan bayi dalam keadaan bersih/steril ☐ Kolaborasi dengan dokter ☐ Berikan antibiotik sesuai program
Gangguan bonding attachment <u>Tujuan:</u> Tidak terjadi gangguan bonding attachment <u>Kriteria hasil :</u> Orang tua dapat menjenguk, menyentuh, membelai anaknya	☐ Beri penjelasan kepada orang tua tentang kondisi anaknya ☐ Anjurkan orang tua untuk menjenguk anaknya ☐ pada saat jam jenguk ☐ Anjurkan orang tua untuk menggunakan <i>skort</i> dan mencuci tangan sebelum menyentuh anaknya ☐ Anjurkan orang tua untuk membelai dan berbicara pada anaknya ☐ Berikan support dan reinforcement pada orang tua

INTERVENSI dan EVALUASI KEPERAWATAN

Nama pasien : Bayi L.
 Tanggal lahir : 7 Januari 2012
 Umur : 5 hari

KONSERVASI ENERGI			
TANGGAL	WAKTU	INTERVENSI KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN
11/01/2012	7.00 – 14.30	☐ Memonitor tanda-tanda vital ☐ Mengkaji status respirasi, catat : irama, frekuensi pernapasan, bunyi nafas. ☐ Mengatur posisi kepala klien agar ekspansi paru-paru efektif ☐ Melakukan resusitasi pada bayi baru lahir kalau perlu ☐ Mempertahankan suhu inkubator yang netral ☐ Mempertahankan suhu tubuh 36,5 C – 37 C ☐ Memantau suhu tubuh bayi saat <i>touching time</i>/ sesuai yang dibutuhkan - Mengurangi atau menghilangkan sumber-sumber kehilangan panas pada bayi melalui evaporasi, konveksi, konduksi dan radiasi ☐ Menimbang berat badan setiap hari ☐ Memberikan cairan yang adekuat ☐ Melakukan kolaborasi : ☐ Pemberian oksigen	S : - O : Pola nafas masih irreguler, kadang ada periode apnu, RR : 40 – 60 x/menit. Klien dirawat didalam inkubator dengan rata-rata suhu inkubator 32,5 – 33 C. Suhu tubuh klien 36,5 – 37,3 C A : Masalah tidak terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan

		☐ Pemeriksaan analisa gas darah ☐ Berikan obat-obatan sesuai intruksi ☐ Pemasangan ETT dan ventilator ☐ Foto thoraks ☐ Laboratorium	
12/01/2012	7.00 – 14.30	☐ Memonitor tanda-tanda vital ☐ Mengkaji status respirasi, catat : irama, frekuensi pernapasan, bunyi nafas. ☐ Mengatur posisi kepala klien agar ekspansi paru-paru efektif ☐ Melakukan resusitasi pada bayi baru lahir kalau perlu ☐ Mempertahankan suhu inkubator yang netral ☐ Mempertahankan suhu tubuh 36,5 C – 37 C ☐ Memantau suhu tubuh bayi saat <i>touching time</i> / sesuai yang dibutuhkan Mengurangi atau menghilangkan sumber-sumber kehilangan panas pada bayi melalui evaporasi, konveksi, konduksi dan radiasi ☐ Menimbang berat badan setiap hari ☐ Memberikan cairan yang adekuat ☐ Melakukan kolaborasi : ☐ Pemberian oksigen ☐ Pemeriksaan analisa gas darah ☐ Berikan obat-obatan sesuai intruksi ☐ Pemasangan ETT dan ventilator ☐ Foto thoraks ☐ Laboratorium	S : - O : Pola nafas masih irreguler, kadang ada periode apnu, RR : 42 – 57 x/menit. Klien dirawat didalam inkubator dengan rata-rata suhu inkubator 32 – 33 C. Suhu tubuh klien 36,5 – 37,2 C A : Masalah tidak terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan

13/01/2012	14.00 - 20.30	☐ Memonitor tanda-tanda vital ☐ Mengkaji status respirasi, catat : irama, frekuensi pernapasan, bunyi nafas. ☐ Mengatur posisi kepala klien agar ekspansi paru-paru efektif ☐ Melakukan resusitasi pada bayi baru lahir kalau perlu ☐ Mempertahankan suhu inkubator yang netral ☐ Mempertahankan suhu tubuh 36,5 C – 37 C ☐ Memantau suhu tubuh bayi saat <i>touching time</i>/ sesuai yang dibutuhkan - Mengurangi atau menghilangkan sumber-sumber kehilangan panas pada bayi melalui evaporasi, konveksi, konduksi dan radiasi ☐ Menimbang berat badan setiap hari ☐ Memberikan cairan yang adekuat ☐ Melakukan kolaborasi : ☐ Pemberian oksigen ☐ Pemeriksaan analisa gas darah ☐ Berikan obat-obatan sesuai intruksi ☐ Pemasangan ETT dan ventilator ☐ Foto thoraks ☐ Laboratorium	S : - O : Pola nafas masih irreguler, kadang ada periode apnu, RR : 44 – 60 x/menit. Klien dirawat didalam inkubator dengan rata-rata suhu inkubator 32,5 C. Suhu tubuh klien 36,5 – 37,4 C A : Masalah tidak terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan
16/01/2012	7.00 – 14.30	☐ Memonitor tanda-tanda vital ☐ Mengkaji status respirasi, catat : irama, frekuensi pernapasan, bunyi nafas. ☐ Mengatur posisi kepala klien agar ekspansi paru-	S : - O : Pola nafas masih irreguler, kadang ada periode apnu, posisi supinasi, RR : 42 – 58 x/menit. Klien dirawat didalam inkubator

		paru efektif ☐ Melakukan resusitasi pada bayi baru lahir kalau perlu ☐ Mempertahankan suhu inkubator yang netral ☐ Mempertahankan suhu tubuh 36,5 C – 37 C ☐ Memantau suhu tubuh bayi saat <i>touching time</i> / sesuai yang dibutuhkan Mengurangi atau menghilangkan sumber-sumber kehilangan panas pada bayi melalui evaporasi, konveksi, konduksi dan radiasi ☐ Menimbang berat badan setiap hari ☐ Memberikan cairan yang adekuat ☐ Melakukan kolaborasi : ☐ Pemberian oksigen ☐ Pemeriksaan analisa gas darah ☐ Berikan obat-obatan sesuai intruksi ☐ Pemasangan ETT dan ventilator ☐ Foto thoraks ☐ Laboratorium	dengan rata-rata suhu inkubator 32,5 C. Suhu tubuh klien 36,5 – 37 C A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan rencana tindakan
17/01/2012	7.00 – 14.30	☐ Memonitor tanda-tanda vital ☐ Mengkaji status respirasi, catat : irama, frekuensi pernapasan, bunyi nafas. ☐ Mengatur posisi kepala klien agar ekspansi paru-paru efektif ☐ Melakukan resusitasi pada bayi baru lahir kalau perlu ☐ Mempertahankan suhu inkubator yang netral ☐ Mempertahankan suhu tubuh 36,5 C – 37 C ☐ Memantau suhu tubuh bayi saat <i>touching time</i> /	S : - O : Pola nafas masih irreguler, kadang ada periode apnu, RR : 40 – 60 x/menit. Klien dirawat didalam inkubator dengan rata-rata suhu inkubator 32,5 C. Suhu tubuh klien 36,5 – 37,5 C A : Masalah tidak terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan

		sesuai yang dibutuhkan Mengurangi atau menghilangkan sumber-sumber kehilangan panas pada bayi melalui evaporasi, konveksi, konduksi dan radiasi ☐ Menimbang berat badan setiap hari ☐ Memberikan cairan yang adekuat ☐ Melakukan kolaborasi : ☐ Pemberian oksigen ☐ Pemeriksaan analisa gas darah ☐ Berikan obat-obatan sesuai intruksi ☐ Pemasangan ETT dan ventilator ☐ Foto thoraks ☐ Laboratorium	
18/01/2012	14.00 – 20.30	☐ Memonitor tanda-tanda vital ☐ Mengkaji status respirasi, catat : irama, frekuensi pernapasan, bunyi nafas. ☐ Mengatur posisi kepala klien agar ekspansi paru-paru efektif ☐ Melakukan resusitasi pada bayi baru lahir kalau perlu ☐ Memberikan cairan yang adekuat ☐ Melakukan kolaborasi : ☐ Pemberian oksigen ☐ Pemeriksaan analisa gas darah ☐ Berikan obat-obatan sesuai intruksi ☐ Pemasangan ETT dan ventilator ☐ Foto thoraks ☐ Laboratorium	S : - O : Pola nafas masih irreguler, kadang ada periode apnu, RR : 40 – 58 x/menit. Klien dirawat didalam inkubator dengan rata-rata suhu inkubator 32,5 C. Suhu tubuh klien 36,5 – 37 C A : Masalah tidak terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan

19/01/2012	14.30 – 20.30	☐ Memonitor tanda-tanda vital ☐ Mengkaji status respirasi, catat : irama, frekuensi pernapasan, bunyi nafas. ☐ Mengatur posisi kepala klien agar ekspansi paru-paru efektif ☐ Melakukan resusitasi pada bayi baru lahir kalau perlu ☐ Memberikan cairan yang adekuat ☐ Melakukam kolaborasi : ☐ Pemberian oksigen ☐ Pemeriksaan analisa gas darah ☐ Berikan obat-obatan sesuai intruksi ☐ Pemasangan ETT dan ventilator ☐ Foto thoraks ☐ Laboratorium	S : - O : Pola nafas masih irreguler, kadang ada periode apnu, RR : 40 – 55 x/menit/ Klien dirawat didalam inkubator dengan rata-rata suhu inkubator 32,5 C. Suhu tubuh klien 36,5 – 37,3 C A : Masalah tidak terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan
20/01/2012	7.00 – 14.30	☐ Memonitor tanda-tanda vital ☐ Mengkaji status respirasi, catat : irama, frekuensi pernapasan, bunyi nafas. ☐ Mengatur posisi kepala klien agar ekspansi paru-paru efektif ☐ Melakukan resusitasi pada bayi baru lahir kalau perlu ☐ Mempertahankan suhu inkubator yang netral ☐ Mempertahankan suhu tubuh 36,5 C – 37 C ☐ Memantau suhu tubuh bayi saat <i>touching time</i>/ sesuai yang dibutuhkan Mengurangi atau menghilangkan sumber-sumber	Pk. 2 pagi, klien mengalami bradikardi, HR 98 x/mnt, SaO2 100 % dilakukan stimulasi dengan rangsang taktil kemudian dilakukan bagging sebentar. HR dan saturasi O2 meningkat. Pk. 4. 20 pagi klien mengalami bradikardi kembali HR : 88 x/menit dilakukan stimulasi dan bagging lagi dan HR meningkat kembali. S : - O: HR 44-58 x/menit, pernapasan masih

		kehilangan panas pada bayi melalui evaporasi, konveksi, konduksi dan radiasi ☐ Menimbang berat badan setiap hari ☐ Memberikan cairan yang adekuat ☐ Melakukan kolaborasi : ☐ Pemberian oksigen ☐ Pemeriksaan analisa gas darah ☐ Berikan obat-obatan sesuai intruksi ☐ Pemasangan ETT dan ventilator ☐ Foto thoraks ☐ Laboratorium	irreguler dan masih ada periode apnu. Bayi diposisikan supinasi dengan kepala sedikit ekstensi. Bayi diberikan O2 nasal kanula 0,1 liter, terpasang monitoring SaO2. Klien dirawat didalam inkubator dengan rata-rata suhu inkubator 32,5 C. Suhu tubuh klien 36,5 – 37 C A : Masalah menjadi aktual P : Rencana tindakan dilanjutkan perawat ruangan dengan tambahan rencana tindakan dengan monitoring Sa O2 dan HR dengan alat monitor.
--	--	--	--

KONSERVASI INTEGRITAS STRUKTURAL			
TANGGAL	WAKTU	INTERVENSI KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN
11 /01/2012	7.00 – 14.30	☐ Mengobservasi tanda-tanda dehidrasi/status hidrasi : turgor kulit, membran mukosa dan mata ☐ Menghitung produksi urin ☐ Mengkaji dan catat pemasukan dan pengeluaran cairan setiap shift ☐ Mengkaji dan monitor posisi OGT (oral gastric tube)	S : - O : Tidak ada tanda-tanda dehidrasi. Produksi urin 142 cc/ hari. Bayi mendapat light therapy . BBL = 1260 gram, BB sekarang = 1183 gram. OGT masih dalam posisi baik, residu 0,3 cc, bayi diberi minum ASI/susu formula

		☐ Mengecek residu setiap 6 jam sekali ☐ Mengobservasi adanya muntah ☐ Mengkaji tanda-tanda infeksi ☐ Melakukan isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi ☐ Menggunakan masker setiap kontak dengan bayi ☐ Mencegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Memastikan semua perawatan yang kontak dengan bayi dalam keadaan bersih/steril ☐ Melakukan kolaborasi dengan dokter: • Pemberian cairan parenteral • Pemberian terapi • Pemeriksaan laboratorium • Memberikan antibiotik sesuai program	prematurn 8 x 3 cc/OGT, muntah dan kembung tidak ada. A : Masalah tidak terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan
12/01/2012	7.00 – 14.30	☐ Mengobservasi tanda-tanda dehidrasi/status hidrasi : turgor kulit, membran mukosa dan mata ☐ Menghitung produksi urin ☐ Timbang berat badan setiap hari ☐ Mengkaji dan catat pemasukan dan pengeluaran cairan setiap shift ☐ Memonitor tanda-tanda vital ☐ Mengkaji dan monitor posisi OGT (oral gastric tube) ☐ Mengecek residu setiap 6 jam sekali ☐ Memberi ASI/susu formula per OGT sesuai program dokter ☐ Mengobservasi adanya muntah	S : - O : tidak ada tanda-tanda dehidrasi. Produksi urin 148 cc/ hari. Jam 14.00 light therapy di hentikan. BBL = 1260 gram, BB sekarang = 1197 gram OGT masih dalam posisi baik, residu (-), bayi diberi minum ASI/susu formula prematur 8 x 4 cc/OGT, muntah dan kembung tidak ada. A : Masalah tidak terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan

		☐ Mengkaji tanda-tanda infeksi ☐ Melakukan isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi ☐ Menggunakan masker setiap kontak dengan bayi ☐ Mencegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Memastikan semua perawatan yang kontak dengan bayi dalam keadaan bersih/steril ☐ Melakukan kolaborasi dengan dokter: • Pemberian cairan parenteral • Pemberian terapi • Pemeriksaan laboratorium • Memberikan antibiotik sesuai program	
13/01/2012	14.- 20.30	☐ Mengobservasi tanda-tanda dehidrasi/status hidrasi : turgor kulit, membran mukosa dan mata ☐ Menghitung produksi urin ☐ Timbang berat badan setiap hari ☐ Mengkaji dan catat pemasukan dan pengeluaran cairan setiap shift ☐ Memonitor tanda-tanda vital ☐ Mengkaji dan monitor posisi OGT (oral gastric tube) ☐ Mengecek residu setiap 6 jam sekali ☐ Memberi ASI/susu formula per OGT sesuai program dokter ☐ Mengobservasi adanya muntah ☐ Mengkaji tanda-tanda infeksi ☐ Melakukan isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak	S : - O : Tidak ada tanda-tanda dehidrasi. Produksi urin 154 cc/ hari. BBL = 1260 gram, BB sekarang = 1205 gram OGT masih dalam posisi baik, residu (-), bayi diberi minum ASI/susu formula prematur 8 x 5 cc/OGT, muntah dan kembung tidak ada. A : Masalah tidak terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan

		dengan bayi ☐ Menggunakan masker setiap kontak dengan bayi ☐ Mencegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Memastikan semua perawatan yang kontak dengan bayi dalam keadaan bersih/steril ☐ Melakukan kolaborasi dengan dokter: • Pemberian cairan parenteral • Pemberian terapi • Pemeriksaan laboratorium • Memberikan antibiotik sesuai program	
		Mulai tgl 14 Januari Light therapy dilanjutkan kembali karena kadar bilirubin meningkat	
16.1/2012	7.00 – 14.30	☐ Mengobservasi tanda-tanda dehidrasi/status hidrasi : turgor kulit, membran mukosa dan mata ☐ Menghitung produksi urin ☐ Timbang berat badan setiap hari ☐ Mengkaji dan catat pemasukan dan pengeluaran cairan setiap shift ☐ Memonitor tanda-tanda vital ☐ Mengkaji dan monitor posisi OGT (oral gastric tube) ☐ Mengecek residu setiap 6 jam sekali ☐ Memberi ASI/susu formula per OGT sesuai program dokter ☐ Mengobservasi adanya muntah ☐ Mengkaji tanda-tanda infeksi ☐ Melakukan isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi	S : - O : tidak ada tanda-tanda dehidrasi. Light therapy dihentikan. : BBL = 1260 gram, BB sekarang = 1240 gram OGT masih dalam posisi baik, residu 1,5 cc, bayi diberi minum susu ASI 10 x7,5 cc /OGT, muntah dan kembung tidak ada A : Masalah tidak terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan

		☐ Menggunakan masker setiap kontak dengan bayi ☐ Mencegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Memastikan semua perawatan yang kontak dengan bayi dalam keadaan bersih/steril ☐ Melakukan kolaborasi dengan dokter: • Pemberian cairan parenteral • Pemberian terapi • Pemeriksaan laboratorium • Memberikan antibiotik sesuai program	
17/01/2012	7.00 – 14.30	☐ Mengobservasi tanda-tanda dehidrasi/status hidrasi : turgor kulit, membran mukosa dan mata ☐ Menghitung produksi urin ☐ Timbang berat badan setiap hari ☐ Mengkaji dan catat pemasukan dan pengeluaran cairan setiap shift ☐ Memonitor tanda-tanda vital ☐ Mengkaji dan monitor posisi OGT (oral gastric tube) ☐ Mengecek residu setiap 6 jam sekali ☐ Memberi ASI/susu formula per OGT sesuai program dokter ☐ Mengobservasi adanya muntah ☐ Mengkaji tanda-tanda infeksi ☐ Melakukan isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi ☐ Menggunakan masker setiap kontak dengan bayi ☐ Mencegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Memastikan semua perawatan yang kontak	S : - O : tidak ada tanda-tanda dehidrasi. : BBL = 1260 gram, BB sekarang = 1300 gram OGT masih dalam posisi baik, residu (-), bayi diberi minum ASI 10 x 10 cc/OGT, muntah dan kembung tidak ada. A : Masalah tidak terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan

		dengan bayi dalam keadaan bersih/steril ☐ Melakukan kolaborasi dengan dokter: • Pemberian cairan parenteral • Pemberian terapi • Pemeriksaan laboratorium • Memberikan antibiotik sesuai program	
18/01/2012	14.00 – 20.30	☐ Mengobservasi tanda-tanda dehidrasi/status hidrasi : turgor kulit, membran mukosa dan mata ☐ Menghitung produksi urin ☐ Timbang berat badan setiap hari ☐ Mengkaji dan catat pemasukan dan pengeluaran cairan setiap shift ☐ Memonitor tanda-tanda vital ☐ Mengkaji dan monitor posisi OGT (oral gastric tube) ☐ Mengecek residu setiap 6 jam sekali ☐ Memberi ASI/susu formula per OGT sesuai program dokter ☐ Mengobservasi adanya muntah ☐ Mengkaji tanda-tanda infeksi ☐ Melakukan isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi ☐ Menggunakan masker setiap kontak dengan bayi ☐ Mencegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Memastikan semua perawatan yang kontak dengan bayi dalam keadaan bersih/steril ☐ Melakukan kolaborasi dengan dokter: • Pemberian cairan parenteral	S : - O : tidak ada tanda-tanda dehidrasi. BBL = 1260 gram, BB sekarang = 1254 gram OGT masih dalam posisi baik, residu (-), bayi diberi minum susu ASI/SF prematur + D 5% 10 x 12 cc /OGT, muntah dan kembung tidak ada. A : Masalah tidak terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan

		• Pemberian terapi • Pemeriksaan laboratorium	
19/01/2012	14.00 – 20.30	☐ Memberikan antibiotik sesuai program ☐ Mengobservasi tanda-tanda dehidrasi/status hidrasi : turgor kulit, membran mukosa dan mata ☐ Menghitung produksi urin ☐ Timbang berat badan setiap hari ☐ Mengkaji dan catat pemasukan dan pengeluaran cairan setiap shift ☐ Memonitor tanda-tanda vital ☐ Mengkaji dan monitor posisi OGT (oral gastric tube) ☐ Mengecek residu setiap 6 jam sekali ☐ Memberi ASI/susu formula per OGT sesuai program dokter ☐ Mengobservasi adanya muntah ☐ Mengkaji tanda-tanda infeksi ☐ Melakukan isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi ☐ Menggunakan masker setiap kontak dengan bayi ☐ Mencegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Memastikan semua perawatan yang kontak dengan bayi dalam keadaan bersih/steril ☐ Melakukan kolaborasi dengan dokter: • Pemberian cairan parenteral • Pemberian terapi • Pemeriksaan laboratorium • Memberikan antibiotik sesuai program	S : - O : BBL = 1260 gram, BB sekarang = 1292 gram. tidak ada tanda-tanda dehidrasi. OGT masih dalam posisi baik, residu 5 cc, bayi diberi minum susu ASI/SF prematur + D 5% 10 x 14 cc /OGT, muntah dan kembung tidak ada. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan rencana tindakan

20/01/2012	7.00 – 14.30	☐ Mengobservasi tanda-tanda dehidrasi/status hidrasi : turgor kulit, membran mukosa dan mata ☐ Menghitung produksi urin ☐ Timbang berat badan setiap hari ☐ Mengkaji dan catat pemasukan dan pengeluaran cairan setiap shift ☐ Mengkaji dan monitor posisi OGT (oral gastric tube) ☐ Mengecek residu setiap 6 jam sekali ☐ Memberi ASI/susu formula per OGT sesuai program dokter ☐ Mengobservasi adanya muntah ☐ Mengkaji tanda-tanda infeksi ☐ Melakukan isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi ☐ Menggunakan masker setiap kontak dengan bayi ☐ Mencegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Memastikan semua perawatan yang kontak dengan bayi dalam keadaan bersih/steril ☐ Melakukan kolaborasi dengan dokter: • Pemberian cairan parenteral • Pemberian terapi • Pemeriksaan laboratorium • Memberikan antibiotik sesuai program	S : - O : BBL = 1260 gram, BB sekarang = 1303 gram. tidak ada tanda-tanda dehidrasi. OGT masih dalam posisi baik, residu (-), bayi diberi minum susu ASI 10 x 14 cc /OGT, muntah dan kembung tidak ada. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan rencana tindakan
------------	--------------	---	--

KONSERVASI INTEGRITAS PERSONAL			
TANGGAL	WAKTU	INTERVENSI KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN
11/01/2012	7.00 – 14.30	☐ Meletakkan bayi $\pm$ 40 cm dari sumber cahaya ☐ Menutup mata dengan kain yang dapat menyerap cahaya dan dapat memproteksi mata dari sumber cahaya. ☐ Mematikan lampu dan buka penutup mata bayi setiap 8 jam ☐ Melakukan inspeksi warna sclera ☐ Melihat kembali bahwa penutup tidak menutupi hidung ☐ Membuka penutup mata waktu memberi makan bayi. ☐ Mengajak bicara bayi selama perawatan. ☐ Mengkaji tanda-tanda infeksi ☐ Melakukan isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi ☐ Menggunakan masker setiap kontak dengan bayi ☐ Mencegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Memastikan semua perawatan yang kontak dengan bayi dalam keadaan bersih/steril ☐ Melakukan kolaborasi dengan dokter - Memberikan antibiotik sesuai program	S : - O : Bayi mendapat <i>light therapy single</i>. Penutup mata menutup mata dengan baik. Tidak ada tanda-tanda iritasi/infeksi pada mata klien. Bayi ditempatkan di inkubator. Tidak ada tanda-tanda infeksi A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan rencana tindakan

12/01/2012	7.00 – 14.30	☐ Mengajak bicara bayi selama perawatan ☐ Mengkaji tanda-tanda infeksi ☐ Melakukan isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi ☐ Menggunakan masker setiap kontak dengan bayi ☐ Mencegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Memastikan semua perawatan yang kontak dengan bayi dalam keadaan bersih/steril ☐ Melakukan kolaborasi dengan dokter ☐ Memberikan antibiotik sesuai program	S : - O: Light therapy single dihentikan. Tidak ada tanda-tanda iritasi/infeksi pada mata klien. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan rencana tindakan
13/01/2012	14. – 20.30	☐ Meletakkan bayi $\pm$ 40 cm dari sumber cahaya ☐ Menutup mata dengan kain yang dapat menyerap cahaya dan dapat memproteksi mata dari sumber cahaya. ☐ Mematikan lampu dan buka penutup mata bayi setiap 8 jam ☐ Melakukan inspeksi warna sclera ☐ Melihat kembali bahwa penutup tidak menutupi hidung ☐ Membuka penutup mata waktu memberi makan bayi. ☐ Mengajak bicara bayi selama perawatan. ☐ Mengkaji tanda-tanda infeksi ☐ Melakukan isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi ☐ Menggunakan masker setiap kontak dengan bayi	S : - O : Bayi mendapat light therapy single. Penutup mata menutup mata dengan baik. Tidak ada tanda-tanda iritasi/infeksi pada mata klien. Bayi ditempatkan di inkubator. Tidak ada tanda-tanda infeksi A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan rencana tindakan

		☐ Mencegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Memastikan semua perawatan yang kontak dengan bayi dalam keadaan bersih/steril ☐ Melakukan kolaborasi dengan dokter ☐ Memberikan antibiotik sesuai program	
		Mulai tgl 14 Januari Light therapy dilanjutkan kembali karena kadar bilirubin meningkat kembali.	
16/01/2012	7.00 – 14.30	☐ Meletakkan bayi $\pm$ 40 cm dari sumber cahaya ☐ Menutup mata dengan kain yang dapat menyerap cahaya dan dapat memproteksi mata dari sumber cahaya. ☐ Mematikan lampu dan buka penutup mata bayi setiap 8 jam ☐ Melakukan inspeksi warna sclera ☐ Melihat kembali bahwa penutup tidak menutupi hidung ☐ Membuka penutup mata waktu memberi makan bayi. ☐ Mengajak bicara bayi selama perawatan. ☐ Mengkaji tanda-tanda infeksi ☐ Melakukan isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi ☐ Menggunakan masker setiap kontak dengan bayi ☐ Mencegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Memastikan semua perawatan yang kontak dengan bayi dalam keadaan bersih/steril	S : - O: Light therapy single dihentikan. Penutup mata menutup mata dengan baik. Tidak ada tanda-tanda iritasi/infeksi pada mata klien. A : Masalah belum teratasi P : Hentikan rencana tindakan

		☐ Melakukan kolaborasi dengan dokter ☐ Memberikan antibiotik sesuai program	
17/01/2012	7.00 – 14.30	☐ Mengajak bicara bayi selama perawatan ☐ Mengkaji tanda-tanda infeksi ☐ Melakukan isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi ☐ Menggunakan masker setiap kontak dengan bayi ☐ Mencegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Memastikan semua perawatan yang kontak dengan bayi dalam keadaan bersih/steril ☐ Melakukan kolaborasi dengan dokter ☐ Memberikan antibiotik sesuai program	S : - O : Bayi ditempatkan di inkubator. Tidak ada tanda-tanda infeksi A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan rencana tindakan
18/01/2012	14.00 – 20.30	☐ Mengajak bicara bayi selama perawatan ☐ Mengkaji tanda-tanda infeksi ☐ Melakukan isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi ☐ Menggunakan masker setiap kontak dengan bayi ☐ Mencegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Memastikan semua perawatan yang kontak dengan bayi dalam keadaan bersih/steril ☐ Melakukan kolaborasi dengan dokter ☐ Memberikan antibiotik sesuai program	S : - O : Bayi ditempatkan di inkubator. Tidak ada tanda-tanda infeksi A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan rencana tindakan
19/01/2012	14.00 – 20.30	☐ Mengkaji tanda-tanda infeksi ☐ Melakukan isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi	S : - O : Bayi ditempatkan di inkubator. Tidak ada tanda-tanda infeksi A : Masalah belum teratasi

		☐ Menggunakan masker setiap kontak dengan bayi ☐ Mencegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Memastikan semua perawatan yang kontak dengan bayi dalam keadaan bersih/steril ☐ Melakukan kolaborasi dengan dokter Memberikan antibiotik sesuai program	P : Lanjutkan rencana tindakan
20/01/2012	7.30 – 14.30	☐ Mengajak bicara bayi selama perawatan ☐ Mengkaji tanda-tanda infeksi ☐ Melakukan isolasi bayi dengan bayi lain ☐ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi ☐ Menggunakan masker setiap kontak dengan bayi ☐ Mencegah kontak dengan orang yang terinfeksi ☐ Memastikan semua perawatan yang kontak dengan bayi dalam keadaan bersih/steril ☐ Melakukan kolaborasi dengan dokter Memberikan antibiotik sesuai program	S : - O : Bayi ditempatkan di inkubator. Tidak ada tanda-tanda infeksi A : Masalah tidak terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan

KONSERVASI INTEGRITAS SOSIAL			
TANGGAL	WAKTU	INTERVENSI KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN
11/01/2012	7.00 – 14.30	☐ Memberi penjelasan kepada orang tua tentang kondisi anaknya ☐ Menganjurkan orang tua untuk menjenguk anaknya pada saat jam jenguk ☐ Menganjurkan orang tua untuk menggunakan <i>skort</i> dan mencuci tangan sebelum menyentuh anaknya ☐ Menganjurkan orang tua untuk membelai dan berbicara pada anaknya ☐ Memberikan support dan reinforcement pada orang tua	S : - O : Ayah bayi tampak menjenguk anaknya. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan rencana tindakan
12/01/2012	7.00 – 14.30	☐ Memberi penjelasan kepada orang tua tentang kondisi anaknya ☐ Menganjurkan orang tua untuk menjenguk anaknya pada saat jam jenguk ☐ Menganjurkan orang tua untuk menggunakan <i>skort</i> dan mencuci tangan sebelum menyentuh anaknya ☐ Menganjurkan orang tua untuk membelai dan berbicara pada anaknya ☐ Memberikan support dan reinforcement pada orang tua	S : ibu klien meninggal, mempunyai riwayat mioma uteri O : Ayah klien tidak menjenguk anaknya A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan rencana tindakan
13/01/2012	14.00 – 20.30	☐ Memberi penjelasan kepada orang tua tentang kondisi anaknya	S : Ibu klien meninggal, mempunyai riwayat mioma uteri

		❑ Menganjurkan orang tua untuk menjenguk anaknya pada saat jam jenguk ❑ Menganjurkan orang tua untuk menggunakan <i>skort</i> dan mencuci tangan sebelum menyentuh anaknya ❑ Menganjurkan orang tua untuk membelai dan berbicara pada anaknya ❑ Memberikan support dan reinforcement pada orang tua	O : Ayah klien tidak menjenguk anaknya karena masih berduka. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan rencana tindakan
16/01/2012	7.00 – 14.30	❑ Memberi penjelasan kepada orang tua tentang kondisi anaknya ❑ Menganjurkan orang tua untuk menjenguk anaknya pada saat jam jenguk ❑ Menganjurkan orang tua untuk menggunakan <i>skort</i> dan mencuci tangan sebelum menyentuh anaknya ❑ Menganjurkan orang tua untuk membelai dan berbicara pada anaknya ❑ Memberikan support dan reinforcement pada orang tua	S : O : Ayah klien tidak menjenguk anaknya karena masih berduka. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan rencana tindakan
17/01/2012	7.00 – 14.30	❑ Memberi penjelasan kepada orang tua tentang kondisi anaknya ❑ Menganjurkan orang tua untuk menjenguk anaknya pada saat jam jenguk ❑ Menganjurkan orang tua untuk menggunakan <i>skort</i> dan mencuci tangan sebelum menyentuh anaknya ❑ Menganjurkan orang tua untuk membelai dan berbicara pada anaknya	S : - O : Ayah klien datang menjenguk anaknya tetapi perawat belum dapat diajak bicara. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan rencana tindakan

		☐ Memberikan support dan reinforcement pada orang tua	
18/01/2012	14.00 – 20.30	☐ Memberi penjelasan kepada orang tua tentang kondisi anaknya ☐ Menganjurkan orang tua untuk menjenguk anaknya pada saat jam jenguk ☐ Menganjurkan orang tua untuk menggunakan <i>skort</i> dan mencuci tangan sebelum menyentuh anaknya ☐ Menganjurkan orang tua untuk membelai dan berbicara pada anaknya ☐ Memberikan support dan reinforcement pada orang tua	S: Ayah memahami dan mengganggu O: Ayah klien datang menjenguk anaknya. Membelai, mengajak bicara anaknya. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan rencana tindakan
19/01/2012	14.00-20.30	☐ Memberi penjelasan kepada orang tua tentang kondisi anaknya ☐ Menganjurkan orang tua untuk menjenguk anaknya pada saat jam jenguk ☐ Menganjurkan orang tua untuk menggunakan <i>skort</i> dan mencuci tangan sebelum menyentuh anaknya ☐ Menganjurkan orang tua untuk membelai dan berbicara pada anaknya ☐ Memberikan support dan reinforcement pada orang tua	



**LAPORAN KASUS KELOLAAN
APLIKASI TEORI MYRA E. LEVINE
PADA ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN ANAK N.
DENGAN PNEUMONIA KOMUNITI, ENSEFALOPATI,
HIPOKSIK ISKEMIK DI RUANG PERAWATAN INFEKSI
RSUPN CIPTO MANGUN KUSUMO
JAKARTA**

4 April – 10 April 2012

OLEH:

Susi Hartati

0906505041

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

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK
DALAM KONTEKS KELUARGA DENGAN MENGGUNAKAN
PENDEKATAN MODEL MYRA E. LEVINE**

DATA DASAR

Tanggal Pengkajian : 4 April 2012
Nomor Register : 3680944
Ruangan : Infeksi
Dx. Medis : Community pneumonia, ensefalopati, hipoksik
iskemik DD/ensefalitis

DATA BIOGRAFI

1. Identitas Klien

Nama Klien : An. Nabila
Nama Panggilan : Nabil
Jenis kelamin : Perempuan
Tempat tgl. Lahir (umur) : Jakarta, 26/5/2011 (11bulan 8 hari)

2. Identitas Orang tua / Wali :

	Ibu	Ayah
Nama	Ny. Ratna	Tn. Zainal
Usia	35 thn	40 thn
Pendidikan	SMP	SMP
Pekerjaan	IRT	Buruh
Agama	Islam	Islam
Alamat rumah	Jl. Merdeka II no 56 kampung rambutan Ciracas, Jakarta Timur	

Keluhan utama :

Demam, batuk pilek dan kejang

Riwayat sakit sekarang :

Seminggu SMRS menurut ibu pasien, anaknya batuk pilek dan anget-anget saja. Satu hari SMRS anaknya demam, kejang1x dan pingsan, orang tua langsung membawa anaknya ke bidan. 1-2 jam kemudian pasien kembali sadar. Kemudian orang tua membawa anaknya ke IGD RSCM tanggal 25 Maret 2012. Di IGD pasien dirawat selama 2 malam karena ruang perawatan penuh. Tanggal 27 Maret 2012 pasien masuk ruang perawatan infeksi. Baru semalam di ruang perawatan, pada pk 7 pagi pasien kejang kembali dan dibawa ke ruang PICU tanggal 28 Maret 2012. Tanggal 4 April 2012 setelah mengalami perbaikan pasien dipindah ke ruang infeksi (ruang 102 D) dengan kesadaran compos mentis, terpasang O2 1 lpm/nasal kanul, NGT dan cateter urin. Terdapat *stopper* di bagian kepala sebelah kiri. Sesak (+), retraksi minimal, kejang (-), sianosis (-), FN : 120x/menit, FP : 52x/menit, suhu : 35,5 °C, TD : 89/55 mmHg.

Resume PICU :

Pasien masuk ruang PICU tanggal 28 April 2012 atas indikasi apnu dan gasping pasca kejang dengan GCS 8 (E1 M4 V intubasi). Pasien dilakukan intubasi dan dipasang ventilator. Pasien mengalami kejang umum dan fokal ekstremitas kiri sebanyak 2 kali. Pasien mendapat maintenance fenobarbital karena masih kejang ditambah dengan fenitoin, karena masih kejang juga obat ditambah dengan melazolan. Kemudian kejang berhenti dan obat antikonvulsan dihentikan bertahap. Tanggal 31 Maret 2012 pasien sudah bebas kejang 24 jam. Pasien dilakukan ekstubasi tanggal 2/4/2012. Saat pasien masuk PICU, leukosit darah : 83.700 kemudian turun menjadi 22.510 pada tgl 2/4/2012. Kadar procalcitonin 81,36 turun menjadi 1,69 pada tanggal 2/4/2012. Antibiotik yang didapat Ampicilin dan kloramfenikol. Kemudian diganti dengan cefotaxim.

Pasien sempat mendapat transfusi PRC 1x sebanyak 50 cc karena kadar Hb : 9.0. Transfusi dihentikan setelah kadar Hb : 10,4. Selama di PICU pasien mendapat susu formula 8 x 80 cc/NGT (430 kalori).

A. KONSERVASI ENERGI:

Status Konservasi Energi :

1. Tanda-tanda vital :
Suhu 35,5 °C, Nadi 120 x/mnt, Pernapasan 52 x/mnt, TD : 89/55 mmHg
2. BB anak : 6625 gram TB : 66 cm
3. Pola pemenuhan nutrisi dan cairan :
Saat dirumah (sebelum sakit) pasien mendapat ASI dan nasi lembek
Sekarang pasien mendapat susu formula dari RS
4. Pola istirahat/ tidur :
Saat sebelum sakit pola tidur pasien tidak ada masalah
Setelah sakit, setiap habis bangun tidur pasien selalu menggeleng-gelengkan kepalanya.
5. Pola aktifitas / Latihan / OR /Pola bermain
Saat sebelum sakit pasien biasa main dengan kakak nya dan tetangga.
Kondisi pasien sekarang terbaring lemah di tempat tidur.
6. Pola koping :
Belum dapat dikaji

B. KONSERVASI INTEGRITAS STRUKTUR :

Status Konservasi Integritas Struktur :

1.	Sistem pernafasan Pernapasan spontan dengan bantuan O ₂ 1 lpm. Sesak (+), retraksi (+) minimal, nafas cuping hidung (-), slem +/-, ronkhi +/+. FP : 52 x/menit, FN : 135 x/menit.
2.	Sistem pencernaan Tidak ada masalah
3.	Sistem kardiovaskuler BJ I dan II normal, murmur (-), gallop (-)
4.	Sistem hematologi/immunologi Tidak ada masalah
5.	Sistem perkemihan Dari PICU, pasien terpasang cateter urin dengan produksi urin warna kuning jernih. Kemudian tgl 4 April jam 12 siang cateter urin di <i>aff</i> .
6.	Sistem persyarafan Pasien masuk dengan kejang dan beberapa kali kejang di PICU. Diruangan infeksi pasien sempat mengalami spastis pada lengan kanan dan kedua kaki.
7.	Sistem endokrin : Tidak ada masalah
8.	Sistem integumen Tidak ada masalah.
9.	Sistem muskuloskeletal Hipotoni pada ekstremitas
10.	Sistem Neuromuscular Tumbuh kembang pasien mengalami kemunduran. Sebelum sakit pasien bisa duduk, setelah sakit anak hanya berbaring lemah.

C. KONSERVASI INTEGRITAS PERSONAL :

Status Integritas Personal :

1. Bagaimana pandangan anak tentang kondisinya saat ini
Tidak dapat dikaji
2. Apakah anak merasa takut masuk rumah sakit
Tidak dapat dikaji

3. Apa yang diinginkan anak saat ini
Tidak dapat dikaji
4. Ekspresi wajah anak
Ekspresi wajah sedih
5. Suasana hati / mood anak
Pasien menangis terus
6. Bagaimana perilaku Anak
Pasien terbaring lemah
7. Bagaimana kontak mata anak saat bicara
Kontak mata pasien saat diajak bicara tidak ada
8. Bagaimana perkembangan motorik kasar anak
Sebelum sakit pasien sudah dapat duduk sendiri dan jalan merembet. Setelah sakit pasien belum dapat duduk.
9. Bagaimana perkembangan motorik halus anak
Perkembangan motorik halus pasien selama sakit mengalami penurunan.
Sebelum sakit pasien dapat memegang gelas, setelah sakit pasien tidak dapat melakukan.

D. KONSERVASI INTEGRITAS SOSIAL :

Status Konservasi Integritas Sosial :

1. Bagaimana komunikasi anak dengan orang tua :
Sebelum sakit orang tua tidak mengalami masalah pada waktu berbicara dengan anaknya. Setelah sakit saat orang tua komunikasi dengan anaknya, kontak mata tidak ada.
2. Bagaimana komunikasi anak dgn petugas kesehatan :
Perawat selalu memanggil nama pasien, tetapi pasien tidak berespon.
3. Bagaimana kebiasaan bermain anak :
Sebelum sakit pasien biasa bermain dirumah
Setelah sakit pasien tidak dapat bermain ditempat tidur,
4. Bagaimana hubungan anak dengan teman sebaya
Pasien biasa bermain dengan teman sebayanya pada waktu sebelum sakit.
Setelah sakit pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur,
5. Bagaimana hubungan anak dengan petugas kesehatan :
Tidak dapat dikaji.

6. Bagaimana peran anak di lingkungan :
Tidak dapat dikaji

7. Cerita yang disukai :
Tidak ada

8. Tokoh idola
Tidak ada

E. LINGKUNGAN

Status Lingkungan :

1. Lingkungan internal

Hasil pemeriksaan :

■ Rontgen :

- Jantung kesan tidak membesar
- Mediastinum superior tidak melebar
- Trakea relatif ditengah, kedua hilus tidak menebal
- Tampak infiltrat diperihiler kanan kiri dan perikardial kiri
- Kedua hemidiafragma dan sinus kostofrenikus baik, tulang-tulang kesan baik
- Kesan ; Bronkopneumonia

■ TORCH :

TORCH	HASIL	SATUAN	RUJUKAN
Anti HSV I Ig G	0,35 non reaktif	index	< = 0,90 non reaktif
Anti HSV I Ig M	0,46 non reaktif	index	< = 0,90 non reaktif
Anti HSV II Ig G	0,19 non reaktif	index	≤ = 0,90 non reaktif
Anti HSV II Ig M	0,19 non reaktif	index	≤ = 0,90 non reaktif

■ Hasil pemeriksaan mikrobiologi tgl 1/4/2012 jam 14.31

Hasil :

- Hasil biakan darah setelah 1 x 24 jam : belum tumbuh
- Hasil biakan darah setelah 2 x 24 jam : belum tumbuh
- Hasil biakan darah setelah 3 x 24 jam : belum tumbuh
- Hasil biakan darah setelah 4 x 24 jam : belum tumbuh
- Hasil biakan darah setelah 5 x 24 jam : belum tumbuh

Kesimpulan : biakan darah steril

Isolate : steril

■ Hasil pemeriksaan lab darah/Urin :

Hematologi	Nilai 02/04/2012	Nilai 03/04/2012	Nilai Normal
Hematologi			
Hb	10,5*	-	11,5 – 15,5 g/dl
Ht	35,2	-	35 – 45 %
Eritrosit	4,39	-	3,70 – 5,30
Trombosit	459.000*	--	150.000 – 400.000
Leukosit	26,45*	-	6 – 17,5
MCV	80,2	--	70 – 86
MCH	23,9	-	23 – 31
MCHC	29,8*	-	30 – 36
N. Segmen			
Netrofil	39,3*	26,2*	52 - 76 %
Limfosit	56*	63,3*	20 - 40
Monosit	3,6	9,2*	2 - 8
Eosinofil	0,9*	0,9*	1 - 3
Basofil	0,2	0,4	0 - 1
Kimia klinik			
Albumin	3,35	-	0,8 – 5,4 g/dl
Ureum darah	6	-	< 50 mg/dl
Kreatinin darah	0,10	-	0,80 – 1,30 mg/dl
Glukosa sewaktu	140	-	- mg/dl
Urin lengkap			
Warna	-	kuning	kuning
Kejernihan	-	jernih	jernih
Sedimen	-		
- leukosit	-	1-2	-
- eritrosit	-	0-1	-
- silinder	-	negatif	negatif
- sel epitel	-	1 +	negatif
- bakteri	-	negatif	negatif
- kristal	-	negatif	negatif
BJ	-	1,005	1,005 – 1,030
PH	-	6,5	4,5 – 8,0
Protein	-	negatif	negatif
Glukosa	-	negatif	negatif
Keton	-	negatif	negative
Bilirubin			
Urobilinogen	-	3,2	3,2 – 16,0
Nitrit	-	negatif	negatif
Procalcitonin	16,08	-	< 0,1 ng/L
Elektrolit darah			
Na darah	135	135	132 – 147
K darah	-	4,91	3,3 – 5,4
Cl darah	-	94,1	94 – 111
Calcium darah	-	8,8*	9,0 – 11,0

Elektrolit urin			
Na	45*	-	59 – 150
K	28,3	-	20 – 80
Calcium	2,2	-	
Analisis cairan otak			
Makroskopik			
Warna	tidak berwarna	tidak berwarna	tidak berwarna
Kejernihan	jernih	jernih	jernih
Bekuan	negatif	negatif	negatif
Mikroskopik			
Hitung sel	10	-	0 – 5 sel/uL
Hitung jenis			
PMN (segmen)	7	-	-
MN (limfosit)	3	-	-
Kimia			
None	negatif	negatif	negative
Pandy	negatif	negatif	negative
Protein cairan otak	24	-	15 – 45 mg/dl
Glukosa cairan otak	96	-	- mg/dl
Glukosa serum	93	-	- mg/dl
Klorida (Cl)	118	-	113 – 127 mg/dl

2. Lingkungan eksternal

a. Lingkungan Perseptual

Penglihatan

■ Cahaya : refleks terhadap cahaya -/-

Pendengaran

■ Suara bising : ruang rawat agak bising karena banyak orang

Penciuman

■ Bau : -

Perabaan

■ Gatal : baik

■ Nyeri : baik

■ Sentuhan : walau pasien tidak bisa melihat, pasien dapat membedakan sentuhan ibu nya dan perawat

■ Perubahan suhu : kadang udara ruangan panas jika banyak pengunjung atau visit dokter

■ Kelembaban : cukup

Pengecapan :

■ Obat minum : pasien menggunakan NGT

b. Lingkungan Konseptual

■ Bahasa : belum dapat bicara

■ Kemampuan kognitif : tidak bisa dikaji

■ Coping Anak : tidak bisa dikaji

■ Sistem Nilai : tidak bisa dikaji

■ Spiritual : tidak bisa dikaji

■ Tradisi budaya : tidak bisa dikaji

c. Lingkungan Operasional

- Polusi : rumah tinggal pasien dekat pembuangan sampah dan kali
- Tegangan listrik tinggi : tidak tinggal di daerah tegangan listrik tinggi
- Tinggal dekat daerah endemik penyakit : tidak tinggal di daerah endemik penyakit

Penatalaksanaan :

- Cefotaxime 4 x 350 mg (IV), stop tgl 8/4/2012
- Fenobarbital 2 x 15 mg (PO)
- Ambroxol 3 x 3mg (PO)
- Salbutamol 3 x 0,3 mg (PO)
- Inhalasi ventolin 1 respsul dan NaCl 0,9 % 2 ml sebanyak 4 x/hari

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

DATA FOKUS

Nama klien : Anak N (Perempuan)
 Usia : 11 bulan 8 hari
 Dx medis : Pneumonia komuniti, ensefalopati, hipoksik iskemik DD/enfalitis
 Tgl masuk ruang rawat : 4 April 2012
 Tgl Pengkajian : 4 April 2012

KONSERVASI	DATA SUBYEKTIF	DATA OBJEKTIF
1. Energi	Bpk pasien mengatakan anaknya tidak mendapat ASI lagi karena anaknya dirawat di PICU.	• Pasien mendapat susu formula dari RS • Pasien minum susu dengan NGT • BB pasien saat pengkajian : 6,2 kg • Terpasang O2 1 lpm/nasal kanula
2. Integritas struktur	• Bapak pasien mengatakan anaknya kejang saat masuk RS dan sekarang kadang-kadang kaku terutama pada tangan kanan dan kedua kaki. • Menurut orang tua pasien, anaknya mengalami kemunduran Semula anaknya sudah bisa duduk, sekarang anaknya hanya bisa berbaring.	• Anak tampak spastis pada tangan kanan dan kedua kaki • Sekret banyak, takipnu (+), dispnea (+), sianosis (-) • Pernapasan reguler, sesak (+), FP : 52 x/menit, retraksi (+), slem banyak, batuk dan agak lama • Terpasang NGT • Terpasang O2 1 lpm/nasal kanula
3. Integritas Personal	• Orang tua pasien mengatakan anaknya tidak bisa melihat lagi (tatapan anaknya kosong)	• Pasien hanya bisa menangis
4. Integritas Sosial	• Orang tua tampak cemas dengan keadaan anaknya sekarang • Bapak mengatakan ibu pasien menjaga kakak pasien yang dirawat juga di RS Kramat Jati karena sakit paru-paru	• Bapak pasien menjaga anaknya, • Tidak ada keluarga lain yang menjenguk pasien selain orang tua.

TROPHICOGNOSIS

1. Pola nafas tidak efektif
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif
3. Risiko aspirasi
4. Risiko kekurangan volume cairan
5. Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh
6. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan
7. Kecemasan pada orang tua

HIPOTESIS

Nama klien : Anak N (Perempuan)
 Usia : 11 bulan 8 hari
 Dx medis : Pneumonia komuniti, ensefalopati, hipoksik iskemik DD/enfalitis
 Tgl masuk ruang rawat : 4 April 2012
 Tgl Pengkajian : 4 April 2012

TROPHICOGNOSIS	HIPOTESIS
Pola nafas tidak efektif <u>Tujuan :</u> Pola nafas kembali efektif <u>Kriteria hasil:</u> dispnea (-), pernapasan reguler, pernapasan cuping hidung (-)	☐ Monitor TTV ☐ Kaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung ☐ Auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi ☐ Beri posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka ☐ Ajarkan orang tua untuk memberi posisi nyaman, posisi miring untuk mencegah aspirasi. ☐ Berikan nebulasi sesuai dengan terapi . ☐ Lakukan pengisapan lender secara berkala ☐ Berikan O2 jika anak terlihat sesak ☐ Monitor intake dan output ☐ Kaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) ☐ Beri cairan sesuai dengan program
Risiko aspirasi b.d tidak efektifnya refleks menelan <u>Tujuan :</u> Tidak terjadi aspirasi <u>Kriteria hasil :</u> ☐ Bertoleransi terhadap intake oral dan sekresi tanpa aspirasi jalan nafas ☐ Terjadi peningkatan eflleks menelan	

Risiko kekurangan volume cairan <u>Tujuan:</u> Keseimbangan cairan tetap adekuat <u>Kriteria hasil :</u> □ TTV dalam batas normal (suhu) □ Intake dan output seimbang □ Tidak ada tanda-tanda dehidrasi □ Berat badan meningkat	□ Timbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama □ Kolaborasi pemasangan NGT □ Kolaborasi : Pemberian obat dan pemeriksaan laboratorium □ Cek residu sebelum pemberian makan dan minum lewat NGT □ Monitor tanda aspirasi selama proses pemberian makan dan minum (batuk, tersedak, saliva) □ Monitor tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks menelan dan kemampuan menelan □ Monitor status paru □ Ajarkan pada keluarga cara memberikan makan dan minum □ Kaji pola makan klien dan kebiasaan makan klien dan makanan kesukaannya □ Anjurkan pada keluarga untuk meningkatkan intake nutrisi dan cairan □ Kolaborasi dengan ahli gizi tentang kebutuhan kalori dan tipe makanan yang dibutuhkan □ Monitor intake nutrisi dan kalori □ Kaji kebutuhan untuk pemasangan NGT □ Pertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien □ Berikan nutrisi melalui NGT dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT □ Monitor penurunan dan peningkatan BB □ Berikan penjelasan kepada orang tua tentang standar pertumbuhan fisik dan tugas-tugas perkembangan sesuai usia anak. □ Pengukuran antropo-metrik secara berkala □ Pemberian makanan/ minuman sesuai program terapi diet pemulihan.
Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh <u>Tujuan:</u> Kebutuhan nutrisi pasien tetap terpenuhi <u>Kriteria hasil:</u> □ Klien dapat mempertahankan berat badan atau penurunan BB tidak lebih dari 1 kg. □ Klien mengkonsumsi jumlah cairan dan nutrisi adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme basal pada periode pasca operasi. □ Masukan nutrisi dan cairan adekuat tanpa aspirasi atau tersedak sebelum pulang	
Gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak <u>Tujuan:</u> Pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai dengan usia <u>Kriteria hasil :</u> - Orang tua memahami pertumbuhan dan perkembangan anaknya	

Kecemasan pada orang tua <u>Tujuan :</u> Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan rasa cemas pada orang tua dapat berkurang <u>Kriteria hasil :</u> - Orang tua dapat mengekspresikan perasaan dan kekhawatirannya - Ekspresi wajah orang tua tenang	□ Stimulasi tingkat perkembangan sesuai dengan usia klien □ Anjurkan orang tua untuk membawa anaknya ke klinik tumbuh kembang anak □ Kaji tingkat kecemasan orang tua serta penyebab □ Berikan penjelasan kepada orang tua tentang kondisi anaknya, perawatan dan pengobatan dan prosedur yang akan dilakukan dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh orang tua □ Pertahankan sikap yang menyenangkan, rileks dan meyakinkan
--	---

INTERVENSI dan EVALUASI KEPERAWATAN

Nama klien : Anak N (Perempuan)
 Usia : 11 bulan 8 hari
 Dx medis : Pneumonia komuniti, ensefalopati, hipoksik iskemik DD/enfalitis
 Tgl masuk ruang rawat : 4 April 2012
 Tgl Pengkajian : 4 April 2012

KONSERVASI ENERGI			
TANGGAL	WAKTU	INTERVENSI KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN
4 April 2012	20.00 – 08.00	☐ Memonitor TTV (suhu, nadi, pernapasan) Hasil: Suhu= 36,3 °C, Nadi= 122 x/mnt, P= 54 x/mnt ☐ Mengkaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Hasil : Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea (+), retraksi suprasternal minimal, lendir (+), pernapasan cuping hidung (-). ☐ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi Hasil : ronchi +/-, wheezing -/-	S : Bapak pasien mengatakan anaknya tidak dikasih ASI lagi karena dirawat di PICU. Ibu pasien juga sedang menjaga anaknya yang sedang dirawat di RS lain. Anaknya suka batuk. Bapak pasien mengatakan anaknya masih batuk dan sesak O : Pasien tampak Dispnu (+), takipnu, retraksi minimal, nafas cuping hidung (-), FP : 56 x/menit, slem (+). terbaring lemah, terpasang NGT, sesak (+), batuk (+). Hasil kajian tim gizi, pasien termasuk gizi kurang A : Masalah terjadi P : Rencana tindakan dilanjutkan

		□ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Hasil : Klien diposisikan tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka □ Mengajarkan orang tua untuk memberi posisi nyaman, posisi miring untuk mencegah aspirasi Hasil : Jika klien batuk bapak diajarkan untuk mengangkat anaknya dan diposisikan miring, bapak memahami dan memperagakan. □ Memberikan O2 sesuai instruksi dokter Hasil : O2 diberikan sebanyak 1 liter/menit/nasal kanul □ Mengkaji pola makan klien dan kebiasaan makan klien dan makanan kesukaannya Hasil : pasien tidak mendapat ASI selama dirawat di RS. Selama dirumah, pasien minum ASI dan diberi makan nasi lembek dan sayur. □ Menganjurkan pada keluarga untuk meningkatkan intake nutrisi dan cairan Hasil : ibu memahami □ Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang kebutuhan kalori dan tipe makanan yang dibutuhkan Hasil : BB saat masuk 6625 gram kg dengan TB 66 cm. Perbandingan BB/TB : 85 % termasuk gizi kurang.	
--	--	---	--

		□ Memonitor intake nutrisi dan kalori Hasil : Bapak memberikan susu per NGT □ Mengkaji kebutuhan untuk pemasangan NGT Hasil : pasien sudah terpasang NGT □ Mempertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien Hasil : pasien dalam posisi semi fowler □ Memberikan nutrisi melalui NGT dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT Hasil : susu formula diberikan 8 x 120 ml/24jam □ Memonitor penurunan dan peningkatan BB Hasil : 6625 gram	
5 April 2012	20.30 – 08.00	□ Memonitor TTV (suhu, nadi, pernapasan) Hasil: Suhu=36,5 °C, Nadi=124 x/mnt, P= 48 x/mnt □ Mengkaji irama, frekuensi pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Hasil : Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea (+), retraksi suprasternal minimal, lendir (+), pernapasan cuping hidung (-) □ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi Hasil : ronchi +/-, wheezing -/-	

		□ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Hasil : Klien diposisikan tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka □ Memberikan O2 sesuai instruksi dokter Hasil : O2 diberikan sebanyak 1 liter/menit/nasal kanul □ Memonitor intake dan output Input : Susu : 970 ml/NGT <u>IVFD : 0 ml +</u> 970 ml Output : Urin : 680 ml <u>IWL : 265 ml +</u> 945 ml Balance cairan + 25 ml □ Mengkaji pola makan klien Hasil : pasien dapat minum per NGT, tidak ada muntah □ Menganjurkan pada keluarga untuk meningkatkan intake nutrisi dan cairan Hasil : ibu memahami □ Memonitor intake nutrisi dan kalori Hasil : Bapak memberikan susu per NGT □ Mempertahankan kepala dalam posisi semi fowler saat memberi nutrisi pada pasien	
--	--	---	--

		Hasil : pasien dalam posisi semi fowler □ Memberikan nutrisi melalui NGT dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT Hasil : susu formula diberikan 8 x 120 ml/24jam □ Memonitor penurunan dan peningkatan BB Hasil : 6650 gram (BB meningkat 25 gram)	
7 April 2012	07.00 – 14.00	□ Memonitor TTV (suhu, nadi, pernapasan) Hasil : Suhu = 36,5°C, Nadi = 130 x/mnt, P=50 x/mnt □ Mengkaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Hasil : Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea (+), retraksi suprasternal minimal, lendir (+), pernapasan cuping hidung (-). □ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi Hasil : ronchi +/-, wheezing -/- □ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Hasil : Klien diposisikan tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka □ Memberikan O2 sesuai instruksi dokter Hasil : O2 diberikan sebanyak 1 liter/menit/nasal	

		kanul ☐ Memonitor intake dan output Balance cairan 24 jam Input : Susu : 984 ml/NGT <u>IVFD : 0 ml +</u> 984 ml Out put : Urin : 676 ml <u>IWL : 266 ml +</u> 942 ml Balance cairan + 42 ml ☐ Mengkaji pola makan klien Hasil : pasien dapat minum per NGT, tidak ada muntah ☐ Menganjurkan pada keluarga untuk meningkatkan intake nutrisi dan cairan Hasil : bapak memahami ☐ Memonitor intake nutrisi dan kalori Hasil : bapak memberikan susu per NGT ☐ Mengkaji posisi NGT Hasil : NGT masih dalam posisi baik ☐ Mempertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien Hasil : pasien dalam posisi semi fowler	
--	--	--	--

		□ Memberikan nutrisi melalui NGT dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT Hasil : susu formula diberikan 8 x 120 ml/24jam □ Memonitor penurunan dan peningkatan BB Hasil : BB 6760 gram (BB meningkat 135 gram)	
9 April 2012	07.00 – 14.00	□ Memonitor TTV (suhu, nadi) Hasil: Suhu = 36 °C, Nadi = 120 x/mnt, P= 48x/menit □ Mengkaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Hasil : Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea (-), retraksi suprasternal minimal, lendir (+), pernapasan cuping hidung (-). □ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi Hasil : ronchi +/-, wheezing -/- □ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Hasil : Klien diposisikan tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka □ Mengajarkan orang tua untuk memberi posisi nyaman, posisi miring untuk mencegah aspirasi Hasil : Jika klien batuk, ibu diajarkan untuk	

		mengangkat anaknya dan diposisikan miring, Ibu memahami dan mempragakan □ Memberikan O2 sesuai instruksi dokter Hasil: O2 diberikan sebanyak 1 liter/menit/nasal kanul □ Memonitor intake dan output Balance cairan 24 jam Input : Susu : 1240 ml/NGT <u>IVFD : - ml +</u> 1240 ml Out put : Urin : 910 ml <u>IWL : 270 ml +</u> 1180 ml Balance cairan + 60 cc □ Mengkaji pola makan klien Hasil : pasien dapat minum per NGT, tidak ada muntah □ Menganjurkan pada keluarga untuk meningkatkan intake nutrisi dan cairan Hasil : ibu memahami □ Memonitor intake nutrisi dan kalori Hasil : ibu memberikan susu per NGT □ Mengkaji posisi NGT Hasil : NGT masih dalam posisi baik	
--	--	---	--

		□ Mempertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien Hasil : pasien dalam posisi semi fowler □ Memberikan nutrisi melalui NGT dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT Hasil : susu formula diberikan 8 x 150 ml/24jam □ Memonitor penurunan dan peningkatan BB Hasil : 7135 gram (BB meningkat 375 gram)	
10 April 2012	14.00–20.30	□ Memonitor TTV (suhu, nadi, pernapasan) Hasil: Suhu= 37,4°C, Nadi= 130 x/mnt, P = 46 x/mnt □ Mengkaji irama, frekuensi pernapasan, pola pernapasan, kedalaman pernapasan, kesimetrisan pergerakan dada dan adanya pernapasan cuping hidung Hasil : Irama pernapasan reguler, pola pernapasan normal, dispnea (-), retraksi suprasternal minimal, lendir (+), pernapasan cuping hidung (-). □ Melakukan auskultasi daerah paru, catat bunyi nafas tambahan wheezing dan ronchi Hasil : ronchi -/-, wheezing -/- □ Memberi posisi anak untuk ventilasi yang maksimum dan mempertahankan jalan nafas tetap terbuka Hasil : Klien diposisikan tidur menggunakan bantal di bahu agar jalan nafas tetap terbuka	S : Ibu pasien mengatakan anaknya tidak bisa mengisap dot O : Pasien tampak tidak bisa mengisap dot, BB meningkat dari 6625 gram menjadi 7135 gram, NGT terpasang. Volume pemberian susu meningkat. A : Masalah belum teratasi P : Pasien pulang dengan menggunakan NGT

		□ Memberikan O2 sesuai instruksi dokter Hasil : O2 diberikan sebanyak 1 liter/menit/nasal kanul □ Memonitor intake dan output Balance cairan 24 jam Input : Susu : 1250 ml/NGT <u>IVFD : - ml +</u> 1250 ml Out put : Urin : 965 ml Muntah : - ml <u>IWL : 285 ml +</u> 1250 ml Balance cairan 0 ml □ Mengkaji pola makan klien Hasil : pasien dapat minum per NGT, tidak ada muntah □ Menganjurkan pada keluarga untuk meningkatkan intake nutrisi dan cairan Hasil : ibu memahami □ Memonitor intake nutrisi dan kalori Hasil : ibu memberikan susu per NGT □ Mengkaji posisi NGT	
--	--	---	--

		Hasil : NGT masih dalam posisi baik □ Mempertahankan kepala dalam posisi semi fowler/fowler saat memberi nutrisi pada pasien Hasil : pasien dalam posisi semi fowler □ Memberikan nutrisi melalui NGT dan ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pemberian makanan melalui NGT Hasil : susu formula diberikan 8 x 150 ml/24jam □ Memonitor penurunan dan peningkatan BB Hasil : 7135 gram (BB tetap)	
--	--	--	--

KONSERVASI INTEGRITAS STRUKTURAL			
TANGGAL	WAKTU	INTERVENSI KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN
04 April 2012	20.00 – 08.00	☐ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Hasil : mukosa membran kering, turgor kulit elastis ☐ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama Hasil : BB = 6625 gram ☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Hasil : terapi nebulasi diberikan 4 x hari (NaCl 2 cc dan ventolin 1 repul) ☐ Mengecek residu sebelum pemberian makan dan minum lewat NGT ☐ Mengajarkan bapak untuk melakukan pengecekan residu sebelum pemberian susu lewat NGT Hasil : bapak pasien melakukan ☐ Memonitor tanda aspirasi selama proses pemberian makan dan minum (batuk, tersedak, saliva) Hasil : tidak ada tanda-tanda aspirasi ☐ Memonitor tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks mengisap, menelan, dan kemampuan menelan	S : Bapak pasien mengatakan anaknya suka batuk-batuk O : Pasien terbaring lemah. Mukosa membran kering, tanda-tanda dehidrasi(-), dispneu (+), takipneu, retraksi minimal, nafas cuping hidung (-), batuk-batuk, NGT terpasang, pernapasan cepat, slem (+) FP : 56 x/menit, slem (+) A : Masalah belum terajdi P : Rencana tindakan dilanjutkan

		Hasil : tingkat kesadaran CM, refleks batuk (+), refleks mengisap lemah, refleks menelan (-), kemampuan menelan lemah ☐ Monitor status paru Hasil : tidak ada tanda-tanda aspirasi ☐ Melakukan Kolaborasi : pemberian obat Hasil : obat diberikan Cefotaxime 4 x 350 mg (IV) Fenobarbital 2 x 15 mg (PO) Ambroxol 3 x 3 mg (PO) Salbutamol 3 x 0,3 mg (PO)	
05 April 2012	20.00 – 08.00	☐ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Hasil : mukosa membran kering, turgor kulit elastis ☐ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama Hasil : BB = 6650 gram ☐ Mengkaji irama, frekuensi pernapasan, pola ☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Hasil : terapi nebulasi diberikan 4 x hari (NaCl 2 cc dan ventolin 1 repsul) ☐ Mengecek residu sebelum pemberian makan dan minum lewat NGT ☐ Mengingatkan kembali bapak pasien dalam melakukan	

		pengecekan residu sebelum pemberian susu lewat NGT Hasil : bapak pasien melakukan ☐ Memonitor tanda aspirasi selama proses pemberian makan dan minum (batuk, tersedak, saliva) Hasil : tidak ada tanda-tanda aspirasi ☐ Memonitor tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks mengisap, menelan, dan kemampuan menelan Hasil : tingkat kesadaran CM, refleks batuk (+), refleks mengisap lemah, refleks menelan (-), kemampuan menelan lemah ☐ Monitor status paru Hasil : tidak ada tanda-tanda aspirasi ☐ Melakukan Kolaborasi : pemberian obat Hasil : obat diberikan Cefotaxime 4 x 350 mg (IV) Fenobarbital 2 x 15 mg (PO) Ambroxol 3 x 3 mg (PO) Salbutamol 3 x 0,3 mg (PO)	
07 April 2012	07.00 – 14.00	☐ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Hasil : mukosa membran mulut kering, turgor kulit elastis ☐ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama Hasil : BB = 6760 gram	

		□ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Hasil : terapi nebulasi diberikan 4 x hari (NaCl 2 cc dan ventolin 1 repsul) □ Mengecek residu sebelum pemberian makan dan minum lewat NGT □ Mengingatn kembali bapak pasien dalam melakukan pengecekan residu sebelum pemberian susu lewat NGT Hasil : bapak pasien melakukan □ Memonitor tanda aspirasi selama proses pemberian makan dan minum (batuk, tersedak, saliva) Hasil : tidak ada tanda-tanda aspirasi □ Memonitor tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks mengisap, menelan, dan kemampuan menelan Hasil : tingkat kesadaran CM, refleks batuk (+), refleks mengisap lemah, refleks menelan (-), kemampuan menelan lemah □ Monitor status paru Hasil : tidak ada tanda-tanda aspirasi □ Melakukan Kolaborasi : pemberian obat Hasil : obat diberikan Cefotaxime 4 x 350 mg (IV) Fenobarbital 2 x 15 mg (PO) Ambroxol 3 x 3 mg (PO) Salbutamol 3 x 0,3 mg (PO)	
--	--	---	--

		☐ Memberikan O2 sesuai instruksi dokter Hasil : O2 diberikan sebanyak 1 liter/menit/nasal kanul	
09 April 2012	07.00 – 14.00	☐ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Hasil : mukosa membran kering, turgor kulit elastis ☐ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama Hasil : BB = 7135 gram ☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Hasil : terapi nebulasi diberikan 4 x hari (NaCl 2 cc dan ventolin 1 repul) ☐ Mengecek residu sebelum pemberian makan dan minum lewat NGT ☐ Mengajarkan ibu untuk melakukan pengecekan residu sebelum pemberian susu lewat NGT Hasil : ibu pasien memahami dan melakukan ☐ Memonitor tanda aspirasi selama proses pemberian makan dan minum (batuk, tersedak, saliva) Hasil : tidak ada tanda-tanda aspirasi ☐ Memonitor tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks mengisap, menelan, dan kemampuan menelan Hasil : tingkat kesadaran CM, refleks batuk (+), refleks mengisap lemah, refleks menelan (-), kemampuan menelan lemah	

		☐ Monitor status paru Hasil : tidak ada tanda-tanda aspirasi ☐ Memberikan penjelasan kepada orang tua tentang standar pertumbuhan fisik dan tugas-tugas perkembangan sesuai usia anak. ☐ Memberikan penjelasan tentang pentingnya pengukuran antropo-metrik secara berkala ☐ Melakukan Kolaborasi : pemberian obat Hasil : obat diberikan Cefotaxime 4 x 350 mg (IV) stop Fenobarbital 2 x 15 mg (PO) Ambroxol 3 x 5 mg (PO) Salbutamol 3 x 0,5 mg (PO)	
10 April 2012	07.00 – 14.00	☐ Mengkaji status hidrasi (mukosa membran, turgor kulit) Hasil : mukosa membran mulut kering, turgor kulit elastis ☐ Menimbang berat badan setiap hari dengan timbangan, kondisi dan waktu yang sama Hasil : BB = 7135 gram ☐ Memberikan nebulasi sesuai dengan terapi Hasil : terapi nebulasi diberikan 4 x hari (NaCl 2 cc dan ventolin 1 repul) ☐ Mengecek residu sebelum pemberian makan dan	S : Ibu pasien mengatakan anaknya tidak tersedak, batuk dan sesak anaknya berkurang O : Pasien tampak lebih segar/: Dispnu (-), batuk masih ada tetapi jarang, FP : 46 x/mnt, slem masih ada, tanda-tanda dehidrasi tidak ada, balance cairan (+), pasien tidak mengalami aspirasi A : Masalah tidak terjadi P : Hentikan rencana tindakan

		minum lewat NGT □ Mengingatkan kembali ibu untuk melakukan pengecekan residu sebelum pemberian susu lewat NGT Hasil : bapak pasien melakukan □ Memonitor tanda aspirasi selama proses pemberian makan dan minum (batuk, tersedak, saliva) Hasil : tidak ada tanda-tanda aspirasi □ Memonitor tingkat kesadaran, refleks batuk, refleks mengisap, menelan, dan kemampuan menelan Hasil : tingkat kesadaran CM, refleks batuk (+), refleks mengisap lemah, refleks menelan (-), kemampuan menelan lemah □ Monitor status paru Hasil : tidak ada tanda-tanda aspirasi □ Melakukan Kolaborasi : pemberian obat Hasil : obat diberikan Cefotaxime 4 x 350 mg (IV) Fenobarbital 2 x 15 mg (PO) Ambroxol 3 x 5 mg (PO) Salbutamol 3 x 0,5 mg (PO)	
--	--	---	--

KONSERVASI INTEGRITAS PERSONAL			
TANGGAL	WAKTU	INTERVENSI KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN
09 April 2012	07.00 – 14.00	☐ Memberikan stimulasi tingkat perkembangan sesuai dengan usia klien. Hasil: Pasien belum berespon ☐ Menganjurkan kepada orang tua untuk membawa anaknya ke klinik tumbuh kembang anak Hasil: orang tua memahami	S : Orang tua mengatakan anaknya mengalami kemunduran dalam perkembangannya. Dirumah anak dapat duduk O : Pasien hanya berbaring lemah, tatapan mata pasien kosong. A : Masalah terjadi P : Lanjutkan rencana tindakan dengan menganjurkan orang tua untuk sering melakukan stimulasi pada anaknya dan membawa anaknya ke klinik tumbuh kembang jika sudah kondisi nya sudah membaik

KONSERVASI INTEGRITAS SOSIAL			
TANGGAL	WAKTU	INTERVENSI KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN
09 April 2012	07.00 – 14.00	□ Mengkaji tingkat kecemasan orang tua serta penyebab Hasil: Orang tua cemas dengan keadaan anaknya dan tidak mampu membayar biaya perawatan □ Memberikan penjelasan kepada orang tua tentang kondisi anaknya, perawatan dan pengobatan dan prosedur yang akan dilakukan dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh orang tua Hasil: Orang tua memahami □ Mempertahankan sikap yang menyenangkan, rileks dan meyakinkan □ Membantu orang tua memecahkan solusi biaya perawatan anaknya Hasil: Orang tua mendapat solusi keuangan sehingga anaknya bisa pulang dari rumah sakit	Tanggal 10 April 2012 S: Orang tua mengatakan senang anaknya bisa pulang dari rumah sakit O: Orang tua tampak senang A: Masalah teratasi P: Rencana tindakan dihentikan.

5 WAKTU MENCUCI TANGAN

**1. SEBELUM
MENYENTUH PASIEN**

**2. SEBELUM
PROSEDUR**



**3. SETELAH
PROSEDUR DAN
TERPAPAR CAIRAN**

**4. SETELAH
MENYENTUH
PASIE**

**5. SETELAH
MENYENTUH SEKITAR
PASIE**



UNIVERSITAS INDONESIA

**LAPORAN KEGIATAN PROYEK INOVASI
DI RUANG ANGGREK RSAB HARAPAN KITA
JAKARTA**

**OPTIMALISASI PATIENT SAFETY : PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN INFEKSI NOSOKOMIAL PADA PASIEN DENGAN
MASALAH PERNAPASAN**

Disusun oleh :

SUSI HARTATI

0906505041

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

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan di rumah sakit dan hal itu terkait dengan isu mutu dan citra rumah sakit. Keselamatan pasien adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan pasien koma, pelaporan dan analisis *accident*, kemampuan belajar dari *accident* dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko (Dep Kes R.I, 2006). Keselamatan pasien atau *patient safety* juga didefinisikan sebagai bebas dari trauma atau injuri yang terjadi secara kebetulan yang dapat disebabkan oleh perawatan medis seperti rasa sakit atau kematian akibat kesalahan pemberian obat, salah pasien dan infeksi nosokomial (Institute of Medicine, 2000 dalam Miller at al, 2011). Istilah *patient safety* bukan hanya berfokus pada strategi pencegahan kecelakaan seperti penggunaan sabuk pengaman dan helm, akan tetapi konsep *patient safety* pada keperawatan anak merupakan upaya pencegahan injuri pada anak yang disebabkan langsung oleh pemberi pelayanan kesehatan itu sendiri (Miller at al, 2011). Lebih dari 10 tahun terakhir, *patient safety* menjadi prioritas utama dalam sistem pelayanan kesehatan (Miller, 2011). Di United States, diperkirakan 44.000-98.000 pasien yang dirawat setiap tahunnya meninggal akibat kesalahan medis (Institute of Medicine dalam Miller,2011). Meskipun kesalahan hampir tidak dapat dihindari, akan tetapi *patient safety* dapat ditingkatkan dan beberapa rumah sakit telah mencanangkan keamanan sebagai prioritas utama.

Salah satu solusi untuk *patient safety* adalah pencegahan infeksi nosokomial. Masalah infeksi nosokomial dapat terjadi pada semua jenis penyakit di rumah sakit termasuk di ruangan perawatan anggrek. Ruang perawatan anggrek merupakan ruang rawat inap anak kelas II untuk kasus-kasus infeksi dan non infeksi. Selama pasien dirawat di rumah sakit, infeksi nosokomial dapat dialami oleh pasien. Infeksi

nosokomial tidak saja menyangkut pasien tetapi juga yang kontak dengan rumah sakit termasuk tenaga kesehatan, staf rumah sakit, pengunjung dan pengantar. Salah satu penularan infeksi dapat dengan cara *droplet infection* dimana kuman dapat mencapai ke udara (*air borne*). Masalah infeksi pernapasan pada pasien anak di ruangan anggrek merupakan salah satu sumber infeksi yang sangat memungkinkan terjadinya penularan infeksi dengan cara droplet. Penularan infeksi dengan cara droplet ini dapat dicegah dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang etika batuk dan bersin serta tentang mencuci tangan yang benar pada keluarga pasien.

Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara di ruang anggrek, terdapat sarana untuk mencuci tangan yaitu wastafel yang terdapat di ruang perawat, ruang tindakan dan di setiap ruang rawat pasien. Wastafel yang berada di ruang rawat pasien dalam kondisi yang kurang bersih dan tidak terdapat cairan desinfektan untuk mencuci tangan. Botol *handcrub* di lorong ruangan tersedia tetapi tidak berisi cairan desinfektan. Beberapa poster langkah-langkah mencuci tangan tidak tertempel baik pada tempatnya dan ada beberapa yang hilang. Selain itu poster etika batuk dan bersin belum tersedia di ruangan.

Berdasarkan latar belakang di atas, residen bermaksud melakukan proyek inovasi optimalisasi patient safety : pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial dengan membuat dan memaksimalkan penggunaan media cuci tangan dan etika batuk di ruang anggrek sehingga dapat menjadi suatu kebiasaan yang baik untuk tenaga kesehatan dan keluarga pasien sehingga infeksi nosokomial dapat dicegah dan dikendalikan.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Terselenggaranya proyek inovasi keperawatan optimalisasi *patient safety* di Ruang Anggrek RSAB Harapan Kita Jakarta dengan baik sehingga tercapainya kualitas asuhan keperawatan yang optimal.

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasinya kebutuhan inovasi keperawatan optimalisasi *patient safety* : pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial meliputi penyediaan media etika batuk dan bersin serta mencuci tangan yang diperlukan oleh tenaga kesehatan dan keluarga pasien.
- b. Tersusunnya rencana kegiatan inovasi keperawatan optimalisasi *patient safety* : pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi penyediaan media etika batuk dan bersin serta mencuci tangan sesuai dengan masalah dan kebutuhan ruangan.
- c. Terlaksananya kegiatan inovasi keperawatan sesuai dengan masalah dan kebutuhan ruangan yaitu optimalisasi *patient safety* : pencegahan dan pengendalian infeksi

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. *Patient safety* dalam Keperawatan Anak

Patient Safety atau keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Menurut WHO “*Safety is a fundamental principle of patient care and a critical component of quality management.*” (World Alliance for Patient Safety, Forward Programme WHO, 2004) *Patient safety* sendiri merupakan proses pelayanan rumah sakit secara lebih aman, termasuk *assessment* risiko, identifikasi dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden serta penerapan solusi untuk meminimalisasi risiko. Keselamatan pasien adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan pasien koma, pelaporan dan analisis *accident*, kemampuan belajar dari *accident* dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko (Dep Kes R.I, 2006).

Tujuan *patient safety* adalah :

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di RS
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di RS
4. Terlaksananya program-program pencegahan shg tidak terjadi pengulangan KTD.

Menurut *WHO Collaborating Centre for Patient Safety*, 2 May 2007 terdapat Sembilan solusi keselamatan Pasien di RS yaitu:

1. Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*)
2. Pastikan identifikasi pasien
3. Komunikasi secara benar saat serah terima pasien
4. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar
5. Kendalikan cairan elektrolit pekat
6. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan
7. Hindari salah kateter dan salah sambung slang
8. Gunakan alat injeksi sekali pakai
9. Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.

B. Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial disebut juga *hospital acquired infections* adalah suatu infeksi yang diperoleh/dialami pasien selama dirawat di rumah sakit dan infeksi itu tidak ditemukan/diderita pada saat pasien masuk rumah sakit. Infeksi terjadi biasanya lebih dari 48 jam setelah masuk rumah sakit (WHO, 2002).

Sumber infeksi nosokomial meliputi :

1. Tindakan pemasangan infus, pembedahan, penyuntikan, pemasangan kateter urine dll
2. Udara melalui AC
3. Makanan & minuman dan sumber air mandi
4. Alat alat RS
5. Serangga : kecoak / semut dll
6. Flora normal pasien
7. Pengunjung RS
8. Pasien lain dan Petugas RS

Macam-macam penularan infeksi nosokomial bisa berupa :

1. Infeksi silang (Cross Infection) disebabkan oleh kuman yang didapat dari orang atau penderita lain di rumah sakit secara langsung atau tidak langsung.

2. Infeksi sendiri (Self infection, Auto infection) disebabkan oleh kuman dari penderita itu sendiri yang berpindah tempat dari satu jaringan ke jaringan lain.
3. Infeksi lingkungan (Environmental infection) disebabkan oleh kuman yang berasal dari benda atau bahan yang tidak bernyawa yang berada di lingkungan rumah sakit. Misalnya : lingkungan yang lembab dan lain-lain (Depkes RI 1995).

Menurut James H. Hughes dkk yang dikutip oleh Misnadiarli 1994 tentang model cara penularan, ada 4 cara penularan infeksi nosokomial yaitu :

1. Kontak langsung antara pasien dan personil yang merawat atau menjaga pasien
2. Kontak tidak langsung ketika obyek tidak bersemangat/kondisi lemah dalam lingkungan menjadi kontaminasi dan tidak didesinfeksi atau sterilkan, sebagai contoh perawatan luka pasca operasi.
3. Penularan cara *droplet infection* dimana kuman dapat mencapai ke udara (air borne).
4. Penularan melalui vektor yaitu penularan melalui hewan/serangga yang membawa kuman.

Berikut dibawah ini beberapa faktor yang berperan dalam perkembangan infeksi nosokomial :

1. Penyebab utama infeksi nosokomial biasanya adalah bakteri dan virus, kadang-kadang jamur dan jarang oleh parasit. Peranannya dalam infeksi nosokomial tergantung antara lain dari patogenesis atau virulensi dan jumlahnya.
2. Adanya *portal of exit*/pintu keluar. *Portal of exit* mikroba dari manusia biasanya melalui satu tempat, meskipun dapat juga dari beberapa tempat. *Portal of exit* yang utama adalah saluran pernapasan, saluran cerna dan saluran urogenitalia.
3. Adanya *portal of entry* / pintu tempat masuknya kuman dapat melalui kulit, dinding mukosa, saluran cerna, saluran pernafasan dan saluran urogenitalia. Mikroba yang terinfeksi dapat masuk ke saluran cerna melalui makanan

atau minuman yang terkontaminasi seperti : E.coli, Shigella. Mikroba penyebab rubella dan toxoplasmosis dapat masuk ke host melalui placenta.

4. Rantai penularan dalam rumah sakit : penularan atau transmisi adalah perpindahan mikroba dari *source* ke host. Penyebaran dapat melalui kontak, lewat udara dan vektor. Cara penularan yang paling sering terjadi pada infeksi nosokomial adalah dengan cara kontak.

Infeksi nosokomial dapat dicegah dengan beberapa cara yaitu :

- a. Eradikasi sumber infeksi : Tindakan pencegahan ini sulit dilakukan karena sumber infeksi banyak
- b. Memutuskan mata rantai infeksi :
 - Teknik aseptik dan antiseptik yg benar.
 - Disain bangsal
 - Isolasi penderita menular dan rentan menular
 - Administrasi yg baik : spesimen : kontainer & labeling yg benar
 - Monitoring petugas dapur dan pembuangan sampah
- c. Meningkatkan kekebalan pasien dengan memberikan imunisasi aktif dan pasif
- d. Pemakaian antibiotik profilaksis yang sesuai. Kecenderungan antibiotika profilaksisnya : pemberian antibiotik ber spektrum luas yang terlalu sering, penggunaan antibiotik yangterlalu lama dan kurang tepat.
- e. Teknik invasif : hampir 1/3 mengalami bakteremia
- f. Menurunkan resiko infeksi pasca bedah
 - Rawatan pre-operatif sesingkat mungkin
 - Terapi penyakit dasar sebelum operasi, misalnya ISK pre reseksi prostat
 - Teknik operasi yang baik (pembedahan yg sesingkat mungkin)
 - Debridement jaringan mati dan nekrose dgn baik, draenase yg adekuat, suplay darah yg cukup agar mekanisme pertahanan tubuh optimal.

Seperti telah diuraikan diatas, penularan infeksi pada pasien dengan gangguan pernapasan dapat melalui udara pernapasan dengan cara droplet dan kontak langsung. Penularan dapat terjadi dari pasien ke orang yang merawat (orang tua,

pengasuh dan tenaga kesehatan), pengunjung serta pasien lain. Untuk mencegah terjadinya penularan infeksi diperlukan informasi/pendidikan kesehatan tentang sumber-sumber infeksi,tehnik mencuci tangan yang benar dan etika batuk.

KEBERSIHAN TANGAN

Membersihkan tangan adalah salah satu langkah paling penting untuk mencegah dan mengendalikan penyebaran penyakit di fasilitas pelayanan kesehatan dan merupakan komponen utama dari kewaspadaan standar. Walaupun membersihkan tangan merupakan prosedur sederhana, banyak penelitian membuktikan bahwa tingkat kepatuhan dalam kebersihan tangan masih rendah. Pelaksanaannya cukup sulit, sehingga diperlukan dorongan terus-menerus dan koordinasi tim multidisipliner. Penggunaan antiseptik berbasis alkohol di fasilitas pelayanan kesehatan telah dilakukan belakangan ini dalam usaha meningkatkan kepatuhan dalam kebersihan tangan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam kebersihan tangan adalah

- a. Kebersihan tangan rutin dilakukan dengan menggunakan antiseptik berbasis alkohol bila tangan tidak terlihat kotor, atau dengan mencuci tangan dengan sabun dan air dan menggunakan handuk sekali pakai untuk mengeringkan tangan.
- b. Bila tangan terlihat kotor atau terkena noda darah, atau cairan tubuh lainnya, atau bila kulit tidak utuh mungkin telah terpajan bahan infeksius, tangan harus dicuci secara menyeluruh dengan sabun dan air.
- c. *Surgerical scrub* adalah hal yang rutin dilakukan dan dengan urutan yang bisa bervariasi, akan tetapi tangan dan lengan harus disikat dengan sabun kira kira 10 menit, lalu dibilas dengan air mengalir dan dengan cairan antiseptik.
- d. Bila berkontak dengan darah, cairan darah, secret luka, pus, atau material yg mungkin infeksius, maka tangan harus dicuci untuk 2-3 menit dengan desinfektan.
- e. Sabun dan air *harus* digunakan jika tangan terlihat berminyak (visibly soiled)
- f. Penggunaan sarung tangan tidak berarti mengenyampingkan kebersihan tangan itu sendiri (hand hygiene)

- g. Sarung tangan meniadakan kontaminan sekitar 70% - 80%
- h. Hand rub harus dilakukan dan sarung tangan digunakan dan diganti sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.
- i. Bahan Alkohol digosokkan (rub) keseluruhan permukaan tangan dan jari sehingga bahan mengering.
- j. Petugas Kesehatan tidak boleh mempunyai kuku lebih panjang lebih dari 0,6 cm dan tidak boleh menggunakan kuku palsu.

Indikasi untuk kebersihan tangan:

- a. Sebelum dan setelah perawatan langsung pasien.
- b. Segera setelah sarung tangan dilepas.
- c. Sebelum memegang peralatan invasif yang tidak memerlukan prosedur pembedahan, seperti kateter di dalam pembuluh darah sentral, kateter urin, atau kateter pembuluh darah perifer.
- d. Setelah menyentuh darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi, dan kulit yang tidak utuh serta benda-benda yang terkontaminasi, walaupun menggunakan sarung tangan.
- e. Saat berpindah dari bagian badan yang terkontaminasi ke bagian badan yang bersih selama perawatan pasien, pada pasien yang sama.
- f. Setelah kontak dengan benda mati di sekitar pasien.
- g. Setelah menggunakan toilet.

Bahan cuci tangan mengandung alkohol

- a. Bahan antiseptik untuk tangan yang mengandung alkohol biasanya mengandung isopropanol, ethanol, n-propanol atau kombinasi produk ini.
- b. *Alkohol dengan konsentrasi 60% s/d 90% paling efektif.* Konsentrasi lebih tinggi tidak efektif sebab protein tidak mudah mengalami denaturasi jika tidak ada air.
- c. Alkohol mempunyai aktifitas germicidal invitro yang baik sekali untuk bakteri Gram (+) maupun Gram (-) termasuk juga untuk patogen yang MDR. Selain itu juga untuk virus.
- d. Penelitian membuktikan bahwa alcohol secara efektif mengurangi *bacterial count* pada tangan.

- e. Akan tetapi alcohol tidak baik bila digunakan pada tangan yang kelihatan kotor (visibly dirty) atau tangan terkontaminasi dengan bahan protein (darah, cairan tubuh)
- f. Untuk mengurangi tangan menjadi kering (sering menggunakan alcohol cuci tangan) dicampur glycerol 1% - 3%.

Sabun dan kekurangannya :

Sabun yg non antimikrobiologis (plain soap). Sabun ini ternyata gagal untuk meniadakan bakteri patogen dari tangan, malahan ternyata menambah bacterial count. Sabun ini bisa terkontaminasi dan menyebabkan tangan petugas kesehatan mengalami kolonisasi oleh bakteri batang Gram negatif.

ETIKA BATUK

Etika batuk dan bersin sangat penting karena penularan infeksi dapat terjadi lewat batuk dan bersin. *Droplet infection* adalah infeksi yang ditularkan dari orang ke orang melalui percikan air liur saat batuk atau bersin. Contohnya adalah influenza dan TBC. Penyakit-penyakit ini menular dengan mudah dan cepat di kawasan ramai dan padat.

Kebiasaan batuk yang salah

- ❖ Tidak menutup mulut saat batuk atau bersin di tempat umum.
- ❖ Tidak mencuci tangan setelah digunakan untuk menutup mulut atau hidung saat batuk dan bersin.
- ❖ Membuang ludah sudah batuk disembarang tempat.
- ❖ Membuang atau meletakkan tissue yang sudah dipakai disembarang tempat.
- ❖ Tidak menggunakan masker saat flu atau batuk.

Etika batuk dan bersin

- ❖ Tutup hidung dan mulut dengan tisu, saputangan atau kain. Saat kita batuk dan bersin, air liur, kuman dan virus sedikit banyak ikut keluar dan menyebar ke sekitar kita tanpa kita sadari. Sehingga orang disekitar kita rentan atau beresiko untuk tertular
- ❖ Jika tidak ada janggan tutup menggunakan tangan melainkan gunakan lengan dalam baju anda

- ❖ Segera buang tisu yang sudah dipakai kedalam tempat sampah
- ❖ Cuci tangan dengan menggunakan sabun ataupun cuci tangan berbasis alkohol
- ❖ Gunakan masker jika sedang sakit atau adayang sakit disekitar kita
- ❖ Tidak sembarangan membuang dahak ataupun ludah setelah batuk

Tips dan peringatan :

- ❖ Ajarkan anak-anak cara yang tepat untuk batuk dan bersin untuk membantu mengurangi penyebaran penyakit di udara
- ❖ Bersin pada lengan baju bagian dalam adalah cara penting untuk membantu mengurangi penyebaran penyakit udara di seluruh dunia.
- ❖ Jika menggunakan tissue, itu hanya boleh digunakan sekali dan diikuti segera dengan mencuci tangan dan membuang tissue pada tempat sampah.
- ❖ Cuci tangan dengan menggunakan sabun ataupun cuci tangan berbasis alkohol

BAB III

ANALISIS HASIL KAJIAN DAN RENCANA KEGIATAN

Kegiatan pengkajian dilakukan dalam rangka mengidentifikasi masalah dan kebutuhan ruangan dengan cara mengamati kondisi ruang rawat, melihat data sekunder dan wawancara terhadap perawat dan keluarga. Kegiatan ini dilakukan pada tanggal 20 – 22 Pebruari 2012. Adapun hasil pengkajian sebagai berikut :

A. Profil Ruangan Anggrek

1. Gambaran ruangan Anggrek

Ruang rawat Anggrek merupakan ruang rawat anak dengan kasus-kasus infeksi dan non infeksi untuk berbagai sistem tubuh (termasuk didalamnya kasus-kasus hematologi dan nefrologi). Ruang anggrek merupakan ruang rawat inap kelas II dengan kapasitas 32 tempat tidur yang terdiri dari 32 tempat tidur utama ditambah 1 tempat tidur untuk pasien isolasi. Dalam penerimaan pasien yang akan dirawat, pada prinsipnya ruangan tidak membatasi pasien, karena sesuai dengan kebijakan rumah sakit bahwa tidak boleh menolak pasien kecuali ruangan sudah penuh. Apabila pasien penuh maka tenaga perawat dapat diatur dengan cara meminta bantuan dari ruangan lain yang tidak penuh. Pengaturan tenaga diatur oleh instalasi rawat inap untuk dinas pagi dan oleh penyelia untuk dinas sore dan malam.

Lokasi ruangan anggrek mudah dijangkau karena berada dibagian tengah dan tidak jauh dari pintu utama rumah sakit. Lingkungan sangat kondusif untuk kondisi pasien anak dengan pencahayaan yang cukup dari jendela kaca di setiap ruangan, sirkulasi udara cukup dengan pengaturan pendingin udara (AC) disetiap ruangan. Setiap ruangan kebersihannya terjaga dan dibersihkan 3 x sehari oleh *cleaning service*. Lokasi *Nurse station* ada di tengah ruangan sehingga mudah dijangkau oleh pasien dan keluarga. Penataan ruangan disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi pasien. Waktu kunjungan sesuai dengan peraturan dirumah sakit yaitu siang : 11.00 – 12.00 WIB dan sore : 17.00 – 18.00 WIB.

2. Sarana dan Prasarana

- a. Tersedianya sarana untuk mencuci tangan yaitu wastafel di ruang perawat, ruang tindakan dan di setiap ruang rawat pasien, dimana setiap 2 kamar mempunyai 1 wastafel. Wastafel yang berada di ruang rawat pasien dalam kondisi yang kurang bersih dan tidak terdapat cairan desinfektan untuk mencuci tangan. Botol *handcrub* di lorong ruangan tersedia tetapi tidak berisi cairan.
- b. Pengelolaan sampah sudah dipisahkan antara sampah medis dan non medis, untuk sampah medis diletakkan di dalam plastik kuning dan sampah non medis plastik hitam.
- c. Tersedianya ruang tindakan yang terpisah dengan ruang rawat, yang digunakan untuk melakukan tindakan-tindakan tertentu terutama yang bersifat invasif seperti pemasangan infus, pemasangan NGT, dan sebagainya.
- d. Tersedianya alat tenun yang memadai yang disesuaikan dengan jumlah pasien yang dirawat.
- e. Peralatan medis memadai dengan kondisi yang cukup baik yang tersimpan di ruang tindakan.
- f. Tersedianya alat pelindung diri yang memadai seperti sarung tangan, masker dan barakskort namun penggunaannya masih belum digunakan secara optimal.
- g. Telah tersedia peralatan bermain anak di ruangan tetapi belum dioptimalkan ruangan khusus untuk melakukan terapi bermain.
- h. Tidak tersedia strerilisator di ruangan karena sistem sterilisasi alat dilakukan secara sentralisasi di CSSD.

3. Universal Precaution

- a. Tersedianya alat pelindung diri (APD) di ruangan seperti; masker, sarung tangan dll).
- b. Dalam melakukan tindakan keperawatan invasif terhadap pasien perawat menggunakan alat pelindung diri (APD) minimal menggunakan sarung tangan.

- c. Standar Operasional Prosedur (SOP) pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial sudah ada tetapi belum dipasang sehingga tidak bisa diakses oleh perawat, keluarga serta pengunjung
- d. Semua perawat sudah melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan tetapi tidak semua nya melakukan dengan tehnik yang benar.
- e. Semua perawat telah mendapatkan pelatihan dan memahami *tentang universal precaution*.
- f. Di setiap wastafel terpasang petunjuk tujuh langkah cara mencuci tangan yang benar tetapi tidak semua keluarga pasien dan pengunjung dapat melihat dan mempraktekannya.
- g. Berdasarkan hasil observasi didapat dalam melaksanakan tindakan keperawatan, perawat menggunakan sarung tangan meskipun tidak semua perawat melakukannya, menggunakan masker, *barachskort* dan sarung tangan pada tindakan-tindakan tertentu seperti pelaksanaan kemothorapy.
- h. Belum terdapat poster-poster terkait pencegahan infeksi karena tindakan invasif seperti poster etika batuk, lima waktu cuci tangan

B. Analisis SWOT

STRENGTH	WEAKNESS	OPPORTUNITY	THREAT	MASALAH
a. Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita merupakan rumah sakit rujukan nasional untuk kasus-kasus penyakit anak dan bunda di Indonesia. b. Melalui visi dan misi yang jelas, rumah sakit berkomitmen menyelenggarakan pelayanan kesehatan anak dan bunda yang bermutu. c. Ruangan anggrek mendukung tujuan rumah sakit dengan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien anak dengan infeksi dan non infeksi sejalan dengan visi misi rumah sakit dan visi misi ruangan rawat inap. d. Sudah tersedianya SOP	a. Alat pelindung diri (APD) tersedia diruangan namun hanya digunakan untuk kasus-kasus tertentu saja, seperti HIV, Hepatitis, morbili. b. Standar Operasional Prosedur (SOP) pengendalian infeksi nosokomial sudah ada tetapi akses untuk mendapatkannya belum dapat dilihat oleh tenaga kesehatan, pegawai ruangan, pasien dan keluarga serta pengunjung. c. Masih ada perawat yang tidak melakukan cuci tangan dengan tehnik yang benar sebelum dan sesudah melakukan tindakan . d. Implementasi keperawatan	a. Direktur dan seluruh jajaran rumah sakit anak dan bunda Harapan Kita berkomitmen untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat. b. RSAB Harapan Kita merupakan rumah sakit yang terbuka untuk proses berubah c. Sebagian besar perawat berkomitmen untuk melaksanakan tindakan pencegahan infeksi d. Di ruangan anggrek sudah ada Clinical instructor yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan.	a. Memerlukan penyediaan dana dan sarana dalam merealisasikan suatu program b. Standar operasional prosedur pengendalian infeksi belum dilaksanakan secara optimal terutama oleh keluarga serta pengunjung yang membesuk.	Belum optimalnya media pencegahan infeksi sebagai pendukung terlaksananya <i>patient safety</i>.

pengendalian infeksi nosokomial yg dibuat tim pengendali rumah sakit. e. Semua perawat telah mengikuti pelatihan universal precaution f. Alat tenun memadai dengan kondisi yang baik g. Dalam melakukan tindakan keperawatan, perawat sudah menggunakan APD dan menggunakan teknik aseptik dan antiseptic h. Sarana dan prasarana ruang anggrek mendukung untuk pelaksanaan askep pada pasien anak dengan penyakit infeksi dan non infeksi.	dan evaluasi masih berfokus pada kebutuhan dasar dan instruksi medis. e. Belum terlihat media informasi kesehatan yang dapat dilihat oleh pasien dan keluarga seperti poster dan leaflet pencegahan infeksi nosokomial			
--	--	--	--	--

C. Identifikasi Masalah

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 20 - 22 Februari 2012 diperoleh masalah belum optimalnya media pencegahan infeksi nosokomial sebagai pendukung terlaksananya *patient safety* di ruang anggrek.

D. Plan Of Action proyek inovasi : *patient safety* (infeksi nosokomial)

	PROYEK	KEGIATAN	MATERI/IMPLEMENTASI	METODE	WAKTU	PESERTA	TEMPAT	PJ
	<i>Patient safety</i> : pencegahan dan pengendalian Infeksi Nosokomial pada pasien dengan masalah pernapasan (perilaku cuci tangan dan etika batuk pada tenaga kesehatan dan keluarga pasien)	Pembuatan poster 5 waktu mencuci tangan bagi tenaga kesehatan dan etika batuk	1. Mengumpulkan studi literature yang berkaitan dengan prosedur cuci tangan dan etika batuk 2. Menyusun protap cuci tangan dan etika batuk untuk ruangan anak	Studi literatur	28 Februari - 01 Maret 2012	Residen	Ruang rawat penyakit Infeksi	Susi H
		Sosialisasi penggunaan pedoman cuci tangan dan etika batuk pada tenaga kesehatan dan keluarga pasien	Melakukan sosialisasi penggunaan pedoman cuci tangan dan etika batuk pada keluarga pasien	Demonstrasi dan redemonstrasi	2 Maret 2012	Residen, tenaga kesehatan dan Keluarga pasien	Ruang rawat penyakit Infeksi	Susi H
		Observasi pelaksanaan cuci tangan dan etika batuk pada tenaga kesehatan dan keluarga pasien.	Melakukan observasi pelaksanaan cuci tangan dan etika batuk pada keluarga pasien	Observasi	5 Maret 2012	Residen, tenaga kesehtan dan Keluarga pasien	Ruang rawat penyakit Infeksi	Susi H
		Evaluasi pelaksanaan cuci tangan, etika batuk oleh tenaga kesehatan dan keluarga pasien	Melakukan evaluasi pelaksanaan cuci tangan dan etika batuk yang dilakukan oleh keluarga pasien	Observasi	6 Maret 2012	Residen, tenaga kesehatan & Keluarga pasien	Ruang rawat penyakit Infeksi	Susi H

BAB IV

PEMBAHASAN

A. PELAKSANAAN

Pelaksanaan rencana kegiatan mengacu kepada proposal yang sudah disusun sebelumnya dengan tahapan sebagai berikut :

1. Pengkajian

a. Review kegiatan proyek inovasi kelompok sebelumnya

Kegiatan ini dilakukan dengan mempelajari hasil pengkajian kelompok inovasi sebelumnya yaitu pada tahun 2011.

Hasil pengkajian ditemukan beberapa masalah diantaranya masalah *patient safety*.

b. Observasi

Residen melakukan observasi perilaku mencuci tangan dan batuk pada perawat, pasien dan keluarga pasien.

Hasil observasi didapatkan ada beberapa perawat yang tidak melakukan mencuci tangan pada saat sebelum dan sesudah ke pasien. Begitu pula dengan keluarga pasien, perilaku mencuci tangan pada pasien anak yang besar dan keluarga pasien masih kurang. Fasilitas wastafel untuk mencuci tangan ada beberapa yang rusak dan tidak tersedia sabun cair untuk mencuci tangan. Poster mencuci tangan masih menempel dengan baik di kaca wastafel *nurse station*. Sedang di ruang perawatan pasien, poster mencuci tangan ada beberapa yang hilang atau lepas dari tempatnya.

Etika batuk dan bersin pada pasien anak yang besar masih sangat kurang begitu pula pada keluarga pasien

c. Wawancara

Wawancara dilakukan oleh residen pada kepala ruangan dan beberapa keluarga pasien. Hasil wawancara didapatkan data bahwa keluarga pasien banyak yang belum memahami tentang cara penularan penyakit pernapasan lewat droplet. Banyak keluarga pasien yang juga tidak memahami bagaimana etika batuk.

Setelah data terkumpul kemudian dilakukan analisa dan membuat proposal proyek inovasi. Kemudian tanggal 28 februari 2012 melakukan presentasi hasil pengkajian yang dihadiri beberapa dosen, bidang perawatan, bidang pengendalian infeksi, kepala ruangan, perawat ruangan dan mahasiswa.

Dari hasil diskusi didapatkan bahwa pembuatan media akan dilakukan dengan melakukan konsultasi terlebih dahulu dengan bidang pengendalian infeksi.

2. Pembuatan Media

Pembuatan materi media dilakukan selama 3 hari dengan sebelumnya melakukan beberapa kali konsultasi ke kepala ruangan dan bidang pengendalian infeksi rumah sakit. Media dibuat dalam bentuk poster dan leaflet. Poster lima waktu mencuci tangan (*five momets for hygiene*) dibuat berdasarkan standar dari WHO tahun 2006 dan etika batuk dibuat berdasarkan standar WHO tahun 2008.

3. Implementasi

Sosialisasi poster dan leaflet etika batuk dilakukan oleh residen kepada beberapa pasien anak usia prasekolah dan usia sekolah serta keluarga klien.

B. EVALUASI

1. Evaluasi Proses

a) Pengkajian

Proses pengkajian terkait dengan persiapan penyusunan media didukung sepenuhnya oleh pihak ruangan dan bagian pengendalian infeksi sehingga dapat berjalan sesuai dengan apa yang direncanakan. Bagian pengendalian infeksi dan perawat di ruangan menunjukkan sikap kooperatif dan menyambut baik terhadap proposal kegiatan inovasi mahasiswa residensi.

b) Pembuatan media

Pembuatan media disusun sesuai dengan apa yang telah direncanakan dan berbentuk poster dan leaflet. Kepala ruangan dan bagian pengendalian infeksi banyak memberi masukan terkait pembuatan poster dan leaflet.

c) Implementasi

Sosialisasi media dapat dilakukan dengan memberikan penjelasan kepada keluarga pasien dan pasien anak usia pra sekolah dan usia sekolah. Pasien dan keluarga pasien menunjukkan sikap kooperatif serta senang karena mendapat pengetahuan baru. Keluarga pasien langsung menerapkan pada anaknya yang sedang batuk dengan memberikan masker.

2. Evaluasi Hasil

Poster langkah-langkah mencuci tangan dengan benar terpasang kembali dengan rapih di setiap cermin diatas wastafel tempat mencuci tangan ruang perawatan pasien. Poster etika batuk ditempel di setiap ruang perawatan pasien. Leaflet etika batuk dibagikan pada beberapa pasien dan ditinggal diruangan.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Patient Safety atau keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Salah satu solusi untuk *patient safety* adalah pencegahan infeksi nosokomial. Masalah infeksi nosokomial dapat terjadi pada semua jenis penyakit di rumah sakit termasuk di ruangan perawatan anggrek.

Berdasarkan hasil pengkajian, observasi, wawancara dan *brain storming* dengan bagian pengendalian infeksi, kepala ruangan dan perawat ruang anggrek RSAB Harapan Kita Jakarta didapatkan masalah *patient safety* tentang pencegahan infeksi nosokomial. Mahasiswa Program Ners Spesialis Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang sedang menjalani Mata Ajar Praktik Residensi II di ruang ruang anggrek RSAB Harapan Kita Jakarta menerapkan upaya pencegahan infeksi nosokomial yang berhubungan dengan masalah pernapasan melalui pembuatan media berupa poster 5 waktu mencuci tangan yang ditujukan untuk tenaga kesehatan dan etika batuk terutama ditujukan untuk pasien dan keluarga pasien dan tenaga kesehatan lain.

Hasil sosialisasi penerapan media didapatkan keluarga pasien dan pasien anak usia sekolah senang mendapat informasi tentang etika batuk. Beberapa perawat dan tenaga kesehatan lain dapat merubah perilaku mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien.

B. Saran

Penyebaran infeksi nosokomial terutama melalui udara harus menjadi perhatian utama agar infeksi tidak meluas. Pencegahan terjadinya Infeksi Nosokomial melalui udara dapat dihindari dengan kerjasama yang baik antara perawat, tenaga kesehatan lain dan institusi pengelola rumah sakit.

1. Perawat

- Perawat perlu memberikan penjelasan dengan baik kepada keluarga pasien tentang etika batuk terutama pada pasien yang mempunyai masalah pernapasan.
- Perawat perlu meningkatkan kesadaran tentang perilaku mencuci tangan dengan benar dan waktu mencuci tangan yang tepat.

2. Institusi rumah sakit

- Perlu peningkatan sarana dan prasarana mencuci tangan seperti wastafel dan sabun cair untuk pasien dan keluarga pasien diruang perawatan
- Perlu peningkatan pengadaan sarana cairan desinfektan di ruang perawatan
- Perlu optimalisasi tentang tehnik mencuci tangan yang benar dan waktu mencuci tangan kepada semua petugas kesehatan dan pegawai yang bekerja di rumah sakit.
- Perlu pengadaan leaflet etika batuk untuk dapat diberikan kepada pasien dan keluarga terutama yang mengalami masalah pernapasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in health-care settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR*. 2002;51(RR-16):17-18 diunduh dari <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>.
- Departemen Kesehatan R.I (2006). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta: Bhakti Husada
- Depertemen Kesehatan R.I (2006). *Upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. (konsep dasar dan prinsip)*. Direktorat Jendral Pelayanan Medik Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta.
- Hockenberry M J & Wilson D. (2009) *Essentials of Pediatric Nursing*. St. Louis Missouri : Mosby Elsevier
- Siegel, J.D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L. & The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2007). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Diakses tanggal 29 Februari 2012 di <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Isolation2007.pdf>.
- World Health Organization (2002). *Prevention of hospital-acquired infections : A practical guide* 2nd edition, Department of Communicable Disease, Surveillance and Response diunduh pada tanggal 1 Maret 2012 di <http://www.who.int/csr/resources/publications/whodscsreph200212.pdf>
- WHO (2008). Pencegahan dan pengendalian infeksi.
- WHO (2007). Pencegahan dan pengendalian infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) yang cenderung menjadi epidemi dan pandemi di fasilitas pelayanan kesehatan

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM NERS SPESIALIS KEPERAWATAN ANAK
TARGET PENCAPAIAN KOMPETENSI

Nama Mhs : Susi Hartati
NPM : 0906505041

Unit	Ketrampilan	Jumlah kasus dan identitas klien	Tanggal	Paraf Supervisor
Infeksi	Merawat anak dengan masalah pada sistem pernapasan (minimal 2 kasus)	1. Ahmad Akila, Laki-laki, 2 bulan 2. By. Ny Masta, perempuan, 3 bulan 3. Anak Viergiel, laki-laki, 7 bulan 4. Anak Dede F, laki-laki, 2 bulan 5. Anak Nabila, perempuan, 11 bulan 6. Tegar Aditya, laki-laki, 2 thn 7. Aulia, laki-laki, 6 bulan 8. Ibna, laki-laki, 3 bulan 9. Elhaidar, laki-laki, 3 bulan	12 -19 Maret 2012 13 – 21 Maret 2012 26 Maret - 3 April 2012 4 – 9 april 2012 4 – 10 April 2012 17 – 20 April 2012 20 – 22 Februari 2012 23 – 28 Februari 2012 1 – 6 Maret 2012	

	Merawat anak dengan gangguan keseimbangan cairan GE, DHF, dll) (minimal masing-masing 1 kasus)	1. Anak Diandra, perempuan, 7 bulan 2. Anak Igbal, laki-laki, 2 thn	7 – 10 Maret 2012 2 – 7 Maret 2012	
	Merawat anak dengan HIV/AIDS (minimal 1 kasus)	Tidak ada kasus		
	Merawat anak dengan masalah pada sistem [ersyarafan (meningitis, encephalitis, tetanus) minimal masing-masing 1 kasus	1. Anak Noval, laki laki, 2 tahun 2. By. Ny Masta, perempuan, 3 bulan 3. Anak Nabila, perempuan, 11 bulan	11 – 16 April 2012 13 – 21 Maret 2012 4 – 10 April 2012	
	Sosialisai EBP (minimal 1 kasus)	Nebulasi pada bayi dengan bronkiolitis akut dengan menggunakan cairan hipertonik 3 %, 5% dan cairan isotonik 0,9 %	3 April 2012	

Unit	Ketrampilan	Jumlah kasus dan identitas klien	Tanggal	Paraf Supervisor
Bedah	Merawat anak sebelum pembedahan (minimal 3 kasus)	1. Anak R, laki-laki (5 thn 4 bln) 2. Anak P, laki-laki (2 th 9 bln) 3. Anak N, laki-laki (5 thn 8 bln) 4. Anak N, perempuan (8 thn) 5. Anal M.R (11 thn 9 bln) 6. Anak M, laki-laki (11 bulan) 7. Anak H, laki-laki (3 thn)	6 – 14 Oktober 2011 5 – 11 Oktober 2011 4 – 17 Oktober 2011 23-25 Oktober 2011 27-29 Oktober 2011 31 Oktober 2011 2 November 2011	
	Merawat anak setelah pembedahan (minimal 3 kasus)	1. Anak U, laki-laki 9 bulan 2. Anak R, laki-laki (5 thn 4 bln) 3. Anak P, laki-laki (2 th 9 bln) 4. Anak N, laki-laki (5 thn 8 bln) \	28-29 Oktober 2011 6 – 14 Oktober 2011 5 – 11 Oktober 2011 4 – 17 Oktober 2011	

		5. Anak N, perempuan (8 th) 6. Anak M.R, laki-laki (11 thn 9 bln) 7. Bayi R, 9 bulan, laki-laki 8. Anak S, (10 bulan), laki-laki	23-25 Oktober 2011 27-29 Oktober 2011 3 November 2011 3 November 2011	
	Melakukan stabilisasi kondisi anak pasca pembedahan	1. Anak R, laki-laki (5 thn 4 bln) 2. Anak P, laki-laki (2 th 9 bln)	6 – 14 Oktober 2011 5 – 11 Oktober 2011	
	Melakukan beberapa tindakan khusus keperawatan Seperti: kolostomi, perawatan luka (minimal 1 kasus).	1. Anak M, laki-laki (11 bulan) 2. Bayi R, 9 bulan, laki-laki	31 Oktober 2011 3 November 2011	

Unit	Ketrampilan	Jumlah kasus dan identitas klien	Tanggal	Paraf Supervisor
Perina	Menilai masa gestasi (minimal 2 kasus)	1. Bayi Ny M (1hari), perempuan 2. Bayi Ny. S (1hari), laki-laki	9 Januari 2012 10 Januari 2012	
	Managemen laktasi (minimal 3 kasus)	1. Bayi Ny. A (5 hari), laki-laki 2. Bayi Ny.D (3 hari), laki-laki 3. Bayi Ny. G (5 hari), perempuan	27 Desember 2011 29 Desember 2011 6 Januari 2012	
	Resusitasi bayi baru lahir (minimal 1 kasus).	1. By. Ny. C (1 hari). Laki-laki	9 Januari 2012	
	Merawat neonatus dengan masalah respirasi (minimal 3 kasus).	1. Bayi Ny. L (9 hari), laki-laki 2. Bayi Ny. R, (5 hari), perempuan	11 – 20 Januari 2012 6 – 12 Januari 2012	
	Merawat neonatus dengan gangguan metabolisme (hipoglikemia, hiperglikemia, bilirubinemia, minimal 1 kasus masing-masing)	3. Bayi Ny.N, (1 hari), laki-laki 4. Bayi Ny. L (9 hari), laki-laki 5. Bayi Ny. A (5 hari), laki-laki	26 – 28 Desember 2011 11 – 20 Januari 2012 27-30 Desember 2011	

	Merawat neonatus dengan penyakit infeksi (1kasus)	1. ByNy. R (7 hari), laki-laki	2 – 5 Januari 2011	
	Mengoperasikan dan memantau kardiorespirasi	1.Bayi Ny. L (9 hari), laki-laki	11 – 20 Januari 2012	
	Melakukan dokumentasi	Semua pasien		