

# LAPORAN STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN An “D” DENGAN *CHOLESTASIS* DI  
RUANG MELATI 4 INSKA RSUP DR. SARDJITO  
YOGYAKARTA



Disusun Oleh:

**TRYA ADE PERMANA**

**NIM: D3.KP.13.00403**

**PRODI KEPERAWATAN STIKES WIRA HUSADA  
YOGYAKARTA**

**2016**

# LAPORAN STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN An “D” DENGAN *CHOLESTASIS* DI  
RUANG MELATI 4 INSKA RSUP DR. SARDJITO  
YOGYAKARTA**

**Disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan  
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan  
di STIKES Wira Husada  
Yogyakarta**



**Disusun Oleh:**

**TRYA ADE PERMANA**

**NIM: D3.KP.13.00403**

**PRODI KEPERAWATAN STIKES WIRA HUSADA  
YOGYAKARTA**

**2016**

LAPORAN STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN An. "D" DENGAN  
CHOLESTASIS DI RUANG MELATI 4  
INSKA 1 RSUP Dr. SARDJITO  
YOGYAKARTA

Disusun Oleh:

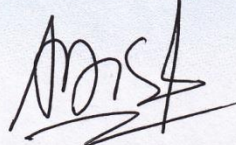
Trya Ade Permana

NIM.D3.KP.13.00403

Laporan Studi Kasus ini telah memenuhi persyaratan untuk ujian lisan  
komprehensif program pendidikan Diploma III Keperawatan  
di STIKES Wira Husada  
Yogyakarta

Tanggal: Juli 2016

Menyetujui,  
Pembimbing



Agnes Erida Wijayanti, S.Kep., Ns.

# LAPORAN STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN An. "D" DENGAN *CHOLESTASIS* DI RUANG  
MELATI 4 INSKA RSUP Dr. SARDJITO  
YOGYAKARTA

Disusun Oleh:

Trya Ade Permana

NIM.D3.KP.13.00403

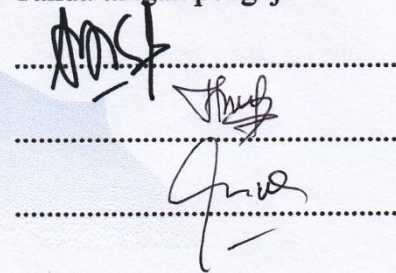
Telah diujikan di depan Dewan Penguji ujian lisan komprehensif  
dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan  
program pendidikan Diploma III Keperawatan  
di STIKES Wira Husada  
Yogyakarta

Pada Tanggal: Juli 2016

Dewan Penguji:

1. Agnes Erida Wijayanti, S.Kep., Ns.
2. Yuli Ernawati, S.Kep., Ns., M., Kep
3. Eni Budi, S.ST

Tanda tangan penguji:



Mengetahui

Ka. Prodi D III Keperawatan STIKES Wira Husada  
Yogyakarta

Nur Hidayat, S.Kep., Ns, M.Kes



## **MOTTO**

“Tak ada satupun di dunia ini, yang bisa diperoleh dengan mudah. Kerja keras dan doa merupakan langkah untuk dapat mempermudahnya”

(Mario Teguh)

“ Calon seorang manusia yang sukses tidak akan pernah mengeluh, tetapi akan berusaha memperbaiki diri dari kesalahan yang pernah dibuatnya ”

(Trya ade permana)

## **PERSEMBAHAN**

Kebahagiaan yang tak terhingga karena akhirnya penulis bisa mempersembahkan laporan studi kasus ini kepada:

1. Orang tua saya (Bapak Siman dan Ibu Tarminah) yang senantiasa mendampingi dan membimbing saya sampai saat ini, trimakasih bapak dan ibu semoga sehat selalu.
2. Kakak adek tercinta (Eka ratna sari, Dudung, mas cahyo) trimakasih banyak selama ini selalu memberikan solusi ketika saya mengalami kesulitan.
3. Buat seluruh keluarga ku tercinta, terima kasih atas dukungan dan doa kalian, serta motivasinya selama ini sehingga saya dapat menyelesaikan tugas ini serta pendidikan D3 Keperawatan.
4. Untuk Ning yang telah menemani dan menyemangati sampai saat ini..
5. Untuk geng coro ( rifai, viki, maja, tomi, stev, andi, wahyu, sumardi) yang telah berjuang bersama senang/susah tetap ada.
6. Buat siti, lena, lia yang sudah tak anggap adek sendiri trimakasih atas dukungan semangat kalian dari semester 1 sampai sekarang sekarang di kala seneng atau susah.
7. Teman teman seperjuangan UAP di melati 4 ( Lia, yuyun, megi, april) atas semangat dan dukungan kalian.

## ABSTRAK

Nama :Trya Ade Permana  
NIM :D3.KP.13.00403  
Judul :Asuhan Keperawatan pada An.”D” dengan Kolestasis di Ruang Melati 4 INSKA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta  
Dosen pembimbing :Agnes Erida W, S.Kep.,Ns  
Jumlah halaman :190 halaman  
Referensi :15 buku (2006-2012) & 2 jurnal 2 internet

Laporan studi kasus ini berjudul Asuhan Keperawatan pada An. “D” dengan Kolestasis di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, yang di laksanakan selama 3 hari atau 3x24 jam dari tanggal 16 Juni 2016 sampai 20 Juni 2016 di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Cholestasis adalah kondisi yang terjadi akibat terhambatnya aliran empedu dari saluran empedu ke intestinal. Kolestasis terjadi bila ada hambatan aliran empedu dan bahan-bahan yang harus diekskresi hati.

Tujuan dari laporan studi kasus adalah untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang meliputi: pengkajian perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi keperawatan pada pasien An. “D”. Pengumpulan data dengan metode observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

Selama melaksanakan asuhan keperawatan An. “D” terdapat 6 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu: Risiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan Disfungsi hati, Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan penyakit kronis, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik dan kelembaban. Adapun antara pembahasan teori dengan kasus nyata tidak jauh berbeda dalam pelaksanaan walaupun terdapat sedikit kesenjangan.

Evaluasi merupakan hasil yang diharapkan untuk pasien dan ke 6 diagnosis keperawatan tersebut didapatkan evaluasi hasil sebagai berikut : empat tujuan tercapai sebagian yaitu defisiensi ketidakefektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan disfungsi hati, nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik,kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik dan kelembaban, risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dan dua diagnosa belum tercapai yaitu : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien, Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan penyakit kronis.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan Kolestasis

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan BerkatNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan An.“D” dengan Colestasis di Ruang melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Dengan segala kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. Mohammad Syafak Hanung, Sp. A., selaku Direktur Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta yang telah memberikan izin dalam pembuatan Laporan Studi Kasus.
2. Prof. H. dr. Sugeng Juwono Mardihusodo, DAP & E,M.sc (Tropmed) selaku Ketua STIKES Wira Husada Yogyakarta.
3. Nur Hidayat, S.Kep., Ners., M.Kes., selaku Ketua Program Studi D3 keperawatan STIKES Wira Husada Yogyakarta yang telah memberikan izin kepada penulis mengikuti Ujian Akhir Program.
4. Agnes Erida S.Kep,Ns. selaku Dosen Pembimbing dalam pembuatan Laporan Studi Kasus serta penguji UAP yang telah memberikan masukan dan support.
5. Eni Budi, S.ST, selaku Penguji di Ruang melati 4 INSKA RSUP dr. Sardjito Yogyakarta yang telah membimbing penulis di klinik dalam melakukan studi kasus.
6. Yuli Ernawati S.Kep,Ns.M.,Kep selaku Penguji UAP dan pembimbing dalam pembuatan Laporan Studi Kasus



Menyadari adanya keterbatasan kemampuan penulis maka kami akan menerima kritik dan saran dari segala pihak demi makin sempurnanya Laporan Studi Kasus ini.

Yogyakarta, Juli 2016

Penulis

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
COVER .....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
M O T T O .....	v
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	vi
ABSTRAK .....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Ruang Lingkup .....	3
D. Tujuan.....	4
E. Kegunaan/Manfaat.....	5
F. Metode.....	6
G. Sistematika Penulisan .....	8
BAB II TINJAUAN TEORI <i>CHOLESTASIS</i> .....	10
A. Konsep dasar.....	10
1. Pengertian.....	10

2. Anatomi dan Fisiologi .....	11
3. Etiologi .....	13
4. Klasifikasi.....	13
5. Patofisiologi .....	14
6. Pathway .....	16
7. Manifestasi Klinis .....	17
8. Komplikasi .....	18
9. Pemeriksaan Penunjang.....	20
10. Diagnosis .....	21
11. Penatalaksanaan Medis.....	22
<b>B. Konsep Status Gizi Anak.....</b>	<b>26</b>
1. Definisi Status Gizi .....	26
2. Definisi Gizi Buruk .....	28
3. Pembagian Gizi Buruk .....	28
4. Penatalaksanaan Gizi Buruk.....	29
<b>C. Konsep Asuhan Keperawatan.....</b>	<b>34</b>
1. Pengkajian .....	34
2. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul.....	36
<b>BAB III TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>44</b>
<b>A. PENGKAJIAN .....</b>	<b>44</b>
1. Identitas .....	44
2. Penanggung Jawab .....	45
3. Riwayat Kesehatan .....	45
4. Riwayat Kehamilan Dan Kelahiran.....	46
5. Riwayat Masa Lalu.....	46

6. Riwayat Keluarga .....	48
7. Riwayat Sosial.....	49
8. Kebutuhan Dasar .....	50
9. Pemeriksaan Fisik .....	54
10. Aspek Mental- Intelektual .....	58
11. Deteksi tumbuh kembang .....	59
12. Pemeriksaan Penunjang .....	61
B. Analisa Data.....	64
C. Rencana keperawatan dan catatan perkembangan.....	69
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>136</b>
A. Pembahasan Pengkajian.....	136
B. Pembahasan Diagnosa .....	145
C. Pembahasan Perencanaan .....	150
D. Pembahasan pelaksanaan.....	157
E. Pembahasan Evaluasi.....	162
F. Pembahasan Pendokumentasian .....	165
G. Faktor Pendukung dan Penghambat .....	166
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>176</b>
A. Kesimpulan .....	167
B. Saran.....	171
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>173</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Kantong empedu.....	12
Gambar 2. Pathway kolestasis.....	16
Gambar 3. Genogram.....	46

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Jenis Frekuensi Pada Fase Strabilisasi.....	39
Tabel 2. Jenis Frekuensi Pada Fase Transisi .....	39
Tabel 3. Jenis Frekuensi Pada Fase Rehabilitasi.....	40
Tabel 4. Nilai Gizi.....	41
Tabel 5. Motorik Kasar pada Deteksi Tumbuh Kembang.....	57
Tabel 6. Motorik Halus pada Deteksi Tumbuh Kembang.....	57
Tabel 7. Bicara pada Deteksi Tumbuh Kembang.....	58
Tabel 8. Sosial pada Deteksi Tumbuh Kembang.....	58.
Tabel 9. Pemeriksaan laboratorium.....	59
Tabel 10. Terapi obat pasien.....	61
Tabel 11. Perencanaan indikator nyeri akut.....	150
Tabel 12. Perencanaan indikator resiko infeksi.....	151
Tabel 13. Perencanaan indikator ketidakseimbangan nutrisi.....	152
Tabel 14. Perencanaan indikator keterlambatan tumbuh kembang.....	153
Tabel 15. Perencanaan indikator kerusakan integritas kulit.....	154
Tabel 16. Perencanaan indikator resiko ketidakefektifan gastrointestina.....	115
Tabel 17. Evaluasi indikator resiko ketidakefektifan gastrointestinal.....	161
Tabel 18. Evaluasi indikator nyeri akut.....	162
Tabel 19. Evaluasi indikator resiko infeksi.....	162
Tabel 20. Evaluasi indikator kerusakan integritas kulit.....	163
Tabel 21. Evaluasi indikator keterlambatan tumbuh kembang .....	163
Tabel 22. Evaluasi indikator ketidakseimbangan nutrisi.....	164

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Jurnal
2. Denver
3. Format Pengkajian Anak
4. Blangko Konsul

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Kolestasis sampai saat ini masih merupakan penyakit yang sering di temukan pada bayi penyebab utama kolestasis adalah obtruksi infeksi penyakit penyakit metabolik atau genetik penyakit yang menyebabkan perlambatan atau berhentinya aliran empedu cukup banyak, sehingga sering menyebabkan kesukaran dalam menegakkan penyebab kolestasis. Jenis dan penyebab kolestasis pada anak sangat penting untuk di tegakkan secepatnya, karena sangat berpengaruh terhadap cara pengobatan serta prognosis (Nazer, 2010).

Terhambatnya aliran empedu akan menyebabkan cairan empedu, yang terdiri dari terdiri dari garam empedu, pigmen empedu (*bilirubin*) serta lemak, menumpuk dalam darah. Akibatnya timbul berbagai macam gejala ,kadar pigmen empedu (*bilirubin*) yang tinggi di dalam darah akan menyebabkan gejala kuning pada kulit atau mata. Selain itu, pigmen tersebut akan membuat warna urin menjadi seperti teh pekat dan membuat kulit gatal-gatal (Arief, 2010).

Di lain pihak, karena cairan empedu tidak masuk ke usus, maka warna tinja menjadi lebih pucat dan tinja banyak mengandung lemak. Keadaan ini disebut *steatorrhea* ditandai dengan bau tinja yang sangat busuk. Penyerapan vitamin D dan kalsium ikut terganggu. Akibatnya tulang



menjadi rapuh. Gangguan penyerapan vitamin K dapat menyebabkan kecenderungan perdarahan. Selain gejala utama di atas, seringkali ditemukan gejala penyerta seperti mual, muntah, hilang nafsu makan, nyeri perut, dan demam.

Berdasarkan penelitian yang ada, diperoleh data insiden kolestasis sebagai berikut: kolestasis + 1 : 2.500 kelahiran hidup, atresia bilier 1:19.065 kelahiran hidup. Rasio atresia bilier pada anak perempuan dan anak laki-laki adalah 2:1. Penelitian yang dilaksanakan di *King College Hospital England* antara tahun 1970-1990, melaporkan penyebab kolestasis dapat dirinci sebagai berikut: atresia bilier sebanyak 35%, hepatitis neonatal 30%, defisiensi  $\alpha$ -1 antitripsin 17%, sindroma Alagille 6%, kista duktus koledokus 3% (Benchimol, *et al.* 2009).

Di Instalasi Rawat Inap Anak RSUD Dr. Sutomo Surabaya antara tahun 1999-2004 terdapat 19.270 pasien rawat inap, diantaranya 96 pasien dengan neonatal kolestasis. Pada periode Januari sampai dengan Desember 2003 di Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI/RSCM tercatat 99 pasien dengan kolestasis, 68 di antaranya dengan kolestasis intrahepatik (Arief, 2010).

Dari data Sub Bagian Register ruang Melati 4 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta di Bangsal Melati 4 penderita dengan kasus *cholestasis* sejak tanggal 1 Januari 2016 sampai 19 Juni 2016 di peroleh data sebagai berikut: Jumlah keseluruhan ada 11 kasus terdiri dari 5 kasus pada anak

laki-laki dan 6 kasus pada anak perempuan dengan prevalensi anak dengan usia 3 tahun (Rekam Medis RSUP Dr. Sardjito, 2016).

Dari hal tersebut, penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan judul “Asuhan Keperawatan An. “D” dengan *Cholestasis* di Ruang Melati 4 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.”

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan masalah yaitu “Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan An. “D” yang dirawat dengan diagnosa medis *Cholestasis* di ruang Melati 4 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta ?”

## **C. Ruang Lingkup**

### **1. Lingkup mata kuliah**

Asuhan keperawatan Klien dengan *Cholestasis* ini merupakan bagian dari mata kuliah Keperawatan Anak.

### **2. Lingkup kasus**

Dari berbagai kasus penyakit yang ada di ruang Melati 4 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, penulis diberikan satu kasus dengan diagnosa medis *Cholestasis* pada pasien An “D” yang penulis kelola dengan menggunakan proses keperawatan.

### **3. Lingkup waktu**

Studi kasus dilaksanakan selama 3 x 24 jam mulai Kamis tanggal 16 Juni 2016 pukul 07.30 WIB sampai Minggu tanggal Juni 2016 pukul 07.30 WIB.

4. Lingkup tempat

Asuhan keperawatan An. "D" dilaksanakan di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

5. Lingkup asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan An. "D" dengan *Cholestasis* di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan keperawatan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi keperawatan.

**D. Tujuan**

1. Tujuan umum

Untuk mendapatkan pengalaman nyata dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan An. "D" dengan *Cholestasis* di ruang Melati 4 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian An. "D" dengan *Cholestasis* secara sistematis.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan An. "D" dengan *Cholestasis*.
- c. Menyusun rencana asuhan keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan.
- d. Mengimplementasikan rencana tindakan keperawatan dari diagnosa keperawatan An. "D" dengan *cholestasis*.
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan An. "D" dengan *Cholestasis*.

- f. Mampu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan An. “D” dengan *Cholestasis*.
- g. Mempraktikkan asuhan keperawatan yang melibatkan keluarga, karena anak belum mampu mandiri baik dalam pengambilan keputusan maupun dalam merawat dirinya sendiri.
- h. Penulis mampu menganalisa kesenjangan antara teori dan kasus nyata di lapangan termasuk faktor pendukung dan penghambatnya.

#### **E. Kegunaan/Manfaat**

- 1. Bagi diri sendiri/penulis
  - a. Penulis dapat mempraktikkan asuhan keperawatan khususnya pada anak dengan diagnosa medis, mulai dari melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan rencana keperawatan yang telah dibuat, mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan dan melakukan pendokumentasian tindakan keperawatan.
  - b. Penulis dapat mengerti adanya kesenjangan antara teori dengan kasus nyata yang terjadi di lapangan.
  - c. Penulis dapat belajar bagaimana cara mengatasi hambatan yang ada dan menggunakan dukungan yang ada untuk mengatasi masalah kesehatan An. “D” yang muncul.
- 2. Bagi profesi keperawatan
  - a. Memberikan masukan tentang tinjauan teoritis tentang asuhan keperawatan pada anak dengan *Cholestasis*.

b. Memberikan masukan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada anak dengan *Cholestasis*.

3. Bagi institusi

a. STIKES Wira Husada Yogyakarta

Laporan Studi Kasus ini diharapkan dapat sebagai acuan bagi mahasiswa STIKES Wira Husada Yogyakarta pada khususnya, dan bagi para pengguna perpustakaan STIKES Wira Husada pada umumnya, serta Institusi yang berkepentingan yang membutuhkan tentang asuhan keperawatan pada anak dengan *Cholestasis*.

b. Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito

Memberi masukan (informasi) dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada anak yang berorientasi pada masalah kesehatan, guna memenuhi kebutuhan dasar manusia dengan pendekatan proses keperawatan.

## **F. Metode**

Penulisan Laporan Studi Kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu suatu pemaparan permasalahan dan pemecahan masalah secara langsung saat itu.

Selama penulis melaksanakan Asuhan Keperawatan penulis menggunakan teknik pengumpulan data antara lain :

1. Metode pengumpulan data primer

a. Observasi

Penulis melakukan metode pengumpulan data dengan melakukan pengamatan secara langsung terhadap An. "D" yang dikelola atau mengamati perilaku dan kebiasaan An. "D".

b. Wawancara

Untuk mendapatkan data dasar yang bersifat subyektif An. "D" dilakukan dengan wawancara kepada keluarga An. "D". Di mana wawancara ini untuk memperoleh data tentang identitas, riwayat kesehatan An. "D". Wawancara yang penulis terapkan adalah wawancara informal antara keluarga An. "D" dengan perawat selama pemberian Asuhan Keperawatan yang memungkinkan keluarga mengemukakan perasaan dan permasalahannya.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mendapatkan data objektif untuk mengetahui keadaan fisik An. "D" secara sistematis dari kepala sampai kaki dengan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi yang dilakukan untuk memperoleh data sesuai dengan kasus yang dikelola.

2. Metode pengumpulan data sekunder

a. Studi dokumentasi

Menggunakan dokumen yang berhubungan dengan judul Laporan Studi Kasus ini, seperti catatan medis, catatan keperawatan dan lain sebagainya.

b. Studi kepustakaan

Menggunakan bahan yang ada kaitannya dengan judul Laporan Studi Kasus ini, berupa buku-buku, jurnal penelitian dan lain-lain yang dapat mendukung teori atau kasus yang ada.

**G. Sistematika Penulisan**

Laporan Studi Kasus ini merupakan hasil laporan Asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam dengan sistematika penulisan sebagai berikut:

**BAB I PENDAHULUAN**

Bab ini terdiri dari latar belakang masalah, rumusan masalah, ruang lingkup, tujuan, kegunaan/manfaat, metode dan sistematika penulisan.

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini merupakan uraian teori-teori keilmuan, prinsip, konsep yang mendasari penulisan Laporan Studi Kasus. Pengambilan teori, prinsip dan konsep harus relevan dengan judul Laporan Studi Kasus dan permasalahannya. Dalam bab ini terdiri dari :

1. Aspek Medis Colestasis

Meliputi pengertian, anatomi fisiologi ginjal, etiologi, patofisiologis, pathway, manifestasi klinis, komplikasi, prognosis, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan.

## 2. Aspek Keperawatan Kolestasis

Merupakan gambaran proses keperawatan pada anak dengan kolestasis yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan dokumentasi tindakan keperawatan.

## BAB III TINJAUAN KASUS

Merupakan laporan kasus, yaitu kasus yang dikelola oleh penulis di ruang Melati 4 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta selama 3 x 24 jam. Sistematika Laporan Tinjauan Kasus yang dibuat berisikan proses perawatan utuh mulai dari pengkajian, analisa data, prioritas diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi sampai dengan evaluasi.

## BAB IV PEMBAHASAN

Bab ini berisi tentang pembahasan dari kasus yang dikelola oleh penulis dan dihubungkan dengan dasar teori yang dicantumkan pada bab dua. Penulis membahas tentang penyimpangan antara kasus yang ada dengan teori, serta menganalisa faktor pendukung serta penghambatnya. Pembahasan dilakukan pada tiap sesi tindakan keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

## BAB V PENUTUP

Bab ini terdiri dari kesimpulan dan saran, kesimpulan dirumuskan untuk menyimpulkan tujuan penulisan dan inti dari pembahasan. Sedangkan saran berisi tanggapan terhadap kesimpulan dan alternative pemecahan masalah yang realistis.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep dasar**

##### **1. Pengertian**

Kolestasis adalah kegagalan aliran cairan empedu masuk duodenum dalam jumlah normal. Gangguan dapat terjadi mulai dari membrana-basolateral dari hepatosit sampai tempat masuk saluran empedu ke dalam duodenum. Dari segi klinis didefinisikan sebagai akumulasi zat-zat yang diekskresi kedalam empedu seperti bilirubin, asam empedu, dan kolesterol didalam darah dan jaringan tubuh. Secara patologi-anatomi kolestasis adalah terdapatnya timbunan trombus empedu pada sel hati dan sistem bilier (Arief, 2010).

Kolestasis adalah kondisi yang terjadi akibat terhambatnya aliran empedu dari saluran empedu ke intestinal. Kolestasis terjadi bila ada hambatan aliran empedu dan bahan-bahan yang harus diekskresi hati (Nazer, 2010).

Mitchel (2008) menjelaskan kolestasis neonatal merupakan istilah nonspesifik untuk kelainan hati dengan banyak etiologi yang mungkin terdapat pada neonatus. Pada 50% kasus tidak terdapat penyebab yang bisa diidentifikasi. Pasien penyakit ini ditemukan dengan hiperbilirubinemin terkonjugasi yang lama (kolestasis neonatal), hepatomegali dan disfungsi hati dengan derajat yang bervariasi (misalnya hipoprotrombinemia).

## 2. Anatomi dan Fisiologi

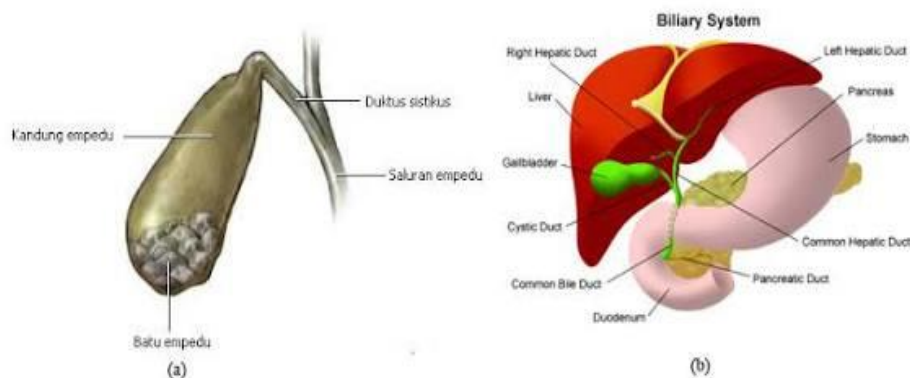
Kandung empedu berbentuk bulat lonjong seperti buah advokat dengan panjang sekitar 4-6 cm dan berisi 30-60 ml empedu. Bagian fundus umumnya menonjol sedikit ke luar tepi hati, dibawah lengkung iga kanan, ditepi lateral muskulus rektus abdominis. Kandung empedu tertutup seluruhnya oleh lipatan peritoneum viseral. Apabila kandung empedu mengalami distensi akibat bendungan oleh batu, maka bagian infundibulum menonjol seperti kantong dan disebut kantong Hartmann.

Duktus sistikus panjangnya 1-2 cm dengan diameter 2-3 mm. Dinding lumennya mengandung katup berbentuk spiral yang memudahkan cairan empedu tetapi menahan aliran keluarannya. Saluran empedu yang kecil bersatu membentuk dua saluran yang lebih besar yang keluar dari permukaan bawah hepar sebagai duktus hepaticus kanan dan kiri, yang segera bersatu membentuk duktus hepaticus komunis. Duktus hepaticus bergabung dengan duktus sistikus membentuk duktus koledokus. Dan duktus koledokus bergabung dengan duktus pankreatikus, membentuk ampulla Vateri.

Kandung empedu berfungsi sebagai depot penyimpanan bagi empedu. Empedu diproduksi oleh sel hepatosit sebanyak 500-1500 ml per hari. Diluar waktu makan empedu disimpan sementara di dalam kandung empedu dan di sini mengalami pemekatan sekitar 50%. Pengaliran cairan empedu diatur oleh tiga faktor, yaitu sekresi empedu oleh hati, kontraksi kandung empedu dan tahanan sfingter koledokus. Dan dalam keadaan

puasa empedu yang diproduksi akan dialih alirkan ke dalam kandung empedu. Setelah makan, kandung empedu berkontraksi, sfingter relaksasi dan empedu mengalir ke dalam duodenum. Aliran tersebut sewaktu-waktu seperti disemprotkan karena secara intermitten tekanan saluran empedu akan lebih tinggi dari pada tahanan sfingter.

Hormon sel APUD (*mino Precursor Uptake and Decarboxylation Cells*) kolesistokinin (CCK) dari selaput lendir usus halus yang disekresi karena rangsang makanan berlemak atau produk lipidik di dalam lumen usus, merangsang nervus vagus, sehingga terjadi kontraksi kandung empedu. Demikian CCK berperan besar terhadap terjadinya kontraksi kandung empedu setelah makan (Arief, 2010).



Gambar 1. (a) Batu dalam kantung empedu (b) anatomi empedu

Gambar 1. Kantong empedu

### 3. Etiologi

Penyebab cholestasis dibagi menjadi 2 bagian: *intrahepatic cholestasis* dan *ekstrahepatic cholestasis* (Arief, 2010).

- a. Pada *intrahepatic cholestasis* terjadi akibat gangguan pada sel hati yang terjadi akibat: infeksi bakteri yang menimbulkan abses pada hati, biliary cirrhosis primer, virus hepatitis, lymphoma, cholangitis sclerosing primer, infeksi tbc atau sepsis, obat-obatan yang menginduksi cholestasis.
- b. Pada *extrahepatic cholestasis*, disebabkan oleh tumor saluran empedu, cista, striktur (penyempitan saluran empedu), pankreatitis atau tumor pada pankreas, tekanan tumor atau massa sekitar organ, cholangitis sklerosis primer. Batu empedu adalah salah satu penyebab paling umum dari saluran empedu diblokir.

### 4. Klasifikasi

Secara garis besar menurut Arief, (2010) Kolestasis dapat diklasifikasikan menjadi:

- a. Kolestasis intrahepatik

Saluran Empedu digolongkan dalam 2 bentuk, yaitu:

- 1) Paucity saluran empedu
  - 2) Disgenesis saluran empedu
- b. Kolestasis ekstrahepatik, obstruksi mekanis saluran empedu ekstrahepatik

Secara umum kelainan ini disebabkan lesi kongenital atau didapat. Merupakan kelainan nekroinflamatori yang menyebabkan kerusakan dan akhirnya pembuntuan saluran empedu ekstrahepatik, diikuti kerusakan saluran empedu intrahepatik.

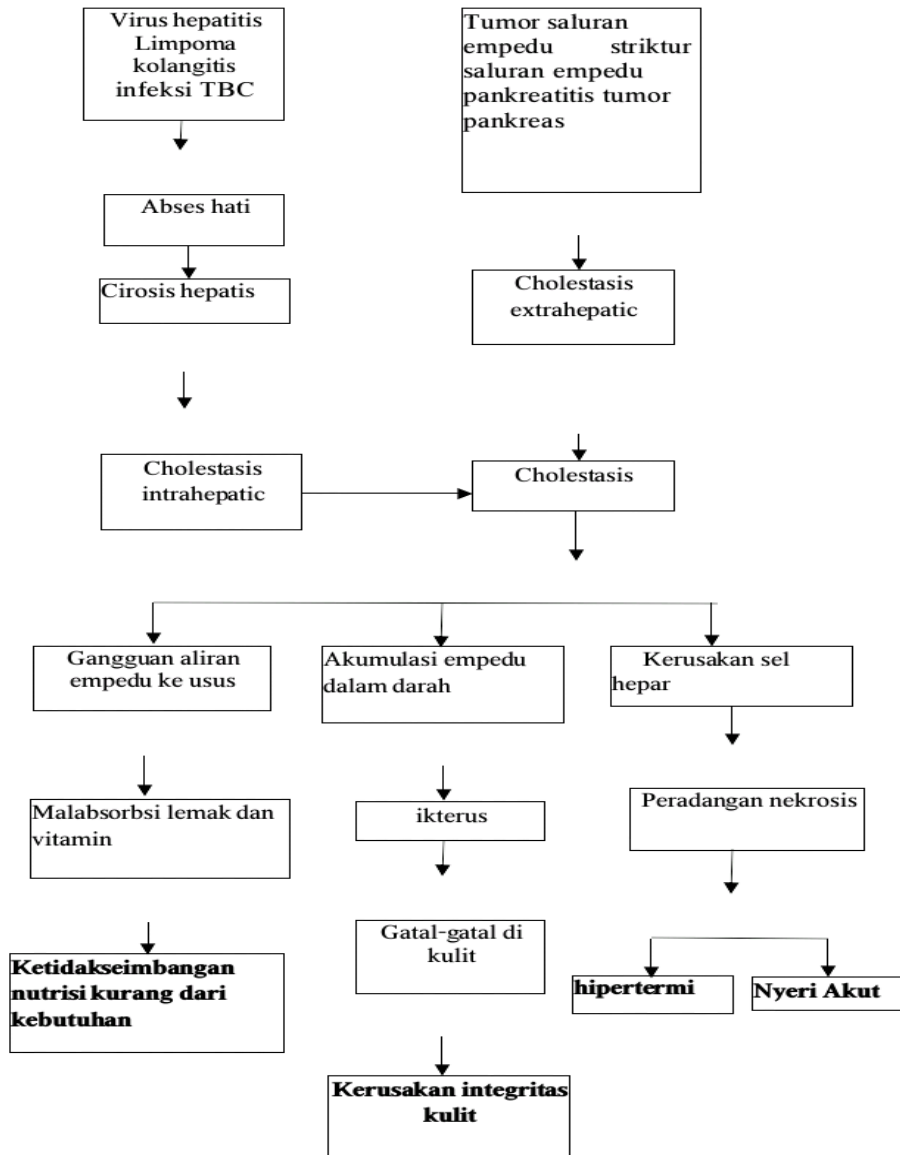
Oleh karena secara embriologis saluran empedu intrahepatik (*hepatoblas*) berbeda asalnya dari saluran empedu ekstrahepatik (*foregut*) maka kelainan saluran empedu dapat mengenai hanya saluran intrahepatik atau hanya saluran ekstrahepatik saja. Beberapa kelainan intrahepatik seperti ekstasia bilier dan hepatic fibrosis kongenital, tidak mengenai saluran ekstrahepatik. Kelainan yang disebabkan oleh infeksi virus CMV, sklerosing kolangitis, Caroli's disease mengenai kedua bagian saluran intra dan ekstra-hepatik. Karena primer tidak menyerang sel hati maka secara umum tidak disertai dengan gangguan fungsi hepatoseluler.

## **5. Patofisiologi**

Empedu adalah cairan yang disekresi hati berwarna hijau kekuningan merupakan kombinasi produksi dari hepatosit dan kolangiosit. Empedu mengandung asam empedu, kolesterol, phospholipid, toksin yang terdetoksifikasi, elektrolit, protein, dan bilirubin terkonyugasi. Kolesterol dan asam empedu merupakan bagian terbesar dari empedu sedang bilirubin terkonyugasi merupakan bagian kecil. Bagian utama dari aliran empedu adalah sirkulasi enterohepatik dari asam empedu. Hepatosit adalah sel epitelial dimana permukaan basolateralnya berhubungan dengan darah portal sedang permukaan apikal (kanalikuler) berbatasan dengan empedu.

Hepatosit adalah epitel terpolarisasi berfungsi sebagai filter dan pompa bioaktif memisahkan racun dari darah dengan cara metabolisme dan detoksifikasi intraseluler, mengeluarkan hasil proses tersebut kedalam empedu. Salah satu contoh adalah penanganan dan detoksifikasi dari bilirubin tidak terkonjugasi (bilirubin indirek). Bilirubin tidak terkonjugasi yang larut dalam lemak diambil dari darah oleh transporter pada membran basolateral, dikonyugasi intraseluler oleh enzim UDPGTa yang mengandung P450 menjadi bilirubin terkonjugasi yang larut air dan dikeluarkan kedalam empedu oleh transporter mrp2. Mrp2 merupakan bagian yang bertanggungjawab terhadap aliran bebas asam empedu. Walaupun asam empedu dikeluarkan dari hepatosit kedalam empedu oleh transporter lain, yaitu pompa aktif asam empedu. Pada keadaan dimana aliran asam empedu menurun, sekresi dari bilirubin terkonjugasi juga terganggu menyebabkan hiperbilirubinemia terkonjugasi. Proses yang terjadi di hati seperti inflamasi, obstruksi, gangguan metabolik, dan iskemia menimbulkan gangguan pada transporter hepatobilier menyebabkan penurunan aliran empedu dan hiperbilirubinemi terkonjugasi (Areif, 2010).

## 6. Pathway



Gambar 2 : Pathway *Cholestasis*

(Nazer 2010)

## 7. Manifestasi Klinis

Gambaran klinis pada kolestasis pada umumnya disebabkan karena keadaan-keadaan (Arief, 2010) :

1. Terganggunya aliran empedu masuk ke dalam usus
  - a. Tinja akolis/hipokolis/pucat
  - b. Urobilinogen/sterkobilinogen dalam tinja menurun/negative
  - c. Urobilin dalam air seni negative
  - d. Malabsorpsi lemak dan vitamin yang larut dalam lemak
  - e. Steatore
  - f. Hipoprotrombinemia
2. Akumulasi empedu dalam darah
  - a. Ikterus
  - b. Gatal-gatal
  - c. Hiperkolesterolemia
3. Kerusakan sel hepar karena menumpuknya komponen empedu
  - a. Anatomis
    - 1) Akumulasi pigmen
    - 2) Reaksi peradangan dan nekrosis
  - b. Fungsional
    - 1) Gangguan ekskresi (alkali fosfatase dan gama Transaminase glutamil transpeptidase meningkat)
    - 2) serum meningkat (ringan)
    - 3) Gangguan ekskresi sulfobromoftalein



#### 4) Asam empedu dalam serum meningkat

Tanda-tanda non-hepatal sering pula membantu dalam diagnosa, seperti sindroma polisplenia (situs inversus, levocardia, vena cava inferior tidak ada), sering bersamaan dengan atresia bilier: bentuk muka yang khas, posterior embriotokson, serta adanya bisping pulmonal stenosis perifer, sering bersamaan dengan "*paucity of the intrahepatic bile ductules*" (arterio hepatic displasia/Alagille's syndrome) nafsu makan yang jelek dengan muntah, "*irritable*", sepsis, sering karena adanya kelainan metabolisme seperti galaktosemia, intoleransi froktosa herediter, tirosinemia.

Neonatal hepatitis lebih banyak pada anak laki, sedangkan atresia bilier ekstrahepatal lebih banyak pada anak perempuan. Pertumbuhan pasien dengan kolestasis intrahepatik menunjukkan perlambatan sejak awal. Pada pasien dengan kolestasis ekstrahepatik umumnya bertumbuh dengan baik pada awalnya tetapi kemudian akan mengalami gangguan pertumbuhan sesuai dengan perkembangan penyakit. Pasien dengan kolestasis perlu dipantau pertumbuhannya dengan membuat kurva pertumbuhan berat badan dan tinggi badan bayi/anak.

### **8. Komplikasi**

Komplikasi yang dapat pada penderita kolestasis menurut Ignatavicius, (2006) adalah:

a. A simtomatik.

Simtomatik adalah pengobatan yang bertujuan meringankan atau menyembuhkan gejala, bukan mengobati penyakit seperti pengobatan dengan analgesik untuk nyeri, anti inflamasi untuk peradangan.

b. Kolik bilier

Serangan kolik bilier semacam ini disebabkan oleh kontraksi kandung empedu yang tidak dapat mengalirkan empedu keluar akibat dari tersumbatnya saluran empedu.

c. Kolangitis

Kolangitis adalah suatu infeksi bakteri akut pada sistem saluran empedu

d. Kolestasis akut

Kolestasis adalah peradangan pada kandung empedu akibat dari adanya infeksi kandung empedu.

e. Kolestasis kronis

- 1) Hidrop kandung empedu.
- 2) Empiema kandung empedu.
- 3) Fistel kolesistoenterik
- 4) Ileus batu empedu (gallstone ileus)

f. Emplema kandung empedu

## 9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Sudoyo, (2006) :

a. Rontgen abdomen

Dapat dilakukan pada klien yang dicurigai akan penyakit kandung empedu. Akurasi pemeriksaannya hanya 15-20%. Tetapi bukan merupakan pemeriksaan pilihan.

b. Kolangiogram/ kolangiografi transhepatik perkutan

Melalui penyuntikan bahan kontras langsung ke dalam cabang bilier. Karena konsentrasi bahan kontras yang disuntikan relatif besar maka semua komponen sistem bilier (duktus hepatikus, duktus koledokus, duktus sistikus dan kandung empedu) dapat terlihat. Meskipun angka komplikasi dari kolangiogram rendah namun bisa beresiko peritonitis bilier, resiko sepsis dan syok septik.

c. ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatographi)

Sebuah kanul yang dimasukan ke dalam duktus koledokus dan duktus pancreatikus, kemudian bahan kontras disuntikkan ke dalam saluran tersebut. Fungsi ERCP ini memudahkan visualisasi langsung stuktur bilier dan memudahkan akses ke dalam duktus koledokus bagian distal untuk mengambil batu empedu, selain itu ERCP berfungsi untuk membedakan ikterus yang disebabkan oleh penyakit hati (ikterus hepatoseluler dengan ikterus yang disebabkan oleh obstruksi bilier dan juga dapat digunakan untuk menyelidiki gejala gastrointestinal pada

pasien-pasien yang kandung empedunya sudah diangkat. ERCP ini berisiko terjadinya tanda-tanda infeksi.

d. Pemeriksaan Pencitraan Radionuklida atau kolesentografi

Dalam prosedur ini, perapat radiotif disuntikan secara intravena. Kemudian diambil oleh hepatosit dan dengan cepat ekskresikan kedalam sinar bilier. Membutuhkan waktu panjang lebih lama untuk mengerjakannya membuat pasien terpajan sinar radiasi.

## 10. Diagnosis

Sebagai tahap pertama dalam pendekatan diagnosa, harus dibuktikan apakah ada kelainan hepatobilier atau tidak. Pemeriksaan yang perlu dilakukan pada tahap ini menurut Mitchel, (2008) adalah:

- a. Hapusan darah tepi
- b. Bilirubin dalam air seni
- c. Sterkobilinogen dalam air seni
- d. Tes fungsi hepar yang standar: Heymans vd Bergh, SGOT, SGPT, alkali fosfatase serta serum protein

Tujuan utama evaluasi bayi dengan kolestasis adalah membedakan antara kolestasis intrahepatik dengan ekstrahepatik sendini mungkin. Diagnosis dini obstruksi bilier ekstrahepatik akan meningkatkan keberhasilan operasi. Kolestasis intrahepatik seperti sepsis, galaktosemia atau endrokinopati dapat diatasi dengan medikamentosa.

## 11. Penatalaksanaan Medis

### a. Non bedah

#### Therapy konservatif

Dilakukan pada penderita cholelithiasis yang mempunyai kontra indikasi untuk pembedahan serta penderita yang diagnosanya belum jelas sehingga masih perlu observasi.

#### 1) Pengobatan konservatif berupa:

- a) Obat antikolinergik (Sulfan atropin, Buskapan, Beladon).
- b) Istirahat Analgetik untuk meringankan rasa nyeri yang timbul akibat gejala penyakit
- c) Antibiotika untuk mencegah adanya infeksi pada saluran kemih
- d) Diet rendah lemak untuk mengurangi kerja kandung empedu.
- e) Cairan Infus: menjaga stabilitas asupan cairan
- f) Pada daerah kandung empedu diberi kompres es untuk mengurangi rasa sakit dan mencegah penyebaran peradangan ke daerah sekitar kandung empedu.

#### 2) Farmako Therapi

Pemberian asam ursodeoksikolat dan kenodioksikolat digunakan untuk melarutkan batu empedu terutama berukuran kecil dan tersusun dari kolesterol. Zat pelarut batu empedu hanya digunakan untuk batu kolesterol pada pasien yang karena sesuatu hal sebab tak bisa dibedah. Batu-batu ini terbentuk karena ada kelebihan kolesterol yang tak dapat dilarutkan lagi oleh garam-garam empedu

dan lesitin. Mekanisme kerjanya berdasarkan penghambatan sekresi kolesterol, sehingga kejenuhannya dalam empedu berkurang dan batu dapat melarut lagi. Therapi perlu dijalankan lama, yaitu: 3 bulan sampai 2 tahun dan baru dihentikan minimal 3 bulan setelah batu-batu larut. Recidif dapat terjadi pada 30% dari pasien dalam waktu 1 tahun, dalam hal ini pengobatan harus dilanjutkan.

### 3) Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL)

Prosedur noninvasif ini menggunakan gelombang kejut berulang (repeated shock waves) yang diarahkan ke batu empedu di dalam kandung empedu atau duktus koledokus dengan maksud untuk mencegah batu tersebut menjadi sejumlah fragmen. Gelombang kejut diproduksi dalam media cairan oleh percikan listrik, yaitu piezoelektrik, atau oleh muatan elektromagnetik. Energy ini di salurkan ke dalam tubuh lewat redaman air atau kantong yang berisi cairan. Gelombang kejut yang dikonvergensiikan tersebut diarahkan ke batu empedu yang akan dipecah. Setelah batu dipecah secara bertahap, pecahannya akan bergerak spontan dikandung empedu atau duktus koledokus dan dikeluarkan melalui endoskop atau dilarutkan dengan pelarut atau asam empedu yang diberikan peroral.

### 4) Litotripsi Intrakorporeal

Pada litotripsi intrakorporeal, batu yang ada dalam kandung empedu atau duktus koledokus dapat dipecah dengan

menggunakan gelombang ultrasound, laser berpulsa atau litotripsi hidrolis yang dipasang pada endoskop, dan diarahkan langsung pada batu. Kemudian fragmen batu atau debris dikeluarkan dengan cara irigasi dan aspirasi. Prosedur tersebut dapat diikuti dengan pengangkatan kandung empedu melalui luka sayatan atau laparaskopi. Jika kandung empedu tidak diangkat, sebuah drain dapat dipasang selama 7 hari.

b. Pembedahan :

1) Koledokostomi :

Dalam koledokostomi, sayatan dilakukan pada duktus koledokus untuk mengeluarkan batu. Setelah batu dikeluarkan, biasanya dipasang sebuah kateter ke dalam duktus tersebut untuk drainase getah empedu sampai edema mereda. Kateter ini dihubungkan dengan selang drainase gravitas. Kandung empedu biasanya juga mengandung batu, dan umumnya koledokostomi dilakukan bersama kolesistektomi.

2) Koleksistektomi laparaskopi :

Dalam prosedur ini kandung empedu diangkat setelah arteri dan duktus sistikus diligasi. Koleksistektomi dilakukan pada sebagian besar kasus kolesistis akut dan kronis. Sebuah drain (Penrose) ditempatkan dalam kandung empedu dan dibiarkan menjulur keluar lewat luka operasi untuk mengalirkan darah, cairan serosanguinus dan kuret empedu ke dalam kasa absorben.

### 3) Minikoleksistektomie

Adalah prosedur bedah untuk mengeluarkan kandung empedu lewat luka sayatan selebar 4cm. Kolesistektomi Laparoskopik (atau endoskopi), dilakukan lewat luka sayatan yang kecil atau luka tusukan melalui dinding abdomen pada umbilicus. Pada prosedur kolesistektomi endoskopik, rongga abdomen ditiup dengan gas karbon dioksida (pneumoperitoneum) untuk membantu pemasangan endoskop dan menolong dokter bedah melihat struktur abdomen. Sebuah endoskop serat optic dipasang melalui luka sayatan umbilicus yang kecil. Beberapa luka tusukan atau sayatan kecil lainnya dibuat pada dinding perut untuk memasukkan instrumen bedah lainnya ke dalam bidang operasi.

### 4) Choledochotomy

Adalah pengangkatan batu dari duktus koledokus bila terdapat batu, adanya obstruksi dan dilatasi duktus koledokus. Merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan atas indikasi cholelithiasis atau pada cholelithiasis, baik akut / kronis yang tidak sembuh dengan tindakan konservatif.



## B. Konsep Status Gizi Anak

### 1. Definisi Status Gizi

Status gizi diartikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan zat gizi. Status gizi sangat ditentukan oleh ketersediaan zat gizi dalam jumlah cukup dan dalam kombinasi waktu yang tepat di tingkat sel tubuh agar berkembang dan berfungsi secara normal. Status gizi ditentukan oleh sepenuhnya zat gizi yang diperlukan tubuh dan faktor yang menentukan besarnya kebutuhan, penyerapan, dan penggunaan zat-zat tersebut Depkes RI (2008).

IMT merupakan petunjuk untuk menentukan kelebihan berat badan berdasarkan indeks quatelet (berat badan dalam kilogram dibagi dengan kuadrat tinggi badan dalam meter ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )). Interpretasi IMT tergantung pada umur dan jenis kelamin anak karena anak lelaki dan perempuan memiliki kadar lemak tubuh yang berbeda. IMT adalah cara termudah untuk memperkirakan obesitas serta berkorelasi tinggi dengan massa lemak tubuh, selain itu juga penting untuk mengidentifikasi pasien obesitas yang mempunyai risiko komplikasi medis (Pudjadi *et al*, 2010). Cara pengukurannya adalah pertama-tama ukur berat badan dan tinggi badannya. Selanjutnya dihitung IMT-nya, yaitu :

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan}^2 \text{ (meter)}}$$

Untuk menentukan status gizi anak balita (usia 0-60 bulan), nilai IMT-nya harus dibandingkan dengan nilai IMT standar WHO (WHO, 2006); sedangkan pada anak dan remaja usia 5-19 tahun nilai IMT-nya harus dibandingkan dengan referensi WHO/NCHS 2007 (WHO, 2007). Pada saat ini, yang paling sering dilakukan untuk menyatakan indeks tersebut adalah dengan Z-skor atau persentil.

- a. Z-skor : deviasi nilai seseorang dari nilai median populasi referensi dibagi dengan simpangan baku populasi referensi.
- b. Persentil : tingkatan posisi seseorang pada distribusi referensi (WHO/NCHS), yang dijelaskan dengan nilai seseorang sama atau lebih besar daripada nilai persentase kelompok populasi.

Z-skor paling sering digunakan. Secara teoritis, Z-skor dapat dihitung dengan cara berikut :

$\text{Z-Skor} = \frac{\text{Nilai IMT yang diukur} - \text{Median Nilai IMT (referensi)}}{\text{Standar Deviasi dari standar/referensi}}$
--

Klasifikasi IMT menurut Kemenkes RI 2010 untuk anak usia 0-60 bulan

Nilai Z-skor	Klasifikasi
$z\text{-skor} \geq +2$	Gemuk
$-2 < z\text{-skor} < +2$	Normal
$-3 < z\text{-skor} < -2$	Kurus
$z\text{-skor} < -3$	Sangat kurus

Klasifikasi IMT menurut Kemenkes RI 2010 untuk anak usia 5-18 tahun

Nilai Z-skor	Klasifikasi
$z\text{-skor} \geq +2$	Obesitas
$+1 < z\text{-skor} < +2$	Gemuk
$-2 < z\text{-skor} < +1$	Normal
$-3 < z\text{-skor} < -2$	Kurus
$z\text{-skor} < -3$	Sangat kurus

## 2. Definisi Gizi Buruk

Anak balita (bawah lima tahun) sehat atau kurang gizi dapat diketahui dari pertambahan berat badannya tiap bulan sampai usia minimal 2 tahun (baduta). apabila pertambahan berat badan sesuai dengan pertambahan umur menurut suatu standar organisasi kesehatan dunia, dia bergizi baik. Kalau sedikit dibawah standart disebut bergizi kurang yang berfat kronis. Apabila jauh dibawah standar dikatakan bergizi buruk. Jadi istilah gizi buruk adalah salah satu bentuk kekurangan gizi tingkat berat atau akut (Pardede, 2006).

## 3. Pembagian Gizi Buruk

Terdapat 3 tipe gizi buruk adalah *marasmus*, *kwasiorkor*, dan *marasmus-kwasiorkor* menurut Depkes RI (2008). Perbedaan tipe tersebut didasarkan pada ciri-ciri atau tanda klinis dari masing-masing tipe yang berbeda.

### a. *Kwasiorkor*

*Kwasiorkor* adalah adalah keadaan gizi buruk yang ditandai dengan edema seluruh tubuh terutama di punggung kaki, wajah membulat dan

sembab, perut buncit, otot mengecil, pandangan mata sayu dan rambut tipis/kemerahan.

*b. Marasmus*

*Marasmus* adalah keadaan gizi buruk yang ditandai dengan tampak sangat kurus, iga gambang, perut cekung, wajah seperti orang tua dan kulit keriput.

*c. Marasmus-Kwasiorkor*

Gambaran klinis merupakan campuran dari beberapa gejala klinik *kwasiorkor* dan *marasmus*. Makanan sehari-hari tidak cukup mengandung protein dan juga energi untuk pertumbuhan yang normal. Pada penderita demikian disamping menurunnya berat badan <60% dari normal memperlihatkan tanda-tanda *kwasiorkor*, seperti edema, kelainan rambut, kelainan kulit

#### **4. Penatalaksanaan Gizi Buruk**

- a. Menurut Departemen Kesehatan, (2011) tindakan pelayanan melalui 3 fase (stabilisasi, transisi dan rehabilitasi) dan dilanjutkan dengan fase “follow up” sebagai berikut :

1) Fase stabilisasi

Jenis makanan yang dapat diberikan selama anak mengalami gizi buruk stabilisasi diantaranya khusus seperti formula 75/modifikasi/modisco. Jumlah zat gizi :

Energi : 100Kkal/Kg BB/hari

Protein : 1-1,5 gr/Kg BB/hari

Cairan : 130 ml/Kg BB/hari atau jika ada edema berat 100 ml/kg

Dengan syarat pemberian diitnya adalah prosi kecil, sering serat dan rendah laktosa.

Fase	Janis makanan	Frekuensi	Waktu Pemberian
<b>Strabilisasi</b>			
BB <7kg	Makanan Bayi :		
	Asi	1 sdm/2jam	Hari 1-2 (2hr)
	Susu bayi/susu rendah laktosa	2 sdm/3jam	Hari 2-3 (2hr)
BB >7kg	Formula 75/modifikasi/modisco ½	3 sdm/4jam	Hari 4-7 (4 hr)
	Makanan Anak :		
	Susu/susu rendah laktosa	1 sdm/2jam	Hari 1-2 (2hr)
	Formula 75/modifikasi/modisco ½	2 sdm/3jam	Hari 2-3 (2hr)
		3 sdm/4jam	Hari 4-7 (4 hr)

Tabel Tabel 1. Jenis Frekuensi Pada Fase Strabilisasi

## 2) Fase Transisi

Pada tahap transisi anak gizi buruk pemberian makanannya harus secara bertahap dan perlahan-lahan jumlahnya ditingkatkan karena untuk menghindari terjadinya gagal jantung, yang dapat terjadi anak mengkonsumsi makanan dalam jumlah banyak secara mendadak. Adapula persyaratan diet sebagai berikut :

Fase	Janis makanan	Frekuensi	Waktu Pemberian
<b>Strabilisasi</b>			
BB <7kg	Makanan Bayi :		
	Asi	1 sdm/6jam	Hari 8-9
	Susu bayi/susu rendah laktosa	2 sdm/4jam	Hari 10-11
	Formula 75/modifikasi/modisco I/II	3 sdm/2jam	Hari 12-13
BB >7kg	Makanan Anak :		
	Susu/susu rendah laktosa	1 sdm/6jam	Hari 8-9
	Formula 75/modifikasi/modisco I/II	2 sdm/4jam 3 sdm/2jam	Hari 10-11 Hari 12-13

Tabel 2. jenis frekuensi dan lamanya/waktu pemberian makan anak gizi buruk pada fase transisi

### 3) Fase Rehabilitasi

Bila anak masih mendapatkan ASI, teruskan ASI , ditambah dengan makanan formula karena energi dan protein ASI tidak akan mencukupi untuk tubuh. Adapun persyaratan diet sebagai berikut :

a) Formula khusus sebagai formula

135/modifikasi/modosco III

b) Jumlah zat gizi :

Energi : 150-200 Kkal/Kg BB/hari

Protein : 4-6/Kg BB/hari

Fase	Janis makanan	Frekuensi	Waktu Pemberian
<b>Strabilisasi</b>			
BB <7kg	Makanan Bayi :		
	Asi	Tak terbatas 100 ml/8jam atau	Minggu 3-6

Fase	Janis makanan	Frekuensi	Waktu Pemberian
BB >7kg	Susu bayi/susu rendah laktosa	3x	Hari 8-9
	Formula 75/modifikasi/modisco	Pemberian	Hari 10-11
	I/II	3x porsi	Hari 12-13
	Makanan lunak/makanan lembek	1x porsi	
	Makanan Anak :	Tak terbatas	Seterusnya
	Susu/susu rendah laktosa	100ml/ 8jam atau	sampai -1
Formula 75/modifikasi/modisco	3x	SD 90%	
I/II	Pemberian		
Makanan lunak/makanan biasa	3x porsi		
		1-2x	

Tabel 3. jenis frekuensi dan lamanya/waktu pemberian makan anak gizi buruk pada fase rehabilitasi

Nilai Gizi	Per 100 ml	F 75	F 100	F135
Energy	Kalori	75	100	135
Protein	Gr	0,9	2,9	3,3
Laktosa	Gr	1,3	4,2	4,8
Potasium	Mmol	3,6	5,9	6,3
Sodium	Mmol	0,6	1,9	2,2
Magnesium	Mmol	0,43	0,37	0,8
Seng	Mg	2	2,3	3
Copper	Mg	0,25	0,25	0,34
% energy protein	-	0,5	1,2	1
%energi lemak	-	3,6	5,3	5,7
Osmolality	Mosm/I	41,3	41,9	50,8

Tabel 4. Nilai Gizi

b. Tatalaksana menurut WHO (2009)

Semua anak gizi buruk mengalami defisiensi vitamin dan mineral. Meskipun sering ditemukan anemia, jangan beri Zat besi pada fase awal, tetapi tunggu sampai anak mempunyai nafsu makan yang baik dan mulai bertambah berat badannya (biasanya pada minggu ke dua, mulai fase rehabilitasi), karena zat besi dapat memperparah infeksi.

Tatalaksana :

Berikan setiap hari paling sedikit dalam 2 minggu :

- 1) Asam folat (5 mg pada hari 1, dan selanjutnya 1 mg per hari).
- 2) Zink (2 mg Zn elemental /kg BB/ hari).
- 3) Tembaga (0,3 mg Cu/ kgBB / hari)
- 4) Furosulfat 3mg/ kgBB/ hari setelah berat badan naik (mulai fase rehabilitasi)
- 5) Vitamin A diberikan secara oral pada hari ke 1 (kecuali bila telah diberikan sebelum dirujuk).



## **C. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian pada pasien dengan *cholestasis* menurut Sodikin, (2011) adalah:

Anamnesa

- a. Identitas klien, biodata umur, pekerjaan, pendidikan, alamat
- b. Identitas penanggung jawab
- c. Data subjektif
  - 1) bagaimana nafsu makan klien
  - 2) berapa kali makan dalam sehari
  - 3) bagaimana pola eliminasinya
  - 4) apakah ada anoreksia
  - 5) apakah ada gatal-gatal pada seluruh tubuh (pruritus)
- d. Data Objektif
  - 1) apakah ada mual muntah
  - 2) bagaimana pola eliminasinya
  - 3) apakah ada anoreksia
  - 4) apakah ada rasa nyeri pada daerah hepar
  - 5) bagaimanakah warna fesesnya dan urine

e. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah ada tanda-tanda infeksi dahulu pada ibu, apakah ibu pernah mengkonsumsi obat-obatan yang dapat meningkatkan ikterus pada bayi.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada umumnya bayi masuk rumah sakit dengan keluhan tubuh bayi berwarna kuning dan ada rasa gatal-gatal dari tubuh bayi.

3) Riwayat keluarga

Adanya riwayat keluarga yang menderita kolestasis, maka kemungkinan besar merupakan suatu kelainan genetik/metabolik.

f. Pengkajian fisik

Meliputi pengkajian komposisi keluarga, lingkungan rumah dan komunitas, pendidikan dan pekerjaan anggota keluarga, fungsi dan hubungan anggota keluarga, kultur dan kepercayaan, perilaku yang dapat mempengaruhi kesehatan, persepsi keluarga tentang penyakit klien dan lain-lain. Pengkajian secara umum dilakukan dengan metode head to toe yang meliputi: keadaan umum dan status kesadaran, tanda-tanda vital, area kepala dan wajah, dada, abdomen, eksteremitas, dan genita-urinaria.

g. Pemeriksaan fisik abdomen antara lain:

Inspeksi

1) lihat keadaan klien apakah kurus, ada edema pada muka atau kaki

- 2) lihat warna rambut, kering dan mudah dicabut
- 3) mata cekung dan pucat
- 4) lihat warna kulit pasien ada warna kuning atau tidak
- 5) lihat seluruh tubuh pasien ada bekas garukan karena gatal-gatal atau tidak

#### Auskultasi

- 1) dengar denyut jantung apakah terdengar bunyi S1, S2, S3 serta S4
- 2) dengarkan bunyi peristaltik usus
- 3) bunyi paru – paru terutama weezing dan ronchi

#### Perkusi

- 1) perut apakah terdengar adanya shifting dullness
- 2) bagaimana bunyinya pada waktu melakukan perkusi

#### Palpasi

- 1) Hati: bagaimana konsistensinya, kenyal, licin dan tajam pada permukaannya, berapa besarnya dan apakah ada nyeri tekan
- 2) limpa : apakah terjadi pembesaran limpa

## 2. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul

Diagnosa yang muncul menurut Arief,( 2010) adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
- b. Hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, proses penyakit (inflamasi)

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer dan sekunder
- d. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah, distensi dan hipermotilitas gaster, gangguan proses pembekuan
- e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan gangguan pencernaan lemak, mual muntah
- f. Kurang pengetahuan tentang penyakit, prognosa, pengobatan berhubungan dengan salah interpretasi informasi

Dalam merumuskan diagnosa keperawatan pada kasus pasien dengan Kolestasis penulis menggunakan perumusan diagnosa keperawatan sesuai dengan NANDA (2015) adalah sebagai berikut

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis
- b. Hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, proses penyakit (inflamasi)
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer dan sekunder
- d. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
- f. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

### 3. INTERVENSI

No	Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan cedera biologis	<p><b>NOC:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pain Level,</li> <li>2. Pain control,</li> <li>3. Comfort level</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> <li>5. Tanda vital dalam rentang normal</li> </ol>	<p><b>NIC: Pain Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan 38nalge presipitasi</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>4. Ajarkan tentang teknik non farmakologi</li> <li>5. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</li> <li>6. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</li> </ol>

2. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer dan sekunder	<b>NOC :</b> 1. Immune Status 2. Knowledge : Infection control 3. Risk control	<b>NIC:</b> <b>Infection Control (Kontrol infeksi)</b>
	<b>Kriteria Hasil :</b> 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya, 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Jumlah leukosit dalam batas normal 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat	1. Batasi pengunjung bila perlu 2. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 3. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan 4. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 5. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 6. Berikan terapi antibiotik bila perlu
		<b>Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)</b> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 2. Monitor hitung granulosit, WBC 3. Monitor kerentanan terhadap infeksi 4. Berikan perawatan kulit pada area epidema 5. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainas

<p>3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan gangguan pencernaan</p>	<p><b>NOC :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nutritional Status : food and Fluid Intake</li> <li>2. Nutritional Status : nutrient Intake</li> <li>3. Weight control</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan</li> <li>3. Mampumengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>4. Tidak ada tanda tanda malnutrisi</li> <li>5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapn dari menelan</li> <li>6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ol>	<p><b>NIC :</b></p> <p><b>Nutrition Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya alergi makanan</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.</li> <li>3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe</li> <li>4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C</li> <li>5. Berikan makanan yang terpilih ( sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)</li> <li>6. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</li> <li>7. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori</li> </ol> <p><b>Nutrition Monitoring</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BB pasien dalam batas normal</li> <li>2. Monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>3. Monitor lingkungan selama makan</li> <li>4. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi</li> <li>5. Monitor turgor kulit</li> <li>6. Monitor kekeringan, rambut kusam,</li> </ol>
--	--	---

4. Hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, proses penyakit (inflamasi)	<p><b>NOC :</b></p> <p>1. Thermoregulation</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <p>1. Suhu tubuh dalam rentang normal</p> <p>2. Nadi dan RR dalam rentang normal</p> <p>3. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing, merasa nyaman</p>	<p><b>NIC</b></p> <p>Fever treatment</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu sesering mungkin</li> <li>2. Monitor IWL</li> <li>3. Monitor warna dan suhu kulit</li> <li>4. Monitor tekanan darah, nadi dan RR</li> <li>5. Monitor penurunan tingkat kesadaran</li> <li>6. Monitor WBC, Hb, dan Hct</li> <li>7. Monitor intake dan output</li> <li>8. Berikan anti piretik</li> <li>9. Berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam</li> <li>10. Selimuti pasien</li> <li>11. Berikan cairan intravena</li> <li>12. Kompres pasien pada lipat paha dan aksila</li> <li>13. Tingkatkan sirkulasi udara</li> </ol> <p><b>Temperature regulation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu minimal tiap 2 jam</li> <li>2. Rencanakan monitoring suhu secara kontinyu</li> <li>3. Monitor TD, nadi, dan RR</li> <li>4. Monitor warna dan suhu kulit</li> <li>5. Monitor tanda-tanda hipertermi dan</li> </ol>
--	--	---



<p>5. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah distensi dan hipermotilitas gaster.</p>	<p><b>NOC:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Fluid balance</li> <li>. Hydration</li> <li>. Nutritional Status : Food and Fluid Intake</li> </ul>	<p><b>NIC :</b></p> <p><i>Fluid management</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Timbang popok/pembalut jika diperlukan</li> <li>2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat</li> <li>3. Monitor status hidrasi ( kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ), jika diperlukan</li> <li>4. Monitor hasil IAb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN , Hmt , osmolalitas urin )</li> <li>5. Monitor vital sign</li> <li>6. Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian</li> <li>7. Kolaborasi pemberian cairan IV</li> <li>8. Monitor status nutrisi</li> <li>9. Berikan cairan</li> <li>10. Berikan diuretik sesuai interuksi</li> <li>11. Berikan cairan IV pada suhu ruangan</li> <li>12. Dorong masukan oral</li> <li>13. Berikan penggantian nesogatrik sesuai output</li> <li>14. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan</li> <li><b>15.</b> Tawarkan snack ( jus buah, buah</li> </ol>
<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal</li> <li>2. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal</li> <li>3. Tidak ada tanda tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan</li> </ol>		

<p>6. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan salah interpretasi informasi</p>	<p><b>NOC :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Knowledge : disease process</li> <li>2. Knowledge : health Behavior</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan</li> <li>2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</li> <li>3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya</li> </ol>	<p><b>NIC :</b></p> <p><b>Teaching : disease Process</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</li> <li>2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.</li> <li>3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat</li> <li>4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat</li> <li>5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat</li> <li>6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat</li> <li>7. Hindari harapan yang kosong</li> <li>8. Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat</li> <li>9. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit</li> </ol>
---	--	--

### **BAB III**

#### **TINJAUAN KASUS**

Nama Mahasiswa : Trya ade permana  
Nim : D3.KP.13.00403  
Tanggal Praktek : 16-19 Juni 2016  
Tempat Praktek : Bangsal Anak Melati 4 INSKA RSUP Dr.  
Sardjito Yogyakarta  
Sumber Data :Rekam medis, Klien, Keluarga klien, Tenaga  
Medis (dokter, perawat, dan ahli gizi)  
Metode Pengumpulan Data : Observasi, Wawancara, Studi Dokumentasi,  
Pemeriksaan fisik, pemeriksaan Lab

#### **A. PENGKAJIAN**

Tanggal Pengkajian : 16 Juni 2016  
Waktu Pengkajian : 08.00 WIB

##### **1. Identitas**

###### **a. Pasien**

Nama : An."D"  
TTL : Banjarnegara, 11 Desember 2014  
Usia : 1 Tahun 6 Bulan  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Suku/Bangsa : Jawa/ Indonesia  
Alamat : Plumbangan, Pangiteh, Banjarnegara

No. RM : 01.75.19.xx  
Tgl. Masuk RS : 29 Juni 2016  
Diagnosa Medis : Colestasis

## 2. Penanggung Jawab

Nama Ayah : Tn. "N" Umur : 31 Tahun  
Pekerjaan : Petani  
Pendidikan : SMP  
Nama Ibu : Ny. "N" Umur : 22 Tahun  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Pendidikan : SMP  
Agama : Islam  
Suku Bangsa : Jawa/ Indonesia  
Alamat : Plumbangan, Pangiteh, Banjarnegara

## 3. Riwayat Kesehatan

### a. Riwayat klien

#### 1) Keluhan Utama

Ibu pasien mengatakan untuk saat ini anaknya sering menangis karena rasa sakit yang di rasakan pada perut kanan bawah yang terpasang drainase kadang masih merembes di area drain.

#### 2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu pasien mengatakan 4 hari sebelum masuk RS Dr sardjito yogyakarta, anaknya sakit kuning, perut buncit, sesak nafas,

batuk, lalu di bawa ke IGD RSUP Dr sardjito yogyakarta terdiagnosa *cholestasis*.

### 3) Riwayat Dahulu

Ibu pasien mengatakan anaknya dulu pernah di rawat di rumah sakit dengan penyakit kuning sejak umur 6 bulan.

## 4. Riwayat Kehamilan Dan Kelahiran

### a. Prenatal

Ibu pasien mengatakan mengeluh mual muntah dan kecapean selama 2 bulan pertama, ibu pasien mengatakan rutin kontrol ke bidan dan mendapat vitamin dan suplemen penambah darah.

### b. Intra Natal

Ibu pasien mengatakan anaknya lahir normal dan di tolong bidan jenis kelamin perempuan, Ibu pasien mengatakan berat badan lahir anaknya 2600 gram setelah lahir menangis gerak aktif.

### c. Post Natal

Ibu pasien mengatakan setelah melahirkan tidak mengalami perdarahan. Ibu pasien mengatakan tidak memberikan langsung ASI anaknya hanya minum susu formula karena ASI belum keluar.

## 5. Riwayat Masa Lalu

### a. Penyakit Masa Kecil

Ibu pasien mengatakan sejak umur 6 bulan anaknya sudah sakit kuning dan batuk pilek kemudian langsung diperiksa ke dokter praktek.

b. Riwayat dirawat di Rumah Sakit

Ibu pasien mengatakan sebelumnya pasien pernah di rawat di RS banyumas dengan keluhan penyakit kuning dan perut buncit namun ta kunjung membaik dan di rujuk ke RS sardjito sempat pulang kerumah dan sekarang di rawat kembali di RS dr sardjito dengan keluhan sesak nafas, kuning dan perut membesar.

c. Alergi

- 1) Anak tidak mengalami alergi obat
- 2) Anak tidak mengalami alergi debu
- 3) Anak tidak mengalami alergi makanan
- 4) Anak tidak mengalami ada alergi binatang
- 5) Anak tidak mengalami alergi cuaca

d. Obat- obatan yang Digunakan

Ibu pasien mengatakan saat demam pilek anaknya di beri obat paracetamol.

e. Tindakan ( Operasi)

Klien mengatakan belum pernah dilakukan tindakan operasi dan tidak pernah menderita penyakit yang mengharuskanya untuk operasi.

f. Imunisasi

1) Hepatitis B:

Ibu klien mengatakan anaknya diberikan imunisasi hepatitis B saat usia 0 bulan.

2) BCG:

Ibu klien mengatakan anaknya diberikan imunisasi BCG saat usia anaknya kurang dari dua bulan.

3) DPT:

Ibu klien mengatakan anaknya diberikan imunisasi DPT saat usia anaknya dua dan empat bulan.

4) Polio:

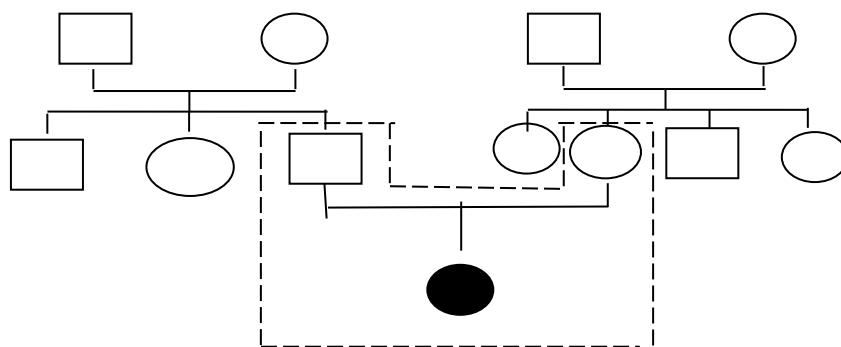
Ibu klien mengatakan anaknya diberikan imunisasi polio saat anaknya usia dua dan empat bulan.

5) Campak:

Ibu klien mengatakan anaknya diberikan imunisasi campak saat umur Sembilan bulan.

## 6. Riwayat Keluarga

### a. Genogram




Gambar 3. Genogram

Keterangan:

□ : Laki- laki

□ : Garis Perkawinan

 : Perempuan

 : Garis Keturunan

 : Pasien

..... : Garis Tiggal Satu Rumah

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu pasien mengatakan di dalam anggota keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti yang diderita anaknya, seperti hipertensi, infeksi saluran kemih, diabetes mellitus, stroke.

## 7. Riwayat Sosial

a. Yang Mengasuh Klien:

Ibu pasien mengatakan yang mengasuh klien adalah orang tua kandungnya sendiri.

b. Hubungan dengan anggota keluarga:

Ibu pasien mengatakan hubungan pasien dengan anggota keluarga terjalin baik keluarga menerima keadaan pasien senang hati.

c. Hubungan dengan teman sebaya:

Ibu pasien mengatakan pasien kalau dirumah biasa bermain dengan teman sebayanya dan hubungan pasien dengan teman sebaya baik.

d. Pembawaan secara umum:

Anak bersih, anak hanya tiduran ditempat tidur mudah tersenyum anak aktif.

e. Lingkungan rumah:

Ibu pasien mengatakan rumah tempat tinggalnya terdapat di dusun lingkungannya cukup bersih di dalam rumah pencahayaan cukup, jendela selalu di buka setiap hari, lantai rumah terbuat dari ubin.



## 8. Kebutuhan Dasar

### a. Nutrisi

#### Sebelum Sakit

##### 1) Pola Makan

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan tiga kali sehari dengan menggunakan nasi, lauk dan sayur. minum susu formula  $\pm$  3-5 gelas/hari.

##### 2) Porsi Makan

Ibu pasien mengatakan klien makan 1hari 2-3 kali dengan menggunakan porsi yang sedang, ibu klien juga mengatakan kadang tidak habis makanannya.

##### 3) Alat Makan

Alat makan yang digunakan :

Ibu pasien mengatakan klien makan dengan alat makan sendok dan mangkuk, dengan kondisi alat makan yang bersih.

#### Selama Sakit

##### 1) Selera Makan

Ibu pasien mengatakan selama sakit selera makan pasien masih kurang 1 porsi mangkok yang di berikan rumah sakit hanya di habiskan setengahnya.

##### 2) Pola Makan

Ibu pasien mengatakan klien makan tiga kali sehari dengan menu makanan dari Rumah sakit, diet bubur.

### 3) Porsi Makan

Ibu pasien mengatakan pasien makan makanan yang di sediakan rumah sakit dengan porsi ukuran mangkok kecil dan susu f100 200/3 jam.

### b. Kebutuhan Istirahat dan Tidur

#### Sebelum Sakit

#### 1) Pola Tidur

Ibu klien mengatakan sebelum anaknya sakit tidak mengalami gangguan pola tidur.

Klien mengatakan biasa tidur sehari dua kali, tidur malam mulai jam 20.30 wib-05.00 wib klien tidak mengalami kesulitan memulai tidur, tidur nyenyak sampai pagi.

Ibu pasien mengatakan sebelum tidur biasanya di gendong.

#### 2) Tidur Siang

Ibu klien mengatakan pasien tidur siang tidak tentu, pas tidur siang  $\pm$  2-3jam anak tidur dengan nyenyak.

#### Selama Sakit

#### 1) Pola Tidur

Ibu pasien mengatakan semenjak di pasang selang pada perut kanan bawah anak menjadi rewel dan susah tidur.

#### 2) Kebiasaan Sebelum Tidur

Ibu pasien mengatakan kebiasaan pasien sebelum tidur minum susu dan di gendong.

### 3) Tidur Siang

Ibu pasien mengatakan kadang-kadang tidur siang kurang lebih dua sampai tiga jam, antara jam 9-4 sore.

## Personal Hygiene

### Sebelum Sakit

#### 1) Mandi

Ibu pasien mengatakan sebelum berada dirumah sakit pasien mandi dua kali sehari yaitu pagi dan sore hari.

Ibu pasien mengatakan mandi menggunakan air biasa dan dengan sabun mandi di kamar mandi.

#### 2) Menggosok Gigi

Pasien mengatakan sebelum berada dirumah sakit pasien menggosok gigi yaitu pagi hari, bersamaan saat mandi menggunakan pasta gigi dan sikat gigi, kondisi gigi selalu bersih, berwarna putih dan tidak bau mulut.

### Selama Sakit

#### 1) Mandi

Ibu pasien mengatakan saat berada dirumah sakit klien mandi hanya di lap menggunakan waslap oleh ibunya setiap pagi dan sore hari di kamar klien.

#### 2) Menggosok Gigi

Ibu pasien mengatakan menggosok gigi setiap pagi dan sore hari bersamaan dengan waktu di waslap.

Pasien menggosok gigi menggunakan pasta gigi dan sikat gigi, kondisi gigi bersih tidak ada bau.

c. Aktivitas Bermain

Sebelum Sakit

Ibu pasien mengatakan anaknya dirumah bermain dengan teman, saudara sepupunya.

Selama sakit

Ibu pasien mengatakan pasien bermain dengan boneka sambil tiduran, kadang minta di gendong.

d. Eliminasi

Sebelum Sakit

BAB :

Ibu pasien mengatakan anaknya BAB 2x sehari tidak ada keluhan feses warna kuning kecoklatan, bau khas feses.

BAK

Ibu pasien mengatakan buang air kecil 4-6 x/hari warna kuning jernih, bau khas urine, pasien tidak mengalami kesulitan dalam buang air kecil

Selama Sakit.

BAB

Ibu pasien mengatakan anaknya BAB 3x sehari konsistensi lunak warna kuning bau khas feses.

BAK

Ibu pasien mengatakan BAK di dalam pempers warna kuning bau khas urine.

## 9. Pemeriksaan Fisik

### a. Keadaan Umum

Tingkat kesadaran: composmentis

### b. Antropometri

Tinggi Badan : 68 Cm

Berat Badan : 7,5 kg

Status Gizi : kurang

Z-Score

BB/PB = -3SD s/d - 1SD = Kurus

BB/U = -3SD s/d <-2SD = gizi kurang

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

LLA : 9 cm

Lingkar Kepala : 42,5 cm

Lingkar Dada : 71 cm

Lingkar Perut : 61,5 cm

### c. Tanda- tanda Vital

TD : - mmHg                      Nadi : 130 x/ menit

RR : 40 x/ menit                      Suhu badan : 37,1 °C

d. Kepala

Bentuk kepala mesocephal, tidak ada benjolan patologis, tidak ada luka, tidak ada bekas jahitan, kepala terlihat bersih, kulit kepala tidak ada ketombe, warna rambut hitam dan kriting tipis, tidak mengalami kerontokan dan tidak ada nyeri.

e. Mata

Terlihat sklera pasien ikterik, tidak ada luka, tidak ada benjolan patologis, konjungtiva merah muda, pupil isokor, fungsi penglihatan baik.

f. Hidung

Hidung klien terlihat bersih, tidak ada luka, tidak ada nyeri, tidak ada secret yang keluar.

g. Telinga

Telinga kanan dan kiri simetris telinga bersih, tidak mengeluarkan cairan, tidak ada luka, tidak ada nyeri, tidak ada kelainan patologis, fungsi pendengaran baik.

h. Mulut

Mukosa bibir lembab, gigi tidak ada karies, tidak ada stomatitis, fungsi pengecap baik.

i. Tengukuk

Klien dapat menunduk, tidak ada kaku kuduk, tidak ada bekas Luka.

j. Dada

Jantung

Inspeksi:

Warna kulit sama dengan warna kulit tubuh yang lain bentuk simetris tidak ada bekas luka terlihat ictus kordis terlihat pergerakan detak jantung

Palpasi:

Teraba ictus cordis pada intercosta IV garis aksila anterior kiri, tidak ada benjolan patologis, tidak ada nyeri tekan.

Perkusi

Saat diperkusi suara pekak di intercosta II garis midclavikula kiri sampai intercoste IV garis midclavikula kiri, tidak ada pembesaran jantung.

Auskultasi

Saat diauskultasi terdengar suara  $S_1$  dan  $S_2$  (Lup-Dup) terpisah teratur irama regular.

Paru

Inspeksi

Pergerakan dada kanan dan kiri simetris, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat luka, tidak ada otot tambahan saat bernafas inspirasi dan ekspirasi 2:1.

Palpasi

Pergerakan dada kanan dan kiri simetris, taktil fremitus kanan dan kiri simetris, tidak ada nyeri tekan, respirasi 35x permenit.

Perkusi:

Saat diperkusi suara sonor.

Auskultasi:

Pada saat di auskultasi terdengar vesikuler.

Abdomen

Inspeksi :

Terlihat massa asites, perut buncit lingkar perut 50 cm, terpasang drainase sejak tanggal 2 juni volume  $\pm$  100 cc/hari warna hijau kekuningan.

Auskultasi:

Saat diauskultasi terdengar bising usus di setiap kuadran, terdengar peristaltik usus pada kuadran dua yaitu 18 kali permenit.

Palpasi

Terdapat nyeri tekan pada perut, teraba keras dan kencang, distensi abdomen, saat di goyang terdapat pergerakan cairan di dalam perut.

Perkusi

Bunyi timpani.

k. Genetalia

Keadaan genetalia bersih, tidak ada luka, tidak iritasi, tidak ada hemoroid, tidak ada bau, jenis kelamin perempuan.



1. Ekstermitas

Atas

Anggota gerak atas lengkap dari bahu sampai ujung jari tidak ada pitting edema, tidak ada kelainan bentuk tulang, fungsi gerak normal kekuatan otot.

$\frac{5}{5}$

Bawah

Anggota gerak bawah lengkap dari pangkal paha sampai ujung jari kaki, tidak ada kelainan, kaki kanan terpasang try way sejak 29 mei 2016

kekuatan otot  $\frac{5}{5}$

m. Kulit

Warna kulit kuning di area hampir seluruh tubuh tidak kotor, akral teraba hangat tidak ada bekas luka capilari refil kembali kurang dari 2detik, tidak ada sianosis, terdapat pruritis di area selangkang panjang  $\pm 7$ cm lebar  $\pm 4$ cm.

**10. Aspek Mental- Intelektual**

1. Intelektual Orang tua

Ibu pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit kuning yang di derita anaknya karena sudah pernah di jelaskan oleh dokter dan perawat.

## 2. Support System Keluarga

Klien tampak selalu mendapatkan dukungan dari keluarganya terutama ibu dan neneknya selalu di tunggu di Rumah sakit

### 11. Deteksi tumbuh kembang

#### A. Motorik kasar

<b>Kegiatan</b>	<b>Umur</b>	<b>Waktu normal menurut teori</b>
Mengepal	1 bulan	1 bulan
Tengkurap	3 bulan	8 bulan
Merangkak	Anak belum mampu	10 bulan
Berdiri	Anak belum mampu	18 bulan
Berjalan tidak jatuh	Bulan	18 bulan
Berlari	Bulan	24 bulan
Naik tangga	Bulan	36 bulan

Tabel 5. Motorik Kasar pada Deteksi Tumbuh Kembang

#### B. Motorik halus

<b>Kegiatan</b>	<b>Umur</b>	<b>Waktu normal menurut teori</b>
Melihat sekitar	1 bulan	1 bulan
Memegang benda	4 bulan	4 bulan
Memindahkan benda	11 bulan	12 bulan
Menggambar garis	18 bulan	18 bulan
Menggambar lingkaran	bulan	24 bulan
Menggambar orang	bulan	48 bulan

Tabel 6. Motorik Halus pada Deteksi Tumbuh Kembang

### C. Bicara

<b>Kegiatan</b>	<b>Umur</b>	<b>Waktu normal menurut teori</b>
Mengoceh	1 bulan	1 bulan
Tertawa	3 bulan	4 bulan
Berteriak	8 bulan	7 bulan
Ucap 1 kata	12 bulan	10 bulan
Ucap 2 kata	15 bulan	12 bulan
Berkata tanpa arti	Bulan	18 bulan

Tabel 7. Bicara pada Deteksi Tumbuh Kembang

### D. Sosial

<b>Kegiatan</b>	<b>Umur</b>	<b>Waktu normal menurut teori</b>
Melihat orang	1 bulan	1 bulan
Mengenal orang	4 bulan	4 bulan
Bermain	6 bulan	7 bulan
BAB/BAK sendiri	Belum bisa	18 bulan

Tabel 8. Sosial pada Deteksi Tumbuh

Kesimpulan :

Tumbuh kembang anak terlambat dimana untuk perkembangan motorik kasar seperti merangkak, berdiri, berjalan tidak jatuh belum bisa lakukan. Untuk sosial BAK/BAB belum mampu dilakukan sendiri.

## 12. Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil pemeriksaan laboratorium darah rutin: Tgl 08 Juni 2016

No	Jenis	Hasil	Satuan	Nilai Normal	Interpretasi
1.	Leukosit	6.80	$10^3/\text{ul}$	4,50-11,00	Normal
2.	Eritrosit	3.20	$10^6/\text{ul}$	4,20-5,20	Rendah
3.	Hemoglobin	9,6	g/dl	12,00-16,0	Rendah
4.	Hematokrit	30,7	%	36,0-48,0	Rendah
5.	MCH	30,0	Pg	27,0-32,0	Normal
6.	MCV	95,9	FL	80,00-99,0	Normal
7.	MCHC	31,3	g/dl	32,00-36,00	Rendah
8.	NRBC#	0,0	%	-	-
9.	NRBC%	0,00	%	-	-
10.	RDW	58,0	%	35,0-45,0	Tinggi
11.	HDW	16,5	%	11,5-14,5	Tinggi
12.	Trombosit	137	$10^3/\text{ul}$	150-450	Rendah
13.	MVP	12,0	Fl	15,0-25,0	Rendah
14.	Neutrofil	61,9	$10^3/\text{uL}$	22,0-48,0	Tinggi
15.	Limfosit	1,39	$10^3/\text{uL}$	1,30-2,90	Normal
16.	Monosit	11,9	%	2,0-11,0	Tinggi
17.	Eosinofil	5,1	%	1,00-4,0	Tinggi
18.	Basofil	0,7	%	0,00-2,0	Rendah
19.	Basofil#	0,05	$10^3/\text{uL}$	0,00-0,10	Normal
24	PCT	0,3	%	0,00-0,10	Normal

Tabel 9. Pemeriksaan laboratorium

b. Hasil pemeriksaan laboratorium : Tgl 02-Juni 2016

No	Jenis	Hasil	Satuan	Nilai Normal	Interpretasi
1.	Bilirubin total	14,16	Mg/dl	<1,00	Tinggi
2.	Bilirubin direct	11,76	Mg/dl	0,00-0,20	Tinggi
3.	Protein total	7,51	g/dl	6,40-8,30	Normal
4.	Albumin	2,88	g/dl	3,97-4,94	Rendah
5.	SGOT/AST	307	u/l	<=32	Tinggi
6.	SGPT/ALT	123	u/l	<=33	Tinggi
7.	BUN	6,80	Mg/dl	6,00-20,00	Normal
8.	Creatinin	0,26	Mg/dl	0,50-0,90	Rendah
9.	Amilase	8	u/l	13-53	Rendah
10.	Lipase	21	u/l	13-60	Normal

Tabel 9. Pemeriksaan laboratorium

## Terapi Medis yang Didapat


Terapi yang didapat klien saat pengkajian tgl: 01 Juli 2015

No	Jenis Terapi	Aturan Pemberian	Aturan Pemberian	Rute	Keterangan
1.	Ceftazidime	350 mg	Setiap 8 jam	IV	Antibiotik
2.	Spironolakton	5 mg	Setiap 12 jam	Oral	Aldosterone diuretik
3.	Propanolol	2 mg	Setiap 8 jam	Oral	Menurunkan tekanan darah
4.	Cavit D3	100 mg	Setiap 24 jam	Oral	Vitamin
5.	Vik k	2 mg	1x pemberian	IV	Vitamin
6	Asam folat	1 mg	Setiap 24 jam	Oral	Suplemen
7	Sambeplex	0,16 cc	Setiap 24 jam	Oral	Vitamin
8	Zink	20mg	Setiap 24 jam	Oral	Multivitamin

Tabel 10. Terapi obat pasien

## B. Analisa Data

No	Data Fokus	Penyebab	Masalah
1	<p>DS:</p> <p>Ibu pasien mengatakan perut anaknya membesar mulai dari umur 6 bulan yang lalu.</p> <p>Ibu pasien mengatakan anaknya susah makan</p> <p>DO:</p> <p>a. Hasil lab tinggi</p> <p>Bilirubin 14,16 mg/dl</p> <p>Albumin 2,88g/dl</p> <p>SGOT 307u/l</p> <p>SGPT 123 u/l</p> <p>b. Lingkar perut 50 cm, terdapat asites</p> <p>c. Terdapat nyeri tekan pada perut, teraba keras dan kencang, distensi abdomen, saat di goyang terdapat pergerakan cairan di dalam perut.</p>	Disfungsi hati	Risiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal

No	Data Fokus	Penyebab	Masalah
2	<p>DS:</p> <p>Ibu pasien mengatakan anaknya sering menangis semenjak di pasang drainase pada perut kanan bawah, anak menjadi rewel.</p> <p>DO :</p> 	<p>Agen injuri fisik (pembedahan)</p>	<p>Nyeri akut</p>
3	<p>DS;</p> <p>Ibu pasien mengatakan luka pada drainase yang di pasang pada perut kanan bawah masih merembes</p> <p>DO :</p> <p>Terpasang IV plug di kaki kanan sejak 29/5-2016</p> <p>Luka drain masih merembes</p>	<p>Prosedur invasif</p>	<p>Resiko infeksi</p>



No	Data Fokus	Penyebab	Masalah
4	<p>DS:</p> <p>Ibu pasien mengatakan anaknya belum bisa berdiri dan berjalan</p> <p>DO :</p> <p>Motorik kasar anak belum mampu merangkak, berdiri dan berjalan berdasarkan hasil dari pengkajian denver.</p>	Penyakit kronis	Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan
5	<p>DS :</p> <p>Ibu anak "D" mengatakan anaknya tiap makan sedikit</p> <p>DO :</p> <p>Z-Score</p> <p>BB/PB = -3SD s/d - 1SD =</p> <p>Kurus</p> <p>BB/U = -3SD s/d &lt;-2SD =</p> <p>gizi kurang</p> <p>PB/U = -3SD s/d &lt;-2SD =</p> <p>pendek</p> <p>Hb = 9,6 g/dl</p>	Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

No	Data Fokus	Penyebab	Masalah
6	DS : -  DO :  Terdapat luka prurintus di selangkangan panjang ± 6cm  lebar± 5cm	Faktor mekanik  dan kelembaban	Kerusakan  integritas kulit

### **C . Diagnosa keperawatan sesuai prioritas**

1. Risiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan

Disfungsi hati

Domain 4 : Aktifitas atau istirahat

Kelas 4 : Respon kardiovaskuler

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik

Domain 12 : Kenyamanan

Kelas 1 : Kenyamanan fisik

3. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Domain 11 : Keamanan perlindungan

Kelas 1 : Infeksi

4. Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan penyakit kronis

Domain 13 : Pertumbuhan dan perkembangan

Kelas 2 : Pertumbuhan

5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien

Domain 2 : Nutrisi

Kelas 1 : makan

6. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik dan kelembaban

Domain 11 : Keamanan atau perlindungan

Kelas 2 : Cidera fisik

## RENCANA KEPERAWATAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Intervensi									
1	Resiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan disfungsi hati (sirosis)	<p><b>NOC :</b>  <b>Perfusi jaringan :Organ abdominal</b></p> <p>Setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan asites perut pasien menurun dengan indikator :</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">INDIKATOR</th> <th style="text-align: center;">A</th> <th style="text-align: center;">T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asites</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Kehilangan selera makan</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	Asites	1	4	Kehilangan selera makan	1	4	<p><b>NIC:</b>  <b>Manajemen cairan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pola makan pasien</li> <li>2. Monitor tanda tanda vital</li> <li>3. Monitor hasil laboratorium</li> <li>4. Timbang berat badan harian</li> <li>5. Ukur lingkar perut</li> </ol>
INDIKATOR	A	T										
Asites	1	4										
Kehilangan selera makan	1	4										

Keterangan :

1. Berat
2. Cukup berat
3. Sedang
4. Ringan
5. Tidak ada

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal Waktu	Implementasi	Evaluasi																
			Proses	Hasil															
1	Kamis 16 Juni 2016 08.00	08.00 1. Mengukur tanda tanda vital	08.05 Ds : Do : S : 37 c N : 130 x/menit R : 30x/menit	Kamis 9 Juni 2016 Jam 14.00 S : Ibu pasien mengatakan anaknya masih susah makan dan mual															
		08.10 Mengukur lingkar perut	08.10 Ds : Do : lingkar perut 49 cm Keluar cairan dari drain ± 90 cc	O : a. Lingkar perut 49 cm b. Berat badan 7,5 kg c. Cairan drain yang keluar ± 90cc  A : Tujuan belum tercapai															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asites</td> <td></td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kehilangan selera makan</td> <td></td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>					INDIKATOR		A	T	C	Asites		1	4	1	Kehilangan selera makan		1	4	1
INDIKATOR		A	T	C															
Asites		1	4	1															
Kehilangan selera makan		1	4	1															




CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal Waktu	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
	10.00	Menimbang berat badan	10.05 Ds : Do : berat badan 7,5 kg	P : lanjutkan intervensi 1,2,5	
	13.00	Mengkaji pola makan pasien	13.05 Ds : Ibu pasien mengatakan anaknya masih belum nafsu makan Do : Bubur tersisa setengah mangkok	 (Trya)	 (Trya)
				 (Trya)	

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal Waktu	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
2	kamis 16 Juni 2016 14,00	14. 00 Mengukur tanda tanda vital	14.05 Ds : Do : TTV S ; 37 C N : 125x/menit R : 30x/menit	kamis 16 Juni 2016 Jam 20.00  S : Ibu pasien mengatakan anaknya menghabiskan 1 bungkus roti  O : hasil lab Bun : 6,80 mg/dl Albumin : 2,88 g/dl TTV S ; 37 C N : 125x/menit R : 30x/menit	
		14.30 Memonitor hasil laboratorium Bun : 6,80 mg/dl Albumin : 2,88 g/dl	09.05 Ds :  Do : hasil lab Bun : 6,80 mg/dl Albumin : 2,88 g/dl		



(Trya)



(Trya)



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil												
		18.00 Mengkaji pola makan pasien	18.10 Ds :Ibu pasien mengatakan pasien habis makan roti 1 bungkus Do :	A: Tujuan belum tercapai													
				 (Trya)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asites</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kehilangan selera makan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Asites	1	4	1	Kehilangan selera makan	1	4	1
INDIKATOR	A	T	C														
Asites	1	4	1														
Kehilangan selera makan	1	4	1														
				P : Lanjutkan intervensi 1 2 4	 (Trya)												






CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi																			
				Hasil																			
3	Kamis 16 Juni 2016 21.00	21.00 Mengukur tanda tanda vital	14.30 Ds :	Jumat 17 Juni 2016 Jam 08.00																			
			Do : TTV S ; 37 C N : 125x/menit R : 30x/menit	S : Ibu pasien mengatakan anaknya hanya menghabiskan setengah mangkok bubur O : Perut anak terlihat masih besar A : Tujuan belum tercapai																			
		07.00 Menanyakan pola makan pasien	17.00 Ds :Ibu pasien mengatakan anaknya hanya menghabiskan setengah mangkok bubur. Do :	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">INDIKATOR</th> </tr> <tr> <th></th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asites</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kehilangan selera makan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>				INDIKATOR					A	T	C	Asites	1	4	1	Kehilangan selera makan	1	4	1
INDIKATOR																							
	A	T	C																				
Asites	1	4	1																				
Kehilangan selera makan	1	4	1																				
				P : lanjutkan intervensi 1 3 4																			
				 (Trya)																			
				 (Trya)																			
				 (Trya)																			




CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil															
4	Jumat 17 juni 2016 Jam 08.00	Jam 08.00 Mengukur tanda tanda vital	08.00 Ds : Ibu pasien mengatakan pasien masih mual Do : TTV S ; 37 C N : 125x/menit R : 30x/menit	14.00 S : Ibu pasien mengatakan pasien masih mual  O : Berat badan 7,5 kg Cairan keluar dari drain ± 100cc																
		Jam 09.00 Menimbang berat badan		 (Trya)	A : Tujuan tercapai sebagian															
		Jam 09.30 Mengukur lingkaran perut	Jam 09.10 Ds : Do : Berat badan 7,5 kg	 (Trya)	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asites</td> <td></td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kehilangan makan</td> <td>selera</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR		A	T	C	Asites		1	4	2	Kehilangan makan	selera	1	4	2
INDIKATOR		A	T	C																
Asites		1	4	2																
Kehilangan makan	selera	1	4	2																
			Jam 09.35 Ds : Do : lingkaran perut 48 cm Keluar cairan dari drain ± 100cc	 (Trya)	P : Lanjutkan intervensi 1,5															

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Evaluasi	
			Proses	Hasil
5	Jumat, 17 Juni 2016 14.00	14.15	14.20	Jumat 17 Juni 2016 Jam 21.00
		Mengukur tanda tanda vital	Ds : Do : TTV S ; 37 C N : 125x/menit R : 30x/menit	S : 1.Ibu pasien mengatakan anak menghabiskan ¾ bubur 2.Ibu pasien mengatakan anaknya sudah jarang mual
		18.00	(Trya)	O : TTV S ; 37 C N : 125x/menit R : 30x/menit
		Menanyakan pola makan pasien	18.10	
			Ds : Ibu pasien mengatakan anak menghabiskan ¾ bubur Do :	(Trya)
				(Trya)

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

---

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
----	---------------	--------------	--------	----------	-------

---

A : Tujuan tercapai sebagian

---

INDIKATOR	A	T	C
Asites	1	4	2
Kehilangan selera makan	1	4	2

---

P : Lanjutkan intervensi 1,5



(Trya)

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi											
					Hasil										
6	Jumat, 17 Juni 2016 21.30	21.30 Mengukur tanda tanda vital	14.35. Ds : Do : TTV S ; 37 C N : 125x/menit R : 30x/menit	Sabtu 18 Juni 2016 Jam 08.00	S : ibu pasien mengatakan anaknya menghabiskan ¾ bubur dan sudah tidak mual. O : Anak sudah mulai nafsu makan Perut pasien sudah mulai mengecil										
		Sabtu 18 juni 2016 07.00 Menanyakan pola makan pasien	18.05 Ds : ibu pasien mengatakan anaknya menghabiskan ¾ bubur Do : Anak sudah mulai nafsu makan	A : Tujuan teratasi sebagian	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asites</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kehilangan selera makan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Asites	1	4	2	Kehilangan selera makan	1
INDIKATOR	A	T	C												
Asites	1	4	2												
Kehilangan selera makan	1	4	3												
				P : Lanjutkan intervensi 1 2 3 4 5											



## INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama : An "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No dx	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI												
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik	<p><b>NOC : Kontrol nyeri</b> Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan pasien terbebas dari nyeri dari indikator :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">INDIKATOR</th> <th style="width: 10%;">A</th> <th style="width: 10%;">T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Tanda tanda vital dalam rentan normal</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Wajah tampak rileks</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>KETERANGAN :</b>                      5 : Tidak terganggu                      4 : Sedikit terganggu                      3 : Cukup terganggu                      2 : Banyak terganggu                      1 : Sangat terganggu</p>	INDIKATOR	A	T	Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	1	4	Tanda tanda vital dalam rentan normal	2	4	Wajah tampak rileks	2	5	<p><b>NIC : manajemen nyeri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji skala nyeri</li> <li>2. Obersevasi adanya petunjuk nonverbal terhadap nyeri</li> <li>3. Kaji tanda tanda vital</li> <li>4. Ajarkan tehknik pengendalian nyeri non farmakologi ( dengan bermain)</li> <li>5. Kolaborasi dengan tim kesehatan obat analgetik</li> </ol>
INDIKATOR	A	T													
Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	1	4													
Tanda tanda vital dalam rentan normal	2	4													
Wajah tampak rileks	2	5													



( Trya )





## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : AN "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																
1.	Ksmis 16-06-2016	Jam 08.00 Menanyakan skala nyeri pasien	<p>Jam 08.01</p> <p>DS: ibu pasien mengatakan anak menangis saat bergerak, nyeri sedang, nyeri hilang timbul, pada pada perut.</p> <p>DO: Anak tampak menangis</p>  <p>Nyeri skala 4</p>	<p>Jam 14.00</p> <p>S: Ibu pasien mengatakan menangis saat bergerak.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien gelisah,</li> <li>2. Pasien menangis saat bergerak</li> <li>3. N : 130X/menit</li> <li>4. R : 30x/menit</li> <li>5. S : 37,1C</li> <li>6. Nyeri skala 4</li> </ol> 																	
		Jam 08.05 Mengobservasi adanya ketidaknyamanan non verbal	<p>Jam 08.10</p> <p>DS:</p> <p>DO: Pasien gelisah (rewel)</p>	 ( Trya)	<p>A: Tujuan belum tercapai</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">INDIKATOR</th> <th style="text-align: center;">A</th> <th style="text-align: center;">T</th> <th style="text-align: center;">C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Tanda tanda vital dalam rentan normal</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Wajah tampak rileks</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	1	4	2	Tanda tanda vital dalam rentan normal	2	4	2	Wajah tampak rileks	2	5	2
INDIKATOR	A	T	C																		
Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	1	4	2																		
Tanda tanda vital dalam rentan normal	2	4	2																		
Wajah tampak rileks	2	5	2																		
				 ( Trya)																	





CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : AN "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
		Jam 09.00 Mengkaji ttv	Jam 09.05 Ds : Do : N : 130x/menit , R : 30x.menit S : 37,1C	P : Lanjutkan intervensi 1,2,3	
				 ( Trya)	 ( Trya)





CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : AN "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																
2	Kamis 16 06 2016 15.00	Jam 15.00 Menanyakan skala nyeri	Jam 15.01 DS: Ibu pasien mengatakan anaknya nangis jika bergerak. Nyeri diperut, nyeri hilang timbul, nyeri sedang.	20.00 S: Ibu pasien mengatakan anaknya nangis jika bergerak. Nyeri diperut, nyeri hilang timbul, nyeri sedang O : Nyeri skala 4 																	
		Jam 16.00 Mengobservasi adanya ketidaknyamanan non verbal	DO: Anak tampak menangis  Nyeri skala 4 Jam 16.10 Ds : Do : pasien tenang	A: tujuan tercapai sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>T</th> <th>A</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Tanda tanda vital dalam rentan normal</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Wajah tampak rileks</td> <td>5</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> P: lanjutkan intervensi 1.2.3.4	INDIKATOR	T	A	C	Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	4	1	2	Tanda tanda vital dalam rentan normal	4	2	2	Wajah tampak rileks	5	2	2	
INDIKATOR	T	A	C																		
Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	4	1	2																		
Tanda tanda vital dalam rentan normal	4	2	2																		
Wajah tampak rileks	5	2	2																		
				 ( Trya)	 ( Trya)																





CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : AN "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																
3	Kamis, 16 Juni 2016	Jam 21.00 Menanyakan skala nyeri	Jam 21.05 DS: Ibu pasien mengatakan anaknya nangis jika bergerak. Nyeri diperut, nyeri hilang timbul, nyeri sedang.  DO: Pasien sudah tidak menangis lagi saat di gendong Skala nyeri 3 	Jumat Jam 08.00 S: Ibu pasien mengatakan sudah tau teknik non farmakologi  O: Pasien sudah tidak menangis lagi saat di gendong Nyeri skala 3 																	
	jumat Jam 07.00	Mengajarkan teknik pengendalian nyeri non farmakologi (bermain)	Jam 07.10 DS: Ibu pasien mengatakan sudah tau teknik non farmakologi  DO:	 ( Trya)	A: tujuan tercapai sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Tanda tanda vital dalam rentan normal</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Wajah tampak rileks</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> P : lanjutkan intervensi 1 2 3	INDIKATOR	A	T	C	Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	1	4	2	Tanda tanda vital dalam rentan normal	2	4	2	Wajah tampak rileks	2	5	2
INDIKATOR	A	T	C																		
Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	1	4	2																		
Tanda tanda vital dalam rentan normal	2	4	2																		
Wajah tampak rileks	2	5	2																		
				 ( Trya)																	




CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : AN "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																
4	jumat, 17 Juni 2016	Jam 08.00 Menanyakan skala nyeri	Jam 08.05 DS: Ibu pasien mengatakan anaknya nangis jika bergerak. Nyeri diperut, nyeri hilang timbul, nyeri sedang.  DO: Pasien sudah tidak menangis lagi saat di gendong Nyeri skala 2 	Jumat Jam 14.00 S: Ibu pasien mengatakan anaknya nangis jika bergerak. Nyeri diperut, nyeri hilang timbul, nyeri sedang. O: S : 37°C N : 130x/menit R : 30x/menit Nyeri skala 2 																	
		Jam 08.30 Mengukur ttv	Jam 08.35 DS:  DO: S : 37°C N : 130x/menit R : 30x/menit	(Trya)	A: tujuan tercapai sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Tanda tanda vital dalam rentan normal</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Wajah tampak rileks</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> P : lanjutkan intervensi 1 2 3 	INDIKATOR	A	T	C	Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	1	4	2	Tanda tanda vital dalam rentan normal	2	4	2	Wajah tampak rileks	2	5	2
INDIKATOR	A	T	C																		
Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	1	4	2																		
Tanda tanda vital dalam rentan normal	2	4	2																		
Wajah tampak rileks	2	5	2																		

Trya





CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : AN "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																
5	jumat, 17 Juni 2016	Jam 14.00 Mengkaji skala nyeri	Jam 14.05 DS: Ibu pasien mengatakan anaknya nangis jika bergerak. Nyeri diperut, nyeri hilang timbul, nyeri sedang.  DO: Pasien sudah tidak menangis lagi saat di gendong Nyeri skala 2 	Jam 20.00 S: Ibu pasien mengatakan anaknya nangis jika bergerak. Nyeri diperut, nyeri hilang timbul, nyeri sedang. O: S : 37°C N : 130x/menit R : 30x/menit Nyeri skala 2 																	
		Jam 15.10 Mengukur ttv	Jam 15.10 DS:  DO: S : 37°C N : 130x/menit R : 30x/menit	A: tujuan tercapai sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Tanda tanda vital dalam rentan normal</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Wajah tampak rileks</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> P : lanjutkan intervensi 1 2 3	INDIKATOR	A	T	C	Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	1	4	3	Tanda tanda vital dalam rentan normal	2	4	3	Wajah tampak rileks	2	5	2	
INDIKATOR	A	T	C																		
Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	1	4	3																		
Tanda tanda vital dalam rentan normal	2	4	3																		
Wajah tampak rileks	2	5	2																		
				 (Trya)	 ( Trya)																





CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : AN "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																
6	jumat, 17 Juni 2016	Jam 20.00 Mengkaji skala nyeri	Jam 14.05 DS: Ibu pasien mengatakan anaknya nangis jika bergerak. Nyeri diperut, nyeri hilang timbul, nyeri sedang.  DO: Pasien sudah tidak menangis lagi saat di gendong Nyeri skala 2 	Sabtu Jam 80.00 S: Ibu pasien mengatakan anaknya nangis jika bergerak. Nyeri diperut, nyeri hilang timbul, nyeri sedang.  O: S : 37°C N : 130x/menit R : 30x/menit Nyeri skala 2 																	
	Sabtu Jam 06.00	Mengukur ttv	Jam 06.10 DS:  DO: S : 37°C N : 120x/menit R : 30x/menit	A: tujuan tercapai sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Tanda tanda vital dalam rentan normal</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Wajah tampak rileks</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> P : lanjutkan intervensi 1 2 3	INDIKATOR	A	T	C	Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	1	4	3	Tanda tanda vital dalam rentan normal	2	4	2	Wajah tampak rileks	2	5	2	
INDIKATOR	A	T	C																		
Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	1	4	3																		
Tanda tanda vital dalam rentan normal	2	4	2																		
Wajah tampak rileks	2	5	2																		
				 (Trya)	 (Trya)																





CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : AN "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																
7	Sabtu , 18 Juni 2016	Jam 80.00 Mengkaji skala nyeri	Jam 08.05 DS: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak nyeri lagi  DO: Pasien sudah tidak menangis lagi saat di gendong Nyeri skala 1 	Sabtu Jam 14.00 S: Ibu pasien mengatakan sudah tau cara mengontrol nyeri non farmakologi O: S : 37°C N : 130x/menit R : 30x/menit Wajah pasien rileks Nyeri skala 1 																	
		Sabtu Jam 09.00 Mengukur ttv	Jam 09.10 DS: DO: S : 37°C N : 120x/menit R : 30x/menit	A: tujuan tercapai sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tanda tanda vital dalam rentan normal</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Wajah tampak rileks</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	1	4	4	Tanda tanda vital dalam rentan normal	2	4	3	Wajah tampak rileks	2	5	4	
INDIKATOR	A	T	C																		
Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	1	4	4																		
Tanda tanda vital dalam rentan normal	2	4	3																		
Wajah tampak rileks	2	5	4																		
		Jam 09.30 Obersevasi adanya petunjuk nonverbal terhadap nyeri	Jam 09.40 Ds : Do : Pasien rileks	P : Hentikan intervensi																	
																					
			(Trya)	(Trya)																	

## RENCANA KEPERAWATAN

Nama : An "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No dx	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI															
3	Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, resiko infeksi dapat terkontrol kreteria hasil :</p> <p><b>NOC : Kontrol resiko : proses infeksi</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">INDIKATOR</th> <th style="width: 10%;">A</th> <th style="width: 10%;">T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengidentifikasi factor resiko infeksi</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan lingkungan yang bersih</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Mencuci tangan</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4	Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4	Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5	Mencuci tangan	1	5	<p><b>NIC : Kontrol infeksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien</li> <li>4. Anjurkan pasien dan keluarga untuk mencuci tangan</li> <li>5. Edukasi pasien tentang tanda dan gejala infeksi</li> <li>6. Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ol>
INDIKATOR	A	T																
Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4																
Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4																
Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5																
Mencuci tangan	1	5																

**KETERANGAN :**

5 : Secara konsisten menunjukkan

4 : Sering menunjukkan

3 : Kadang kadang menunjukkan

2 : Jarang menunjukkan

1 : Tidak pernah menunjukkan



(Trya)





CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																				
1	Kamis, 16 Juni 2016	Jam 08.00 Mengkaji tanda dan gejala infeksi	Jam 08.01 DS:  DO: 1. Area tusukan iv plugs tampak bersih 2. Tidak tampak ada kemerahan	Jam 14.00 S: O:   (Trya)	1. Area tusukan infus tampak bersih 2. Tidak tampak adanya oedema 3. Tidak tampak adanya kemerahan 4. Pasien menangis saat injeksi masuk																				
		Jam 08.05 Mengelola pemberian ceftazidime 350mg/8jam	Jam 08.10 DS:  DO: injeksi ceftazidime 350mg telah masuk via IV	A:   (Trya)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengidentifikasi factor resiko infeksi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan lingkungan yang bersih</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mencuci tangan</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4	1	Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4	2	Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5	5	Mencuci tangan	1	5	1
INDIKATOR	A	T	C																						
Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4	1																						
Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4	2																						
Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5	5																						
Mencuci tangan	1	5	1																						

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
				Tujuan tercapai sebagian  P : Lanjutkan intervensi Kontrol infeksi (2,5,6)	 (Trya)

CATATAN PERKEMBANGAN




Nama : An "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																				
2	Kamis, 16 Juni 2016	Jam 14.00 Mengkaji tanda dan gejala infeksi	Jam 14.03 DS: DO: 1. Area tusukan iv plugs tampak bersih 2. Tidak tampak ada oedema 3. Tidak tampak ada kemerahan	Jam 21.00 S.: O: 1. Area tusukan iv plug tampak bersih 2. Tidak tampak adanya oedema 3. Tidak tampak adanya kemerahan																					
		Jam 15.30 Memberi tahu kepada keluarga untuk membatasi pengunjung	Jam 15.35 DS: Keluarga mengatakan akan membatasi kunjungan kepada klien DO: -	(Trya) A:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengidentifikasi factor resiko infeksi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan lingkungan yang bersih</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mencuci tangan</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4	3	Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4	3	Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5	5	Mencuci tangan	1	5	4
INDIKATOR	A	T	C																						
Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4	3																						
Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4	3																						
Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5	5																						
Mencuci tangan	1	5	4																						

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
		Jam 15.00 Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	Jam 15.10 DS: Keluarga mengatakan akan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien DO:-	Tujuan tercapai sebagian  P : Lanjutkan intervensi Kontrol infeksi (2,6)	
	16.00	Mengelola pemberian antibiotic ceftazidine 350mg/8 jam/IV	16.30 DS: Pasien mengatakn nyeri saat obat di masukan DO: Terapi antibiotic ceftazidine 350mg/8Jam/IV telah masuk	 (Trya)	 (Trya)
				 (Trya)	


CATATAN PERKEMBANGAN



Nama : An "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4



No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																				
3	Kamis, 16 Juni 2016	Jam 21.00 Mengkaji tanda dan gejala infeksi	Jam 21.05 DS: DO: 1. Area tusukan infus tampak bersih 2. Tidak tampak ada oedema 3. Tidak tampak ada kemerahan	Jam 07.00 Jum'at 17 Juni 2016  S: O: 1. Area tusukan infus tampak bersih 2. Tidak tampak adanya oedema 3. Tidak tampak adanya kemerahan  A:  (Trya)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengidentifikasi factor resiko infeksi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan lingkungan yang bersih</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mencuci tangan</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4	4	Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4	3	Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5	5	Mencuci tangan	1	5	5
INDIKATOR	A	T	C																						
Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4	4																						
Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4	3																						
Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5	5																						
Mencuci tangan	1	5	5																						
					Tujuan tercapai sebagian																				



No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
		Jam 24.00 Mengelola pemberian antibiotic ceftazidine 350mg/8 jam/IV	Jam 24.03 DS:  DO: Terapi antibiotic ceftazidine 350mg/8 Jam/IV telah masuk		P : Lanjutkan intervensi Kontrol infeksi (1,7)
				 (Trya)	 (Trya)

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"  
 No CM : 1 75 19 XX

Umur : 1 Tahun 6 Bulan  
 Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																				
4	Jum'at, 17 Juni 2016	Jam 08.00 Mengkaji tanda dan gejala infeksi	Jam 08.15 DS: DO: 1. Area tusukan infus tampak bersih 2. Tidak tampak ada oedema 3. Tidak tampak ada kemerahan	Jam 14.00 S: O: 1. Area tusukan infus tampak bersih 2. Tidak tampak adanya oedema 3. Tidak tampak adanya kemerahan																					
		Jam 08.15 Mengelola pemberian antibiotic ceftazidine 350mg/8 jam/IV	Jam 09.15 DS: DO: Terapi antibiotic ceftazidine 350mg/8 Jam/IV telah masuk	A:  (Trya)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengidentifikasi factor resiko infeksi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan lingkungan yang bersih</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mencuci tangan</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4	1	Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4	3	Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5	5	Mencuci tangan	1	5	1
INDIKATOR	A	T	C																						
Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4	1																						
Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4	3																						
Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5	5																						
Mencuci tangan	1	5	1																						
				 (Trya)	Tujuan tercapai sebagian																				

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
		Jam 10.00			P : lanjutkan intervensi
		Membersihkan sekitar kamar pasien dan mengganti linen	Jam 10.04 DS :  DO : Lingkungan sekitar kamar tampak bersih		
				 (Trya)	 (Trya)



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
5	Jum'at, 17 Juni 2016	Jam 14.00 Mengkaji tanda dan gejala infeksi	Jam 14.15 DS: DO: 1. Area tusukan iv plug tampak bersih 2. Tidak tampak ada oedema 3. Tidak tampak ada kemerahan	Jam 20.00 S: O: 1. Area tusukan infus tampak bersih 2. Tidak tampak adanya oedema 3. Tidak tampak adanya kemerahan	
		Jam 16.00 Mengelola pemberian antibiotic ceftazidine 350mg/8 jam/IV	Jam 16.05 DS: DO: Terapi antibiotic ceftazidine 350mg/8 Jam/IV telah masuk		

  
(Trya)

Tujuan tercapai sebagian

a

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																				
	Jum'at, 17 Juni 2016																								
					<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengidentifikasi factor resiko infeksi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan lingkungan yang bersih</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mencuci tangan</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4	1	Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4	3	Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5	5	Mencuci tangan	1	5	1
INDIKATOR	A	T	C																						
Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4	1																						
Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4	3																						
Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5	5																						
Mencuci tangan	1	5	1																						

P : lanjutkan intervensi



(Trya)



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
6	Jum'at, 17 Juni 2016	Jam 20.00 Mengkaji tanda dan gejala infeksi	Jam 20.15 DS: DO: 1. Area tusukan infus tampak bersih 2. Tidak tampak ada oedema 3. Tidak tampak ada kemerahan	Sabtu jam 08.00 S: 1. Ibu pasien mengatakan masih nyeri di daerah perut 2. Ibu pasien mengatakan nyeri saat obat di masukan O: 1. Area tusukan infus tampak bersih 2. Tidak tampak adanya oedema 3. Tidak tampak adanya kemerahan	
		Jam 00.00 Mengelola pemberian antibiotic ceftazidine 350mg/8 jam/IV	Jam 00.05 DS: DO: Terapi antibiotic ceftazidine 350mg/8 Jam/IV telah masuk	 (Trya)	
				 (Trya)	

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
----	------------------	--------------	--------	----------	-------

A:

INDIKATOR	A	T	C
Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4	1
Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4	3
Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5	5
Mencuci tangan	1	5	1

Tujuan tercapai sebagian

P : Lanjutkan intervensi



(Trya)

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"  
 No CM : 1 75 19 XX

Umur : 1 Tahun 6 Bulan  
 Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																				
7	sabtu, 18Juni 2016	Jam 08.00 Mengkaji tanda dan gejala infeksi	Jam 08.15 DS: DO: 1. Area tusukan infus tampak bersih 2. Tidak tampak ada oedema 3. Tidak tampak ada kemerahan	Jam 14.00 S O: 1. Area tusukan iv plug tampak bersih 2. Tidak tampak adanya oedema 3. Tidak tampak adanya kemerahan A:																					
		Jam 08.15 Mengelola pemberian antibiotic ceftazidine 350mg/8 jam/IV	Jam 09.15 DS: DO: Terapi antibiotic ceftazidine 350mg/8 Jam/IV telah masuk	(Trya)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengidentifikasi factor resiko infeksi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan lingkungan yang bersih</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mencuci tangan</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4	1	Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4	3	Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5	5	Mencuci tangan	1	5	1
INDIKATOR	A	T	C																						
Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4	1																						
Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4	3																						
Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5	5																						
Mencuci tangan	1	5	1																						
					Tujuan tercapai sebagian																				



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
		Jam 09.00 Melepas drain	Jam 09.20 Ds : Do : luka merah		P : Hentikan intervensi Planning
				 (Trya)	 (Trya)

## RENCANA KEPERAWATAN

Nama : An "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No dx	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI									
4	Resiko keterlambatan perkembangan berhubungan dengan penyakit kronis	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien memiliki perbaikan tumbuh kembang dengan indikatorl : <b>NOC : Perkembangan anak</b>	NIC : Peningkatan perkembangan anak 1. Kaji faktor penyebab gangguan perkembangan 2. Bangun hubungan saling percaya dengan anak 3. Lakukan interaksi dengan anak 4. Ciptakan lingkungan yang aman 5. Ajarkan anak untuk berdiri									
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">INDIKATOR</th> <th style="width: 10%;">A</th> <th style="width: 10%;">T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mencoba untuk berdiri</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Berusaha melangkah sendiri</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	Mencoba untuk berdiri	1	3	Berusaha melangkah sendiri	1	2	
INDIKATOR	A	T										
Mencoba untuk berdiri	1	3										
Berusaha melangkah sendiri	1	2										
		<p><b>KETERANGAN :</b>                      5 : Secara konsisten menunjukkan                      4 : Sering menunjukkan                      3 : Kadang kadang menunjukkan                      2 : Jarang menunjukkan                      1 : Tidak pernah menunjukkan</p>										






(Trya)

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"  
No CM : 1 75 19 XX

Umur : 1 Tahun 6 Bulan  
Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil												
1	Kamis, 16 Juni 2016	Jam 08.00 Membina hubungan saling percaya dengan anak	Jam 08.05 DS: Ibu pasien mengatakan anak menangis jika dideka ti oleh perawat DO: Anak tampak menangis	Jam 14.00 S: O: 1. pasien tampak menangis 2. pasien belum mampu berdiri  A: tujuan belum tercapai													
		Jam 08.05 Mengkaji faktor penyebab gangguan perkembangan	Jam 08.10 DS: Ibu pasien mengetakan sejak perut anaknya membesar.  DO: - perut terlihat membesar.	 (Trya)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mencoba untuk berdiri</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Berusaha melangkah sendiri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Mencoba untuk berdiri	1	3	1	Berusaha melangkah sendiri	1	2	1
INDIKATOR	A	T	C														
Mencoba untuk berdiri	1	3	1														
Berusaha melangkah sendiri	1	2	1														
				P : Lanjutkan intervensi peningkatan perkembangan anak 2,3,4,5.													
				 (Trya)	 (Trya)												



CATATAN PERKEMBANGAN


Nama : An "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4




No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
	08.30	Melakukan interaksi dengan anak.	08.35 Ds : Do : 1. Mengajak anak mengobrol. 2. Mengajak anak bercanda.		
	10.00	Menciptakan lingkungan yang aman	10.00 Ds : Do : Lingkungan tempat tidur pasien, bersih, rapi.		
	13.00	Mengajarjan anak berdiri	13.05 Ds : ibu pasien mengatakan akan ikut mendampingi anak nya saat belajar berdiri Do : Pasien belum bisa berdiri		

  
(Trya)

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"  
 No CM : 1 75 19 XX

Umur : 1 Tahun 6 Bulan  
 Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil												
2	Kamis, 16 Juni 2016	Jam 15.00 Membina hubungan saling percaya dengan anak	Jam 21.05 DS: DO: Pasien masih belum kooperatif.	Jam 21.00  S: O: 1. pasien tampak menangis 2. pasien belum mampu berdiri													
		16.00 Mengajarkan anak berdiri	16.05 Ds : Ibu pasien mengatakan akan membantu mengajarkan anak berdiri Do : Pasien belum mampu berdiri	 (Trya)   (Trya)	A: tujuan belum tercapai												
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mencoba untuk berdiri</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Berusaha melangkah sendiri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Mencoba untuk berdiri	1	3	1	Berusaha melangkah sendiri	1	2	1	
INDIKATOR	A	T	C														
Mencoba untuk berdiri	1	3	1														
Berusaha melangkah sendiri	1	2	1														
				P : Lanjutkan intervensi peningkatan perkembangan anak 1,2,3,4,5.	 (Trya)												

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
	17.00	Melakukan interaksi dengan anak	17.05 Ds : Do : Mengajak anak bermain boneka		
	19.00	Menciptakan lingkungan yang anan	19.00 Ds : Do : Lingkungan tempat tidur pasien bersih,nyaman		



(Trya)




CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil												
3	kamis, 16 Juni 2016	Jam 20.30 Membina hubungan saling percaya	Jam 20.40 DS: DO: Pasien masih belum kooperatif	Jumat jam 08.00 S: O: Anak sudah mau di ajak bercanda A : Tujuan belum tercapai													
				 (Trya)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mencoba untuk berdiri</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Berusaha melangkah sendiri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Mencoba untuk berdiri	1	3	1	Berusaha melangkah sendiri	1	2	1
INDIKATOR	A	T	C														
Mencoba untuk berdiri	1	3	1														
Berusaha melangkah sendiri	1	2	1														
		jumat Jam 06.00 Melakukan interaksi dengan anak	Jam 06.05 DS: DO: Anak sudah mau di ajak bercanda	P : lanjutkan intervensi 1,2,3,4													
				 (Trya)	 (Trya)												

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"  
 No CM : 1 75 19 XX

Umur : 1 Tahun 6 Bulan  
 Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil												
4	Jum'at, 17 Juni 2016	08.00 Membina hubungan saling percaya dengan anak	08.05 Ds : Ibu pasien mengatakan anak sudah mulai mengenal perawat dan sudah tidak nangis lagi Do : Pasien tampak sedang duduk di pangkuan ibunya	Jam 14.00  S: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak nangis lg jika ketemu dengan perawat O: Anak sudah mau di ajak bercanda Anak berdiri dengan di pegang ibunya A : Tujuan belum tercapai													
		09.00 Melakukan interaaksi dengan pasien	09.05 Ds : Do : Mengajak anak bermain boneka		<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mencoba untuk berdiri</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Berusaha melangkah sendiri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Mencoba untuk berdiri	1	3	2	Berusaha melangkah sendiri	1	2	1
INDIKATOR	A	T	C														
Mencoba untuk berdiri	1	3	2														
Berusaha melangkah sendiri	1	2	1														
				P : lanjutkan intervensi 2,3,4,5													

  
 (Trya)



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX




Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
	10.30	Menciptakan lingkungan yang aman	10.30 Ds : Do : 1. Tempat tidur pasien bersih dan rapi. 2. Tempat tidur di kunci .		
	13.00	Mengajarkan anak bermain		 (Trya)	
			13.00 Ds : Do : Mengajak anak berdiri di atas tempat tidur Anak berdiri dengan di pegang oleh ibunya.	 (Trya)	

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"  
 No CM : 1 75 19 XX

Umur : 1 Tahun 6 Bulan  
 Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil												
5	Jumat 17 06 2016	15.30 Melakukan interaksi dengan anak	15.00 Ds : Do : Mengajak anak bermain boneka	Jam 21.00  S: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak nangis lg jika ketemu dengan perawat O: Anak sudah mampu berdiri 3 detik  A : Tujuan belum tercapai													
		16.00 Menciptakan lingkungan yang aman	16.05 Ds : Ibu pasien mengatakan tempat tidur selalu di bereskan dan di kunci Do : Tempat tidur bersih dan di kunci	 (Trya)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mencoba untuk berdiri</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Berusaha melangkah sendiri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Mencoba untuk berdiri	1	3	2	Berusaha melangkah sendiri	1	2	1
INDIKATOR	A	T	C														
Mencoba untuk berdiri	1	3	2														
Berusaha melangkah sendiri	1	2	1														
				 (Trya)	 (Trya)												
				P : lanjutkan intervensi 2,3,4,5													

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
	17.00	Mengajarkan anak berdiri	17.05 Ds : Ibu pasien mengatakan akan mendampingi anaknya untuk belajar berdiri Do : Anak di ajak berdiri dan anak mampu dalam waktu 3 detik		



(Trya)







## RENCANA KEPERAWATAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana	Intervensi												
5	<p>Ketidakseimbangan nutrisi : <b>NOC :</b>                      kurang dari kebutuhan tubuh <b>Status nutrisi</b>                      b.d kurang asupan makanan</p>	<p>Setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan nutrisi pasien terpenuhi dengan indikator :</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">No</th> <th style="width: 40%;">Indikator</th> <th style="width: 10%;">A</th> <th style="width: 10%;">T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Asupan gizi</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Asupan makanan</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	A	T	1.	Asupan gizi	1	4	2.	Asupan makanan	1	4	<p><b>NIC:</b>  <b>Manajemen nutrisi</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pola makan pasien</li> <li>2. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan</li> <li>3. Anjurkan dan beritahu keluarga pasien tentang kebutuhan nutrisi bagi balita</li> <li>4. Kolaborasi pemberian cairan /obat (susu f100 ,asam folat,sambeplex dan zink 20mg)</li> </ol>
No	Indikator	A	T													
1.	Asupan gizi	1	4													
2.	Asupan makanan	1	4													

Keterangan :

1. Sangat menyimpang
2. Banyak menyimpang
3. Cukup menyimpang
4. Sedikit menyimpang
5. Tidak menyimpang



(Trya)



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal Waktu	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil															
1	kamis 16 Juni 2016 08.00	08.00 Menanyakan pola makan pasien	08.05 Ds :Ibu pasien mengatakan anaknya habis minum susu Do : Susu habis semua 200ml	Kamis 9 Juni 2016 Jam 14.00 S : Ibu pasien mengatakan tadi jam 07.30 habis minum susu O : Susu habis semua 500ml Anak tampak sedang tidur  (Trya)A :	Tujuan belum tercapai															
		08.10 Menciptakan lingkungan yang optimal saat memberikan makan	08.10 Ds : Ibu pasien mengatakan saat membrikan susu sambil mengajak anak bermain. Do : Anak tampak tenang		<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Asupan gizi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Asupan makanan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	A	T	C	1.	Asupan gizi	1	4	1	2.	Asupan makanan	1	4	1
No	Indikator	A	T	C																
1.	Asupan gizi	1	4	1																
2.	Asupan makanan	1	4	1																
				 (Trya)																



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal Waktu	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
	11.00	Menanyakan pola makan pasien	11.05 Ds: Ibu pasien mengatakan anaknya habis minum susu f100 sebanyak 300 cc Do :	P : lanjutkan intervensi 1. Kaji pola makan pasien 2. Ciptakan lingkungan yg optimal	
				 (Trya)	 (Trya)



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal Waktu	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil															
2	kamis 16 Juni 2016 14,00	Menanyakan pola makan pasien	14.05 Ds :Ibu pasien mengatakan hari ini sudah di beri susu f 100 250 cc dan makan bubur Do : Anak sedang bermian dengan ibunya	kamis 16 Juni 2016 Jam 20.00 S : Ibu pasien mengatakan hari ini sudah minum susu f100 500 ml dan bubur. O : Anak sedang bermian dengan ibunya																
	09.00	Menciptakan lingkungan yang optimal saat memberikan makan	09.05 Ds : do : Anak sedang digendong ibunya	 A : (Trya) tujuan belum tercapai <table border="1" data-bbox="1489 798 2038 973"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Asupan gizi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Asupan makanan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	A	T	C	1.	Asupan gizi	1	4	1	2.	Asupan makanan	1	4	1	
No	Indikator	A	T	C																
1.	Asupan gizi	1	4	1																
2.	Asupan makanan	1	4	1																
				 (Trya)																

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
	17.00	Menanyakan pola makan pasien	17.10 Ds : Ibu pasien mengatakan anaknya habis minum susu 250cc Do :	P : Lanjutkan intervensi 1. Kaji pola makan 2. Ciptakan lingkungan yang nyaman 3. Berikan pemberian terapi obat dan susu	



(Trya)



(Trya)

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil															
3	Kamis 9 Juni 2016	Menanyakan pola makan pasien																		
	14.30		14.30																	
	21.30		Ds : Ibu pasien mengatakan tadi makan roti dan susu f100 150cc																	
	06.00	Memberikan terapi obat zink 20mg asam folat 1mg, sambeplex	Do : 17.00 Ds :- Do : Telah di berikan obat zink 20mg asam folat 1mg sambeplex /oral																	
				jumat 17 Juni 2016 Jam 08.00 S : Ibu pasien mengatakan anak masih sulit habismakan Ibu pasien mengatakan minum susu f100 habis 450 cc O : Telah di berikan obat zink 20mg asam folat 1mg sambeplex / oral (Trya) A : Tujuan tercapai sebagian																
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Asupan gizi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Asupan makanan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	A	T	C	1.	Asupan gizi	1	4	2	2.	Asupan makanan	1	4	2	
No	Indikator	A	T	C																
1.	Asupan gizi	1	4	2																
2.	Asupan makanan	1	4	2																

(Trya)



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

<b>No Hari, tanggal</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Proses</b>	<b>Evaluasi</b> <b>Hasil</b>
			P : Lanjutkan intervensi 1. kaji pola makan 2. Ciptakan lingkungan yang optimal



(Trya)

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Evaluasi																
			Proses	Hasil															
4	Jumat, 17 Juni 2016 08.15	08.15 Menanyakan pola makan pasien	08.15 Ds :  Ibu pasien mengatakan tadi makan bubur habis setengah mangkok  Ibu pasien mengatakan minum susu f100 habis 200cc  Do :tersisa bubur setengah mangkokl	Jumat 17 Juni 2016 Jam 14.0  S :  Ibu pasien mengatakan anak sudah makan bubur, roti dan susu f100 habis 400cc  O :Anak tampak sedang bermain,  Di meja tampak ada roti  A :Tujuan teratasi sebagian															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Asupan gizi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Asupan makanan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>					No	Indikator	A	T	C	1.	Asupan gizi	1	4	2	2.	Asupan makanan	1	4	2
No	Indikator	A	T	C															
1.	Asupan gizi	1	4	2															
2.	Asupan makanan	1	4	2															

  
(Trya)



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
	11.00	Menciptakan lingkungan yang optimal saat mengkonsumsi makanan	<p>11.10</p> <p>Ds : ibu pasien mengatakan saat mulai sedikit memberikan makan roti dengan diselingi bermain</p> <p>Do :</p> <p>Anak tampak sedang makan roti</p>	<p>P :Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pola makan</li> <li>2. Ciptakan lingkungan yang optimal</li> </ol>	 (Trya)
	11.15	Menanyakan pola makan pasien	<p>Ds : Ibu pasien mengatakan habis minum susu f100 200cc</p>	 (Trya)	

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"  
 No. CM : 01.75.19.XX

Umur : 1 tahun 6 bulan  
 Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi																
				Hasil																
5	Jumat, 17 Juni 2016 14.30	Menanyakan pola makan pasien	14.35. Ds : Ibu pasien mengatakn tadi siang anak sudah mau makan telur tetapi tidak habis dan minum susu habis 200ml Do : Anak tampak sedang tidur Terlihat ada sisa makanan di meja	Jumat 11 Juni 2016 Jam 21.0 S : Ibu pasien mengatakn tadi siang anak sudah mau makan telur tetapi tidak habis dan minum susu habis 450ml . O : Anak tampak sedang tidur . A : Tujuan teratasi sebagian																
			18.00 Ciptakan lingkungan yang optimal saat memberikan makan	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Asupan gizi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Asupan makanan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>					No	Indikator	A	T	C	1.	Asupan gizi	1	4	2	2.	Asupan makanan
No	Indikator	A	T	C																
1.	Asupan gizi	1	4	2																
2.	Asupan makanan	1	4	2																
			18.05 Ds : Ibu pasien mengatakan tadi saat buka puasa anak ibu makan dan di sajikan saat hangat Do :																	

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
			P : Lanjutkan intervensi 1. kaji pola makan pasien 2. Ciptakan lingkungan yang nyaman saat memberikan makan 3. Kelola pemberian obat zink asam folat dan susu F100	



(Trya)



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "F"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil															
6	Jumat, 17 Juni 2016 21.15	21.15. Menanyakan pola makan pasien	21.15. Ds : Ibu pasien mengatakan anak sudah mulai mau makan sedikit sedikit dan minum susu f100 Do : Pasien tampak tertidur	Sabtu 18 Juni 2016 Jam 07.30 S :Ibu pasien mengatakan sudah memberikan makan, susu f100 pada anaknya dan habis 500cc O : Telah di berikan obat zink 20mg, asam folat 1mg, sambeplex 0,16cc /oral Anak tampak memegang wafer A :Tujuan tercapai sebagian																
		06.00 Mengelola pemberian obat zink20mg asam folat 1mg sambeplex 0,16cc/oral	06.05 Ds : Do : Telah di berikan obat zink 20mg dan asam folat 1mg/oral	 (Trya) <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Asupan gizi</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Asupan makanan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	A	T	C	1.	Asupan gizi	1	4	3	2.	Asupan makanan	1	4	3	
No	Indikator	A	T	C																
1.	Asupan gizi	1	4	3																
2.	Asupan makanan	1	4	3																
				 (Trya)																



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
07.00	Menciptakan lingkungan yang nyaman saat memerikan makan	07.05 Ds : Ibu pasien mengatakan saat memberikan susu tadi dengan mengajak anak bermain, dan nanti akan di beri makan bubur yang hangat Do : Ibu tampak sudah mengerti	P :Lanjutkan intervensi 1. Kaji pola makan pasien 2. Monitor bb pasien	 (Trya)
				 (Trya)

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6bulan

No. CM : 01.75.19.XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil
7	Sabtu 18 Juni 2016 08.00	08.00 Menanyakan pola makan pasien	08.05 Ds : Ibu pasien mengatakan pagi ini anak sudah di beri susu f100 dan anak sudah makan,roti sudah di beri susu f100 dan habis 200cc, anak sudah makan roti Do : Anak terlihat memegang tempe	Sabtu 18 Juni 2016 Jam 14.00 S : Ibu pasien mengatakan pagi ini anak sudah di beri susu f100 dan anak sudah makan,roti O Berat badan pasien 7,6 kg anak tampak rileks Telah diberikan susu f100 450 ml	
		09.00 Memonitor BB	09.05 Ds : Do : Berat badan pasien 7,6 kg		



(Trya)



(Trya)



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An "D"

Umur : 1 tahun 6 bulan

No. CM : 01.75.57.78

Ruang : Melati 4

No	No Dx Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi				
				Hasil				
				A :Tujuan teratasi sebagian				
				No	Indikator	A	T	C
				1.	Asupan gizi	1	4	3
				2.	Asupan makanan	1	4	3
				P: Hentikan intervensi				



(Trya)

## RENCANA KEPERAWATAN

Nama : An "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

NO dx	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI												
6	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik dan kelembaban	<p><b>NOC : integritas kulit dan membran mukosa</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam,,di harapkan tidak integritas kulit membaik dengan indikator :</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">INDIKATOR</th> <th style="text-align: center;">A</th> <th style="text-align: center;">T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Integritas kulit</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Pengelupasan kulit</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	Suhu kulit	1	4	Integritas kulit	1	4	Pengelupasan kulit	1	5	<p><b>NIC : Pengobatan topikal</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji keadaan kulit</li> <li>2. Ukur suhu</li> <li>3. Pakaikan popok yang longgar dengan tepat</li> <li>4. Kalaborasi pemberian obat topikal untuk daerah yang terkena dengan tepat</li> </ol>
INDIKATOR	A	T													
Suhu kulit	1	4													
Integritas kulit	1	4													
Pengelupasan kulit	1	5													

**KETERANGAN :**

- 5 : Tidak terganggu
- 4 : Sedikit terganggu
- 3 : Cukup terganggu
- 2 : Banyak terganggu
- 1 : Sangat terganggu



(Trya)

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : An"D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																
1	Jumat 17 Juni 2016	Jam 08.00 Mengkaji keadaan kulit	Jam 08.01 DS:  DO: Terdapat luka pruritis di selangkangan. Kulit sedikit mengelupas	Jam 14.00 S: Ibu pasien mengatakan sudah memakaikan popok dengan longgar O: 1. suhu pasien 37°c 2. Terdapat luka pruritis di selangkangan. 3. Kulit sedikit mengelupas																	
		Jam 08.05 Mengukur suhu	Jam 08.10 DS:  DO: suhu pasien 37°c	(Trya)	A: Tujuan belum tercapai																
		Jam 09.00 Memakaikan popok yang longgar	Jam 09.05 Ds :Ibu pasien mengtakan mau memakaikan popok dengan longgar Do : Popok terpasang dengan longgar	(Trya)	P : Lanjutkan intervensi 1,2,4																
					<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Integritas kulit</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Pengelupasan kulit</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Suhu kulit	1	4	1	Integritas kulit	1	4	1	Pengelupasan kulit	1	5	1
INDIKATOR	A	T	C																		
Suhu kulit	1	4	1																		
Integritas kulit	1	4	1																		
Pengelupasan kulit	1	5	1																		




CATATATA PERKEMBANGAN

Nama : AN "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																
2	Jumat 17 Juni 2016	Jam 14.00 Mengkaji keadaan kulit	Jam 08.01 DS:  DO: luka terlihat masih basah	Jam 20.00 S: O:  1. obat topikal telah di oleskan 2. Suhu kulit 36,9°C 3. luka terlihat masih basah																	
		Jam 14.30 Mengelola pemberian obat topikal myco - z	Jam 14.35 DS:  DO: telah di berikan obat topikal myco -z	 A: Tujuan tercapai sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Integritas kulit</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Pengelupasan kulit</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> P : lanjutkan intervensi 1,2,3	INDIKATOR	A	T	C	Suhu kulit	1	4	2	Integritas kulit	1	4	1	Pengelupasan kulit	1	5	1	
INDIKATOR	A	T	C																		
Suhu kulit	1	4	2																		
Integritas kulit	1	4	1																		
Pengelupasan kulit	1	5	1																		
				 (Trya)	 (Trya)																




CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : AN "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																
3	Jumat , 1 Juni 2016	Jam 21.00 Mengkaji keadaan kulit	Jam 21.01 DS:  DO: Luka sudah mulai mengering	Sabtu S: O: Luka sudah mulai mengering Suhu 36,9 °c  A: tujuan tercapai sebagian	Jam 14.00																
		Jam 21.05 Mengukur suhu	Jam 21.10 DS:  DO: suhu 36,9 °c	 (Trya) <table border="1" data-bbox="1478 726 1960 885"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Integritas kulit</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pengelupaan kulit</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Suhu kulit	1	4	2	Integritas kulit	1	4	2	Pengelupaan kulit	1	5	2	
INDIKATOR	A	T	C																		
Suhu kulit	1	4	2																		
Integritas kulit	1	4	2																		
Pengelupaan kulit	1	5	2																		
				P: lanjutkan intervensi 1.2.3.4																	
				 (Trya)	 (Trya)																



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : AN "D"

Umur : 1 Tahun 6 Bulan

No CM : 1 75 19 XX

Ruang : Melati 4

No	Hari, tanggal	Implementasi	Proses	Evaluasi	Hasil																
4	sabtu, 18 Juni 2016	Jam 08.00 Kaji keadaan kulit	Jam 08.01 DS:  DO: kulit terlihat kering	Jam 14.00 S: Ibu pasien mengatakan akan mmemakaikan popok yang longgar O:  (Trya)	1. suhu 36,7°c 2. Telah di berikan obat topikal myco- z 3. Popok pasien terpasang longgar 4. Luka kulit mulai menutup A: tujuan tercapai sebagian																
		Jam 08.05 Ukur suhu	DO: suhu 37°c		<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Integritas kulit</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Pengelupasan kulit</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	INDIKATOR	A	T	C	Suhu kulit	1	4	3	Integritas kulit	1	4	3	Pengelupasan kulit	1	5	3
INDIKATOR	A	T	C																		
Suhu kulit	1	4	3																		
Integritas kulit	1	4	3																		
Pengelupasan kulit	1	5	3																		
		Jam 09.00 Mengelola pemberian obat topikal myco -z	Jam 09.10 Ds : Do : Telah di berikan obat topikal myco -z	 (Trya)	P : Hentikan intervensi																
		Jam 09.30 Menganjurkan memakaikan popok yang longgar	Jam 09.40 Ds : ibu pasien mengatakan akan memakaikan popk yang longgar Do : Popok pasien terpasang longgar		(Trya)																

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari yaitu mulai tanggal 16 sampai 19 Juni 2016, didapatkan hasil dari mulai pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan. Pada tahap ini penulis akan membahas masalah-masalah yang berhubungan dengan penyimpangan atau kesenjangan antara kasus yang penulis ambil dengan dasar teorinya serta hambatan dan pendukung dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada An."D" dengan *Cholestasis*, melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

#### **A. Pembahasan Pengkajian**

Pada tahap ini penulis mengumpulkan data yang diperoleh dari An. "D", keluarga An. "D" dalam hal ini ibu An. "D", catatan keperawatan dan observasi keadaan An. "D" untuk menentukan masalah kesehatan/ keperawatan. Data yang dikumpulkan meliputi bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif.

Mengingat kondisi An. "D", tidak semua pertanyaan diajukan kepada An. "D", oleh karena itu penulis juga melakukan wawancara kepada keluarga An. "D" yaitu Ibu An. "D" yang mengetahui keadaan dan kebiasaan An. "D" sehari-hari di rumah. Selain wawancara, penulis juga melakukan pemeriksaan fisik dan observasi untuk melengkapi data yang telah diperoleh dari wawancara. Penulis juga melihat rekam medik An. "D" untuk melihat

pemeriksaan yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan di RS Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai data penunjang An. "D".

1. Data pengkajian yang di dapat pada An."D" dengan Colestasis pada tanggal 16 Juni 2016 dan sesuai teori Sodikin (2011) adalah.

**a.** Identitas klien, biodata umur, pekerjaan, pendidikan, alamat.

Identitas pasien merupakan data umum yang harus dikaji, yang bertujuan untuk mengetahui identitas pasien agar tidak tertukar dalam melakukan asuhan keperawatan data identitas yang ditemukan adalah Nama An."D", tempat tangga lahir Banjarnegara, 11 Desember 2014, Jenis Kelamin Perempuan, alamat Plumbangan, Pangiteh, Banjarnegara, No. RM 01.75.19.xx, tanggal Masuk RS 29 Juni 2016, Diagnosa Medis *Cholestasis*.

**b.** Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab pasien merupakan data yang harus dikaji karena agar mengetahui siapa yang bertanggung jawab dalam persetujuan tindakan keperawatan data yang didapat keperawatan identitas penanggung jawab adalah Nama Ayah Tn. "N", Umur 31 Tahun, Pekerjaan Petani, Pendidikan SMP, Alamat Plumbangan, Pangiteh, Banjarnegara.

**c.** Data subjektif

1) Bagaimana nafsu makan klien

Sifat cairan empedu yang pekat terhambat alirannya maka dapat meningkatkan viskositas cairan empedu (perubahan



konsentrasi) dengan demikian merangsang batu empedu. Pada saat kandung empedu bekerja mengeluarkan cairan, kontraksi yang dilakukannya mengakibatkan rasa nyeri yang hebat pada abdomen kanan atas dan kadang-kadang menyebar sampai ke scapula dan bahu kanan. Tertahannya batu di dalam kandung empedu mengalami dilatasi/membesar. Karena membesarnya kandung empedu ini dapat mengakibatkan rasa mual, muntah, anoreksia, ( Nazer 2010). Saat dilakukan pengkajian pada pasien di dapatkan data Ibu pasien mengatakan selama sakit selera makan pasien masih kurang, 1 porsi mangkok yang di berikan rumah sakit hanya di habiskan setengahnya.

2) apakah ada gatal-gatal pada seluruh tubuh (pruritus)

pruritis adalah sensasi kulit yang ditandai oleh rasa gatal serta menimbulkan rasa gatal untuk menggaruk, dan dapat disebabkan oleh berbagai macam gangguan salah satunya adalah pajanan kulit terhadap beberapa faktor, baik berasal dari luar maupun dalam dapat menyebabkan pruritis faktor yang dimaksud adalah alergen atau bentuk iritan lainnya urtikaria fisik, awugwnci pruritis, seranga dan obat-obatan tertentu. Data ini muncul pada pasien dibuktikan data saat dilakukan pengkajian pada pasien di dapatkan data warna kulit kuning, tidak kotor, terdapat pruritis di area selangking panjang  $\pm 7$ cm lebar  $\pm 4$ cm.

3) Apakah ada anoreksia

sifat cairan empedu yang pekat terhambat alirannya maka dapat meningkatkan viskositas cairan empedu (perubahan konsentrasi) dengan demikian merangsang batu empedu. Pada saat kandung empedu bekerja mengeluarkan cairan, kontraksi yang dilakukannya mengakibatkan rasa nyeri yang hebat pada abdomen kanan atas dan kadang-kadang menyebar sampai ke scapula dan bahu kanan. Tertahannya batu di dalam kandung empedu mengalami dilatasi/membesar. Karena membesarnya kandung empedu ini dapat mengakibatkan rasa mual, muntah, anoreksia, ( Nazer 2010). Data ini di buktikan dengan Saat dilakukan pengkajian pada pasien di dapatkan data Ibu pasien mengatakan selama sakit selera makan pasien masih kurang, 1 porsi mangkok yang di berikan rumah sakit hanya di habiskan setengahnya.

d. Data Objektif

1) Apakah ada rasa nyeri pada daerah hepar

Nyeri pada daerah hepar disebabkan karena sifat cairan empedu yang pekat terhambat alirannya maka dapat meningkatkan viskositas cairan empedu (perubahan konsentrasi) dengan demikian merangsang batu empedu. Pada saat kandung empedu bekerja mengeluarkan cairan, kontraksi yang dilakukannya mengakibatkan rasa nyeri yang hebat pada abdomen kanan

atgas dan kadang-kadang menyebar sampai ke scapula dan bahu kanan( Nazer 2010). Data ini muncul pada An “D” di buktikan saat dilakukan pengkajian pada pasien di dapatkan data Ibu pasien mengatakan anaknya sering menangis semenjak di pasang drainase pada perut kanan bawah, anak menjadi rewel.

e. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

pada umumnya pasien dengan colistasis masuk rumah sakit dengan keluhan tubuh bayi berwarna kuning dan ada rasa gatal-gatal dari tubuh bayi. Data ini muncul pada pasien dibuktikan saat dilakukan pengkajian pada pasien di dapatkan data Ibu pasien mengatakan sebelumnya pasien pernah di rawat di RS banyumas dengan keluhan penyakit kuning dan perut buncit namun tak kunjung membaik dan di rujuk ke RS sardjito sempat pulang kerumah dan sekarang di rawat kembali di RS dr sardjito dengan keluhan sesak nafas, kuning dan perut membesar.

f. Pengkajian fisik

Pengkajian secara umum dilakukan dengan metode *head to toe* yang meliputi: keadaan umum dan status kesadaran, tanda-tanda vital, area kepala dan wajah, dada, abdomen, eksteremitas, dan genita-urinaria.

1) Pemeriksaan fisik abdomen antara lain:

Inspeksi

saat dilakukan inspeksi pada pasien di dapatkan data Terlihat massa asites, perut buncit lingkar perut 50 cm, terpasang drainase sejak tanggal 2 juni volume  $\pm$  100 cc warna hijau kekuningan.

Auskultasi:

saat dilakukan auskultasi pada pasien di dapatkan data terdengar bising usus di setiap kuadran, terdengar peristaltik usus pada kuadran dua yaitu 18 kali permenit.

Palpasi

saat dilakukan palpasi pada pasien di dapatkan data Terdapat nyeri tekan pada perut, teraba keras dan kencang, distensi abdomen.

Perkusi

saat dilakukan perkusi pada pasien di dapatkan data bunyi pekak

Nyeri tekan pada palpasi hati diperkirakan adanya distensi kapsul Glisson karena edema. Bila limpa membesar, satu dari beberapa penyebab seperti hipertensi portal, penyakit storage, atau keganasan harus dicurigai. Hepatomegali yang besar tanpa pembesaran organ lain dengan gangguan fungsi hati yang minimal mungkin suatu

fibrosis hepar kongenital. Perlu diperiksa adanya penyakit ginjal polikistik. Asites menandakan adanya peningkatan tekanan vena portal dan fungsi hati.

2. Data pengkajian yang tidak didapat pada An."D" dengan *Cholestasis* pada tanggal 16 Juni 2016 dan sesuai teori Sodikin (2011) adalah :

a. Data Objektif

1) Bagaimanakah warna fesesnya dan urine

Tertahannya batu di dalam kandung empedu mengalami dilatasi/membesar. Karena membesarnya kandung empedu ini dapat feses menjadi berlemak karena lemak yang dikonsumsi tidak dapat diemulsi dan dicerna, data ini tidak muncul pada pasien dikarenakan saat dilakukan pengkajian pada pasien di dapatkan data BAB konsistensi lunak warna kuning bau khas feses dan BAK di dalam pampers warna kuning bau khas urine.

2) apakah ada mual muntah

sifat cairan empedu yang pekat terhambat alirannya maka dapat meningkatkan viskositas cairan empedu (perubahan konsentrasi) dengan demikian merangsang batu empedu. Pada saat kandung empedu bekerja mengeluarkan cairan, kontraksi yang dilakukannya mengakibatkan rasa nyeri yang hebat pada abdomen kanan atas dan kadang-kadang menyebar sampai ke scapula dan bahu kanan. Tertahannya batu di dalam kandung empedu mengalami

dilatasi/membesar. Karena membesarnya kandung empedu ini dapat mengakibatkan rasa mual, muntah. Data ini tidak muncul pada pasien di buktikan data pasien tidak mengalami mual muntah pasien hanya mengalami penurunan nafsu makan (anoreksia).

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan dahulu

Pada pasien dengan *cholistasis* dilakukan apakah ada tanda-tanda infeksi dahulu pada ibu, apakah ibu pernah mengkonsumsi obat-obatan yang dapat meningkatkan ikterus pada bayi. Data ini tidak muncul dikarenakan saat dilakukan pengkajian pada pasien di dapatkan data Ibu pasien mengatakan anaknya dulu pernah di rawat di rumah sakit dengan penyakit kuning sejak umur 6 bulan.

2) Riwayat keluarga

Pada pasien dengan *cholestasis* dilakukan pengkajian adanya riwayat keluarga yang menderita kolestasis, maka kemungkinan besar merupakan suatu kelainan genetik/metabolik. Data ini tidak data ini tidak muncul dikarenakan saat dilakukan pengkajian pada pasien di dapatkan data Ibu pasien mengatakan di dalam anggota keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti yang diderita anaknya, seperti hipertensi, infeksi saluran kemih, diabetes mellitus, stroke.

3. Data pengkajian yang didapat pada An."D" dengan *Cholestasis* dan tidak ada pada teori Sodikin (2011) adalah :

a. Tumbuh kembang

Gangguan perkembangan pada anak adalah hambatan dalam pertumbuhan fungsi dan anak gangguan perkembangan anak berupa hambatan dalam berbicara atau berjalan. Gangguan perkembangan ini bisa mempengaruhi kemampuan dalam memikirkan sesuatu, mengingat dan memusatkan perhatian memecahkan masalah, berbahasa atau berinteraksi dengan sosial. Rentang kemampuan bisa berjalan tanpa bantuan berada dalam usia 8 bulan sampai 18 bulan, bila anak lebih dari 18 bulan belum bisa berjalan, bisa di kategorikan delay atau terlambat. Menurut penulis faktor ini muncul karena anak mengalami kongenital sehingga pertumbuhannya terlambat. Dibuktikan data saat dilakukan pengkajian pada pasien di dapatkan data Ibu pasien mengatakan anaknya belum bisa berdiri dan berjalan motorik kasar anak belum mampu berdiri dan berjalan.

b. Pemeriksaan laboratorium

Hasil lab yang harus dilakukan pada pasien kolestasi adalah hasil lab dari bilirubin karena untuk menunjukkan kerusakan pada hati atau pada saluran empedu dalam hati, pada umumnya gejala ikterik pada neonatus baru akan terlihat bila kadar bilirubin sekitar 7 mg/dl. Data ini muncul dikarenakan saat dilakukan pengkajian

pada pasien di dapatkan data Hasil lab Bilirubin 14,16 mg/dl, Albumin 2,88g/dl, SGOT 307u/l, SGPT 123 u/l.

c. Kulit

Pada umumnya gejala ikterik pada neonatus baru akan terlihat bila kadar bilirubin sekitar 7 mg/dl. Secara klinis mulai terlihat pada bulan pertama. Warna kehijauan bila kadar bilirubin tinggi karena oksidasi bilirubin menjadi biliverdin. Jaringan sklera mengandung banyak elastin yang mempunyai afinitas tinggi terhadap bilirubin, sehingga pemeriksaan sklera lebih sensitif.

saat dilakukan pengkajian pada pasien di dapatkan data Warna kulit kuning, tidak kotor, akral teraba hangat tidak ada bekas luka capilari refil kembali kurang dari 2detik,tidak ada sianosis,terdapat pruritis di area selangkang panjang  $\pm 7$  cm lebar  $\pm 4$  cm.

## **B. Pembahasan Diagnosa**

Setelah penulis melakukan pengkajian dan merumuskan diagnosa penulis dapat mengangkat 6 diagnosa. Dan menurut (Arief, 2010) dan sudah di sesuaikan dengan NANDA ada 6 diagnosa yang lazim muncul pada pasien Kolestasis.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.
2. Hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, proses penyakit (inflamasi).
3. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer dan sekunder.



4. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah, distensi dan hipermotilitas gaster, gangguan proses pembekuan.
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan gangguan pencernaan lemak, mual muntah.
6. Kurang pengetahuan tentang penyakit, prognosa, pengobatan berhubungan dengan salah interpretasi informasi.

Diagnosa yang muncul pada An.”D” dengan *Cholestasis* pada tanggal 1 juni 2016 Ibu pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit kuning yang di derita anaknya karena sudah pernah di jelaskan oleh dokter dan perawat.

1. Diagnosa yang muncul pada An “D” Sesuai teori Arief (2011) ada 3 yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik

Nyeri adalah kondisi berupa perasaa tidak menyenangkan bersifat sangat subyektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi nyeri yang dialaminya (Alimul, 2009). Diagnosa ini muncul pada pasien An “D” di tandai data Ibu pasien mengatakan anaknya sering menangis semenjak di pasang drainase pada perut kanan bawah,anak menjadi rewel, di buktikan keadaan umum kurang baik, Anak menangis dan gelisah. Hal ini sesuai dengan batasan karateristik NANDA 2015 yang menunjukkan diagnosa Nyeri

akut berhubungan dengan agen injuri fisik. Berdasarkan batasan karakteristik ini semakin mendukung pada rumusan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik.

b. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive

Resiko infeksi adalah keadaan dimana seseorang beresiko terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain) dari sumber-sumber eksternal, sumber-sumber eksogen dan endogen menurut NANDA (2015) Diagnosa ini muncul pada pasien An “D” di tandai data Ibu pasien mengatakan luka pada drainase yang di pasang pada perut kanan bawah masih merembes, Terpasang IV plug di kaki kanan sejak 29/5-2016, Luka drain masih merembes dan mendapat terapi ceftazidime. Data tersebut yang menyebabkan penulis mengangkat diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik (Herdman, 2012). Diagnosa ini muncul pada pasien An “D” di tandai data Ibu anak “D” mengatakan anaknya tiap makan sedikit, hasil dari Z-Score BB/PB =  $-3SD$  s/d  $-1SD$  = Kurus,

BB/U = -3SD s/d <-2SD = gizi kurang, PB/U = -3SD s/d <-2SD  
= pendek

2. Diagnosa yang tidak muncul pada An."D" dengan *Cholestasis* pada tanggal 16 Juni 2016 dan sesuai teori Arief (2011) ada 3 yaitu :

a. Hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, proses penyakit (inflamasi)

Hipertermi dimana seorang mengalami peningkatan suhu diatas kisaran normal (NANDA 2015). Diagnosa ini tidak muncul pada pasien An "D" di tandai data hasil pengukuran suhu di dapatkan masih dalam rentang normal yaitu 37, 1 °C, kulit teraba normal (tidak hangat atau dingin).

b. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah, distensi dan hipermotilitas gaster, gangguan proses pembekuan

Kekurangan volume cairan dimana seseorang mengalami penurunan cairan intravaskuler, intratisial, dan / atau intraselular, ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan saat tanpa perubahan pada natrium (NANDA 2015). Diagnosa ini tidak muncul pada pasien An "D" di tandai data pasien tidak mengalami muntah –muntah cairan keluar pada drain masih dalam batas normal.

c. Defisiensi pengetahuan tentang penyakit, prognosa, pengobatan berhubungan dengan salah interpretasi informasi

Defisiensi pengetahuan adalah ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu (NANDA 2015).

Diagnosa ini tidak muncul pada pasien An “D” di tandai data Ibu pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit kuning yang di derita anaknya karena sudah pernah di jelaskan oleh dokter dan perawat.

3. Diagnosa yang muncul pada An.”D” dengan Kolestasis pada tanggal 16 Juni 2016 dan tidak sesuai teori Arief (2011) ada 3yaitu :

a. Resiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan Disfungsi hati

Resiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal dimana seseorang mengalami rentan terhadap sirkulasi gastrointestinal, yang dapat mengganggu kesehatan (NANDA 2015). Diagnosa ini muncul pada pasien An “D” di tandai data Ibu pasien mengatakan perut anaknya membesar mulai dari umur 6 bulan yang lalu. Anaknya susah makan, lingkar perut 50 cm, terdapat asites, Hasil lab tanggal 8 Juni 2015 didapatkan hasil Bilirubin 14,16 mg/dl, Albumin 2,88g/dl, SGOT 307u/l, SGPT 123 u/l. Berdasarkan batasan karakteristik ini semakin mendukung pada rumusan diagnosa resiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan disfungsi hati.

b. Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan penyakit kronis

Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan dimana seseorang mengalami penyimpangan atau kelainan dari aturan kelompok usia (NANDA 2015). Diagnosa ini muncul pada pasien An “D” di tandai

data Ibu pasien mengatakan anaknya belum bisa berdiri dan berjalan, hasil denver menunjukkan pasien mengalami keterlambatan pada motorik kasar pasien belum mampu berdiri dan berjalan. Data tersebut yang menyebabkan penulis mengangkat diagnosa keperawatan keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan penyakit kronis.

- c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik dan kelembaban

Kerusakan integritas kulit dimana seseorang mengalami perubahan atau gangguan epidermis dan/atau dermis (NANDA 2015). Diagnosa ini muncul pada pasien An "D" di tandai data pasien terdapat luka pruritus di selangkangan panjang  $\pm$  6 cm lebar  $\pm$  4 cm dan bintik bintik merah keluaran cairan, sehingga penulis mengangkat diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik dan kelembaban.

### **C. Pembahasan Perencanaan**

Pada tahap perencanaan Asuhan Keperawatan An."D" dengan Colestasis di ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, penulis menggunakan Hirarki Maslow yaitu dengan melihat kebutuhan dasar manusia. Pada penentuan penulis menggunakan batasan waktu yang jelas. Hal ini dimaksudkan untuk memudahkan kapan evaluasi hasil akan dilakukan :

1. Tujuan dan intervensi sesuai teori Arief (2010) dan muncul pada kasus yang penulis angkat sesuai dengan (NIC & NOC 2013) sebanyak tiga yaitu:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik

NOC : Kontrol nyeri

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di

harapkan pasien terbebas dari nyeri dari indikator :

INDIKATOR	A	T
Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	1	4
Tanda tanda vital dalam rentan normal	2	4
Wajah tampak rileks	2	5

Tabel 11. Perencanaan indikator nyeri akut

Keterangan :

5 : Tidak terganggu

4 : Sedikit terganggu

3 : Cukup terganggu

2 : Banyak terganggu

1 : Sangat terganggu

NIC : manajemen nyeri

1. Kaji skala nyeri

2. Observasi adanya petunjuk nonverbal terhadap nyeri

3. Kaji tanda tanda vital

4. Ajarkan teknik pengendalian nyeri non farmakologi ( dengan bermain)

5. Kolaborasi dengan tim kesehatan obat analgetik

a. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, resiko infeksi dapat terkontrol kreteria hasil :

NOC : Kontrol resiko : proses infeksi

INDIKATOR	A	T
Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4
Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4
Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5
Mencuci tangan	1	5

Tabel 12. Perencanaan indikator resiko infeksi

Keterangan :

5 : Secara konsisten menunjukkan

4 : Sering menunjukkan

3 : Kadang kadang menunjukkan

2 : Jarang menunjukkan

1 : Tidak pernah menunjukkan

NIC : Kontrol infeksi

1. Kaji adanya tanda dan gejala infeksi

2. Batasi jumlah pengunjung

3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien

4. Anjurkan pasien dan keluarga untuk mencuci tangan

5. Edukasi pasien tentang tanda dan gejala infeksi

6. Kolaborasi pemberian antibiotik

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorsi nutrien

NOC :Status nutrisi

Setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan nutrisi pasien terpenuhi dengan indikator :

Indikator	A	T
Asupan gizi	1	4
Asupan makanan	1	4

Tabel 13. Perencanaan indikator ketidakseimbangan nutrisi

Keterangan :

- 1: Sangat menyimpang
- 2: Banyak menyimpang
- 3: Cukup menyimpang
- 4: Sedikit menyimpang
- 5: Tidak menyimpang

NIC: Manajemen nutrisi

1. Kaji pola makan pasien
2. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan
3. Anjurkan dan beritahu keluarga pasien tentang kebutuhan nutrisi bagi balita
4. Kolaborasi pemberian cairan /obat (susu f100, asam folat, sambeplex dan zink 20 mg)



2. Tujuan dan intervensi tidak sesuai teori Arief (2010) dan muncul pada kasus yang penulis angkat sesuai dengan (NIC & NOC 2013) sebanyak tiga yaitu:

- a. Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan penyakit kronis

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien memiliki perbaikan tumbuh kembang dengan indikatorl :

NOC : Perkembangan anak

INDIKATOR	A	T
Mencoba untuk berdiri	1	3
Berusaha melangkah sendiri	1	2

Tabel 14. Perencanaan indikator keterlambatan tumbuh kembang

Keterangan :

5 : Secara konsisten menunjukkan

4 : Sering menunjukkan

3 : Kadang kadang menunjukkan

2 : Jarang menunjukkan

1 : Tidak pernah menunjukkan

NIC : Peningkatan perkembangan anak

1. Kaji faktor penyebab gangguan perkembangan
2. Bangun hubungan saling percaya dengan anak
3. Lakukan interaksi dengan anak
4. Ciptakan lingkungan yang aman

5. Ajarkan anak untuk berdiri

b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik dan kelembaban

NOC : integritas kulit dan membran mukosa

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam,,di

harapkan tidak integritas kulit membaik dengan indikator :

INDIKATOR	A	T
Suhu kulit	1	4
Integritas kulit	1	4
Pengelupasan kulit	1	5

Tabel 15. Perencanaan indikator kerusakan integritas kulit

Keterangan :

5 : Tidak terganggu

4 : Sedikit terganggu

3 : Cukup terganggu

2 : Banyak terganggu

1 : Sangat terganggu

NIC : Pengobatan topikal

1. Kaji keadaan kulit

2. Ukur suhu

3. Pakaikan popok yang longgar dengan tepat

4. Kalaborasi pemberian obat topikal untuk daerah yang terkena dengan tepat

c. Risiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan Disfungsi hati

NOC : Perfusi jaringan :Organ abdominal

Setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan asites perut pasien menurun dengan indikator :

INDIKATOR	A	T
Asites	1	4
Kehilangan selera makan	1	4

Tabel 16. Perencanaan indikator resiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal

Keterangan :

- 1: Berat
- 2: Cukup berat
- 3: Sedang
- 4: Ringan
- 5: Tidak ada

NIC: Manajemen cairan

1. Kaji pola makan pasien
2. Monitor tanda tanda vital
3. Monitor hasil laboratorium
4. Timbang berat badan harian
5. Ukur lingkar perut

3. Tujuan dan intervensi yang sesuai teori Arief (2010) tetapi tidak muncul pada kasus yang penulis angkat sesuai dengan (NOC & NIC, 2013) sebanyak dua yaitu :

- c. Hipertermi berhubungan dengan peningkatan lajunetabolisme proses penyakit  
Tidak dilakukan oleh penulis karena tidak menegakan diagnosa tersebut.
- d. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah distensi dan hipermotilitas  
Tidak dilakukan oleh penulis karena tidak menegakan diagnosa tersebut.
- e. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan salah interprestasi informasi  
Tidak dilakukan oleh penulis karena tidak menegakan diagnosa tersebut.

#### **D. Pembahasan pelaksanaan**

Pelaksanaan nyata yang diberikan kepada pasien mempengaruhi hasil pemecahan yang terkait dengan kesehatan pasien. Pada tahap pelaksanaan tindakan keperawatan yang dibuat untuk membantu pasien mencapai tujuan. Pada kasus nyata ini asuhan keperawatan dilaksanakan berkesinambungan dalam arti tidak melakukannya sendiri tetapi juga bekerjasama dengan tim medis yang lain, disamping melibatkan pasien dan keluarganya untuk bekerjasama sehingga terbina hubungan saling percaya serta membantu mencapai tujuan.

1. Pelaksanaan sesuai teori Arief (2010) dalam diagnosa dan direncanakan sesuai teori (NIC & NOC 2013) terdapat tiga diagnosa keperawatan yaitu:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik

Pelaksanaan semua intervensi sudah dapat dilaksanakan oleh penulis dari semua implementasi yang dilakukan sesuai dengan label NIC : Majemen Nyeri dan intervensi yang dibuat penulis sesuai dengan kriteria yang ingin dicapai dan menggunakan NOC & NIC 2013. Sedangkan intervensi yang tidak diimplentasikan tidak ada karena penulis dengan kriteria hasil yang ingin dicapai menggunakan NOC & NIC 2013. Dalam pelaksanaannya, penulis bekerja sama dengan tenaga medis dan ibu dari An "D", sehingga semua rencana berjalan dengan baik.

b. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive

Pelaksanaan semua intervensi sudah dapat dilaksanakan oleh penulis dari semua implementasi yang dilakukan sesuai dengan label NIC : Kontrol Infeksi dan intervensi yang dibuat penulis sesuai dengan kriteria yang ingin dicapai dan menggunakan NOC & NIC 2013. Sedangkan intervensi yang tidak diimplentasikan tidak ada karena penulis dengan kriteria hasil yang ingin dicapai menggunakan NOC & NIC 2013. Dalam pelaksanaannya, penulis bekerja sama dengan tenaga medis dan ibu dari An "D", sehingga semua rencana berjalan dengan baik.

- c. Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi

Pelaksanaan semua intervensi sudah dapat dilaksanakan oleh penulis dari semua implementasi yang dilakukan sesuai dengan label NIC : Manajemen Nutrisi dan intervensi yang dibuat penulis sesuai dengan kriteria yang ingin dicapai dan menggunakan NOC & NIC 2013. Sedangkan intervensi yang tidak diimplementasikan terdapat 1 yaitu memberikan susu F100 karena orang tua mampu memberikan susu F100 secara mandiri jadi penulis tidak sepenuhnya memberikan susu F100 dan hanya memantau saja. Untuk implementasi yang lain tidak ada karena intervensi yang dibuat penulis sesuai dengan kriteria yang ingin dicapai dan menggunakan NOC & NIC 2013. Dalam pelaksanaannya, penulis bekerja sama dengan tenaga medis dan ibu dari An "D", sehingga semua rencana berjalan dengan baik.

2. Pelaksanaan tidak sesuai teori Arief (2010) dalam diagnosa dan direncanakan sesuai teori (NIC & NOC 2013) terdapat tiga diagnosa keperawatan yaitu :

- a. Risiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan disfungsi hati

Pelaksanaan semua intervensi sudah dapat dilaksanakan oleh penulis dari semua implementasi yang dilakukan sesuai dengan

label NIC : Manajemen Cairan dan intervensi yang dibuat penulis sesuai dengan kriteria yang ingin dicapai dan menggunakan NOC & NIC 2013. Sedangkan intervensi yang tidak diimplementasikan terdapat 1 yaitu memonitor hasil laboratorium karena belum dilakukan pemeriksaan darah yang baru. Untuk implementasi yang lain tidak ada karena intervensi yang dibuat penulis sesuai dengan kriteria yang ingin di capai dan menggunakan NOC & NIC 2013. Dalam pelaksanaannya, penulis bekerja sama dengan tenaga medis dan ibu dari An "D", sehingga semua rencana berjalan dengan baik.

- b. Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan nyeri kronis

Pelaksanaan semua intervensi sudah dapat dilaksanakan oleh penulis dari semua implementasi yang dilakukan sesuai dengan label NIC : Peningkatan Perkembangan Anak dan intervensi yang dibuat penulis sesuai dengan kriteria yang ingin dicapai dan menggunakan NOC & NIC 2013. Sedangkan intervensi yang tidak diimplementasikan tidak ada karena penulis dengan kriteria hasil yang ingin dicapai menggunakan NOC & NIC 2013. Dalam pelaksanaannya, penulis bekerja sama dengan tenaga medis dan ibu dari An "D", sehingga semua rencana berjalan dengan baik.

- c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik dan kelembaban

Pelaksanaan semua intervensi sudah dapat dilaksanakan oleh penulis dari semua implementasi yang dilakukan sesuai dengan label NIC : Pengobatan Topikal dan intervensi yang dibuat penulis sesuai dengan kriteria yang ingin dicapai dan menggunakan NOC & NIC 2013. Sedangkan intervensi yang tidak diimplementasikan tidak ada karena penulis dengan kriteria hasil yang ingin dicapai menggunakan NOC & NIC 2013. Dalam pelaksanaannya, penulis bekerja sama dengan tenaga medis dan ibu dari An "D", sehingga semua rencana berjalan dengan baik.

- 3. Pelaksanaan yang sesuai teori Arief (2010) dalam diagnosa dan direncanakan sesuai teori (NIC & NOC 2013) tetapi tidak muncul pada kasus terdapat tiga diagnosa keperawatan yaitu :

- a. Hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, proses penyakit (inflamasi)

Penulis tidak melakukan implementasi karena diagnosa tersebut tidak ditegakkan oleh penulis.

- b. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah, distensi dan hipermotilitas gaster, gangguan proses pembekuan

Penulis tidak melakukan implementasi karena diagnosa tersebut tidak ditegakkan oleh penulis.



- c. Defisiensi pengetahuan tentang penyakit, prognosa, pengobatan berhubungan dengan salah interpretasi informasi

Penulis tidak melakukan implementasi karena diagnosa tersebut tidak di tegakkan oleh penulis.

## **E. Pembahasan Evaluasi**

Dalam melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien An.”D” dengan Colestasis digunakan evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dibuat untuk mengetahui keberhasilan setiap tindakan yang dilaksanakan oleh perawat sedangkan evaluasi hasil dibuat untuk mengetahui perkembangan pasien dari seluruh tindakan yang dapat dijadikan sebagai pertimbangan untuk menyusun rencana lebih lanjut. Penulis melakukan evaluasi hasil per shift.

Dari enam diagnosa keperawatan, di dapatkan evaluasi hasil yang tercapai sebagian ada dan tidak tercapai ada .

### **1. Diagnosa yang tercapai sebagian ada 4**

- a. Risiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan Disfungsi hati

Evaluasi keperawatan dilakukan hanya selama 7x8 jam tidak sesuai perencanaan awal 3x24 jam karena pasien sudah boleh pulang hasil evaluasi tujuan tercapai sebagian dan data di dapatkan Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak mual lgi, Berat badan 7,5 kg, lingkaran perut 46 cm, Keluar cairan dari drain ± 100cc.

INDIKATOR	A	T	C
Asites	1	4	3
Kehilangan selera makan	1	4	3

Tabel 17. Evaluasi indikator resiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik

Evaluasi keperawatan dilakukan hanya selama 7x8 jam tidak sesuai perencanaan awal 3x24 jam karena pasien sudah boleh pulang hasil evaluasi tujuan tercapai sebagian dan data di dapatkan Ibu pasien mengatakan sudah tau cara mengontrol nyeri non farmakologi, S : 37°C, N : 130x/menit, R : 30x/menit, Wajah pasien rileks nyeri skala

1 )  .

INDIKATOR	A	T	C
Mengetahui strategi untuk mengontrol nyeri	1	4	4
Tanda tanda vital dalam rentan normal	2	4	3
Wajah tampak rileks	2	5	4

Tabel 18. Evaluasi indikator nyeri akut

c. Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Evaluasi keperawatan dilakukan hanya selama 7x8 jam tidak sesuai perencanaan awal 3x24 jam karena pasien sudah boleh pulang hasil evaluasi tujuan tercapai sebagian dan data Area tusukan iv plug tampak bersih, Tidak tampak adanya oedema, Tidak tampak adanya kemerahan, Terapi antibiotic ceftazidime 350mg/IV/8 jam telah masuk.

INDIKATOR	A	T	C
Mengidentifikasi factor resiko infeksi	1	4	1
Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi	1	4	3
Mempertahankan lingkungan yang bersih	1	5	5
Mencuci tangan	1	5	1

Tabel 19. Evaluasi indikator resiko infeksi

- d. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik dan kelembaban

Evaluasi keperawatan dilakukan hanya selama 7x8 jam tidak sesuai perencanaan awal 3x24 jam karena pasien sudah boleh pulang hasil evaluasi tujuan tercapai sebagian dan data Ibu pasien mengatakan akan mmemakaikan popok yang longgar, suhu 36,7°C, Telah di berikan obat topikal myco- z, Popok pasien terpasang longgar, Luka kulit mulai menutup.

INDIKATOR	A	T	C
Suhu kulit	1	4	3
Integritas kulit	1	4	3
Pengelupasan kulit	1	5	3

Tabel 20. Evaluasi indikator kerusakan integritas kulit

2. Diagnosa yang tidak tercapai ada 2
- a. Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan penyakit kronis

Evaluasi keperawatan dilakukan hanya selama 7x8 jam tidak sesuai perencanaan awal 3x24 jam karena pasien sudah boleh pulang hasil evaluasi tujuan belum tercapai dan data Ibu pasien lingkungan akan selalu di jaga untuk keamanan pasien, pasien tampak bermain boneka dan dot.

INDIKATOR	A	T	C
Mencoba untuk berdiri	1	3	2
Berusaha melangkah sendiri	1	2	1

Tabel 21. Evaluasi indikator keterlambatan tumbuh kembang

- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi

Evaluasi keperawatan dilakukan hanya selama 7x8 jam tidak sesuai perencanaan awal 3x24 jam karena pasien sudah boleh pulang hasil evaluasi tujuan belum tercapai dan data Ibu pasien mengatakan pagi ini anak sudah di beri susu 200cc dan anak sudah makan, roti, berat badan pasien 7,6 kg, anak tampak rileks, telah diberikan susu 200 ml.

Indikator	A	T	C
Asupan gizi	1	4	3
Asupan makanan	1	4	3

Tabel 22. Evaluasi indikator ketidakseimbangan nutrisi

## F. Pembahasan Pendokumentasian

Selama dalam perawatan setiap pelaksanaan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi harus didokumentasikan dalam catatan keperawatan sesuai dengan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat serta dicantumkan inisial dan tanda tangan sesuai dengan pelaksanaan tindakan. Kegunaan dan manfaat dari dokumentasi keperawatan pun telah terlaksana seperti sebagai : alat komunikasi antar anggota perawat dan antar tim kesehatan lainnya,

dokumentasi resmi dalam sistem pelayanan kesehatan, dan alat yang dapat digunakan dalam bidang pendidikan.

#### **G. Faktor Pendukung dan Penghambat**

Adapun faktor pendukung tindakan keperawatan dari mulai pengkajian hingga pendokumentasian adalah tidak terlepas kerja sama yang baik antara tim medis dan pasien serta anggota keluarga. Adapun faktor penghambat dalam pelaksanaan dan penyusunan kasus ini adalah klien yang kurang kooperatif dan keterbatasan kemampuan penulis dalam penulisan laporan studi kasus pasien An “D” dengan Kolestasis di ruang Melati 4 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam yaitu dari tanggal 16 juni 2016 sampai tanggal 20 juni 2016 pada An. "D" dengan Kolestasis di Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, penulis mendapatkan pengalaman nyata dalam melaksanakan proses keperawatan yaitu pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi keperawatan.

Pada tahap pengkajian ini untuk memperoleh data yang diperlukan, penulis melakukan pengkajian fisik, wawancara dan observasi. Pengkajian yang penulis lakukan pada An "D" lebih mengarah pada respon pribadi, respon tubuh pasien terhadap penyakit dan kesiapan orang tua menjaga pasien. Pada kasus yang penulis kelola didapatkan 6 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Risiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan disfungsi hati
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik
3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi
4. Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan penyakit kronis
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorsi nutrien
6. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik dan kelembaban

Diagnosa yang sesuai dengan teori yaitu : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi, Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik dan diagnosa yang muncul pada kasus tetapi tidak sesuai dengan teori adalah Risiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan disfungsi hati, Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan penyakit kronis, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik dan kelembaban. Pada tahap penyusunan rencana asuhan keperawatan, rencana yang penulis susun sesuai dengan teori yang dijabarkan NIC & NOC, 2013.

Pada tahap pelaksanaan disesuaikan dengan perencanaan keperawatan yang telah disusun. Pada tahap evaluasi, dari enam diagnosa keperawatan yang muncul terdapat 5 diagnosa yang tercapai sebagian yaitu Risiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan disfungsi hati, Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik dan kelembaban Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi dan diagnosa yang belum tercapai ada 1 yaitu Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan penyakit kronis.

## 1. Pengkajian

Pada pengkajian diperoleh data senjang yang terbagi atas 3 yaitu :

- a. Data yang ada dalam teori (Sodikin, 2011) dan muncul pada kasus An”D” 6 yaitu indentitas pasien, identitas penanggung jawab, data subjekti, data objektif, riwayat kesehatan, pengkajian.
- b. Data yang ada dalam teori tetapi tidak muncul dalam kasus An “D” ada 3 yaitu Data subjektif, data objektif, riwayat kesehatan.
- c. Data yang tidak ada dalam teori (sodikin 2010) tetapi muncul pada kasus An “D” dengan kolestasis sebanyak 2 yaitu : tumbuh kembang dan pemeriksaan laboratorium.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan di peroleh data senjang yang terbagi atas 3 yaitu :

- a. Diagnosa keperawatan yang ada dalam teori (Arief 2010) dan muncul pada kasus An “D” 3 yaitu : resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, nyeri berhubungan dengan agen injuri fisik, ketidakeimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorsi.
- b. Diagnosa keperawatan yang ada dalam teori (Arief 2010) tetapi tidak muncul pada kasus An “D” dengan Kolestasis 3 yaitu : hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, proses penyakit.
- c. Diagnosa keperawatan yang tidak ada dalam teori (Arief 2010) tetapi muncul pada pasien An “D” dengan kolestasis : Risiko



ketidakefektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan Disfungsi hati, Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan penyakit kronis, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik dan kelembaban.

### 3. Intervensi keperawatan

Pada tujuan dan intervensi keperawatan diperoleh data senjang yang terbagi atas tiga yaitu :

- a. Tujuan dan intervensi sesuai teori (Arief, 2010) dan muncul pada kasus yang penulis angkat sesuai dengan (NIC & NOC, 2013) sebanyak 3.
- b. Tujuan dan intervensi sesuai teori (Arief, 2010) dan tidak muncul pada kasus yang penulis angkat sesuai dengan (NIC & NOC, 2013) sebanyak 3.
- c. Tujuan dan intervensi tidak sesuai teori (Arief, 2010) dan muncul pada kasus yang penulis angkat sesuai dengan (NIC & NOC, 2013) sebanyak 3.

### 4. Pelaksanaan Keperawatan

- a. Pada pelaksanaan keperawatan diperoleh data senjang yang terbagi atas tiga yaitu: Pelaksanaan sesuai teori Arief (2010) dalam diagnosa dan direncanakan sesuai teori NOC & NIC (2013) terdapat 3 diagnosa keperawatan.

- b. Pelaksanaan tidak sesuai teori (Arief, 2010) dalam diagnosa dan direncanakan sesuai teori NOC & NIC (2013) dan muncul pada kasus terdapat 3 diagnosa keperawatan.
- c. Pelaksanaan sesuai teori Arief (2010) dalam diagnosa dan direncanakan sesuai teori NOC & NIC (2013) tetapi pada kasus tidak muncul terdapat 3 diagnosa keperawatan.

## 5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan dilakukan selama 7x8 jam didapatkan hasil

- a. Diagnosa keperawatan dengan tercapai sebagian 5 diagnosa yaitu :
  - 1) Risiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan disfungsi hati
  - 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik
  - 3) Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi
  - 4) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik dan kelembaban
  - 5) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- b. Diagnosa yang belum tercapai ada satu yaitu Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan penyakit kronis.

## B. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan An.“D” dengan Kolestasis di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito ada beberapa saran yang dapat penulis sampaikan, yaitu :

1. Institusi pendidikan Stikes Wira Husada Yogyakarta

a. Dosen Prodi keperawatan

Institusi pendidikan sebagai penyelenggara pendidikan, hendaknya menambah literatur buku tentang Kolestasis yang ada di perpustakaan, dengan literatur yang masih tergolong terbitan baru, sehingga peserta didik tidak kesulitan saat mencari literatur.

b. Mahasiswa keperawatan

Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mahasiswa keperawatan yang disesuaikan dengan perkembangan ilmu dan teknologi terkini.

2. Institusi RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

a. Direktur Rumah Sakit

Meningkatkan standar prosedur operasional dalam pemberian pelayanan terhadap pasien dengan Kolestasis.

b. Mahasiswa Praktikan

Mempertahankan kerja sama yang baik antara perawat dan mahasiswa praktikan, agar dapat segera diketahui kebutuhan pasien baik kebutuhan fisik dan maupun kebutuhan psikis.

3. Profesi keperawatan

Meningkatkan profesionalitas dalam bekerja, dan memperbaharui pengetahuan tentang *cholestasis* agar tindakan yang dilakukan tidak hanya rutinitas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arief, Sjamsul. 2010. *Deteksi dini kolestasis neonatal*. Divisi Hepatologi Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK UNAIR. Surabaya
- Benchimol EI, Walsh CM, Ling SC. *Early diagnosis of neonatal cholestatic jaundice: test at 2 weeks*. In: *Clinical Review Canadian Family Physician* Vol. 55. Canada; 2009. p.1185-1189
- Bulecchek. G. 2013. *Nursing Interventions Clasification (NIC)*. Edisi Kelima. Elservers. Singapura
- Data Sub register ruang Melati 4 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Sistem Kewaspadaan Dini (SKD) KLB-Gizi Buruk*. Jakarta : Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Departemen Kesehatan, 2011,*Buku Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk Buku I cetakan keenam*), Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Jakarta
- Ignatavicius, Donna D. & Workman M.L. 2006. *Medical-Surgical Nursing, Critical Thinking for Collaborative Care*. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Mitchel, Richard N, et al. 2008. *Buku Saku Dasar Patologis Penyakit Robbins & Cotran*. Edisi 7. Jakarta: EGC.
- Moorhead. S. 2013. . *Nursing Outcome Clasification (NOC)*. Edisi Kelima. Elservers. Singapura
- NANDA International. (2015). *Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta : EGC
- Nazer, Hisham. 2010. Cholestasis. available at <http://emedicine.medscape.com/article/927624-overview> (Diakses tanggal 13 Oktober 2015)
- Ngastiyah, 2005. *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta : EGC.
- Pardede. 2006. *Konsensus Data Laksana Sindrom Nefrotik Idiotip Pada Anak*. Jakarta. Indonesia
- Princ S. A dan Wilson, Lorraine M. C. 2006. *Patologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Edisi 6. Vol 2. Alih Bahasa Brahm U. EGC: Jakarta

- Pudjiadi, Antonius et al, 2010. *Pedoman Pelayanan Medis Ikatan Dokter Anak Indonesia Jilid I*. Jakarta: Pengurus Pusat Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Sodikin. 2011. *Asuhan Keperawatan Anak Gangguan Gastrointestinal dan Hepatobillier*. Jakarta : Salemba Medika
- Sudoyo Aru, dkk. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi 4. Balai Penerbit FKUI. Jakarta

# LAMPIRAN

# Denver II

TANGGAL :

TANGGAL LAHIR :

Subday. umur dan tanggal / Rebus

bgn. Ilmu Kesehatan Anak

FK. UGM / RSUP. Dr. Sardjito

Yogyakarta

NO. CM :

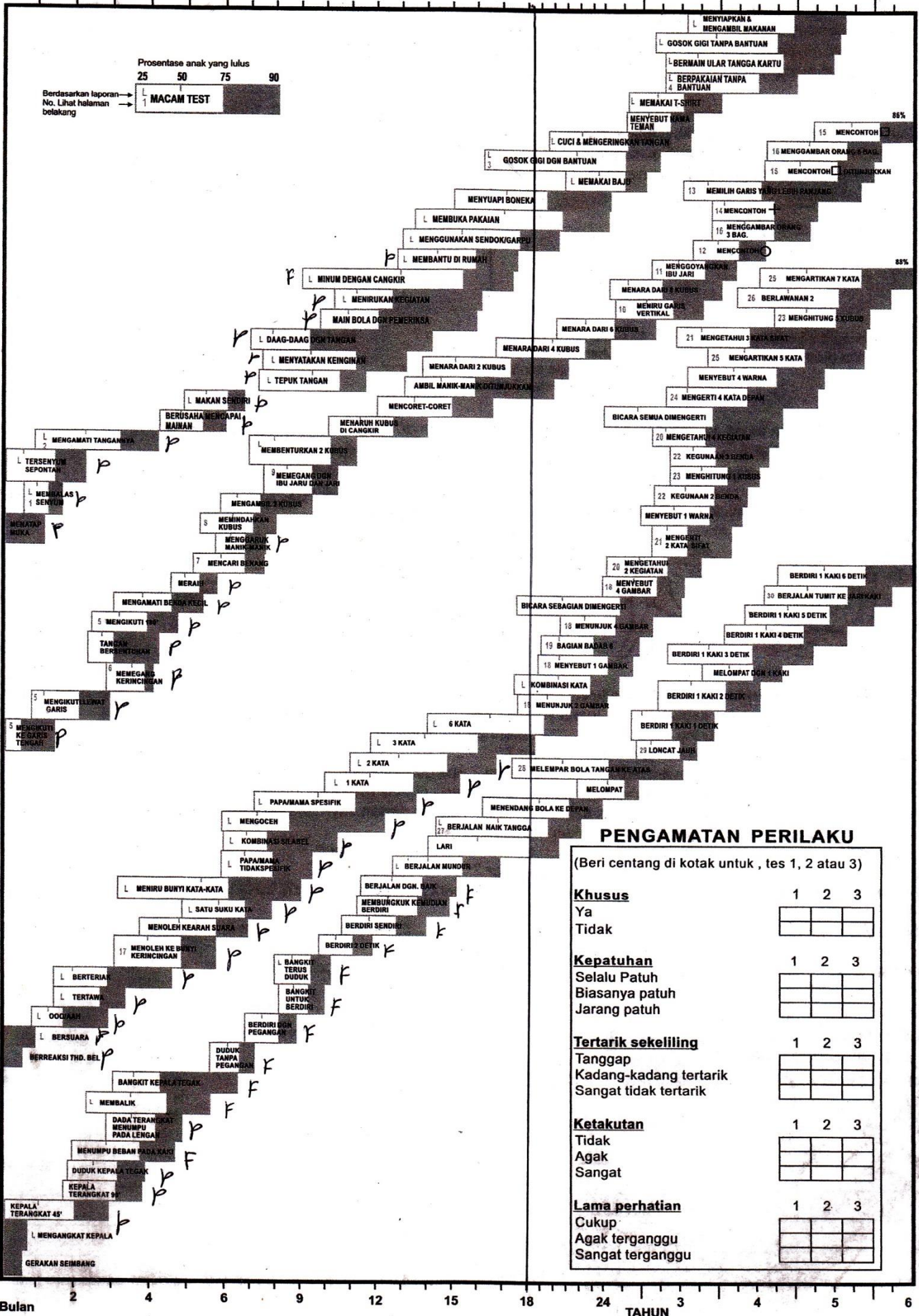
Bulan 2 4 6 9 12 15 18 24 TAHUN 3 4 5 6

PERSONAL SOSIAL

ADAPTIF - MOTORIK HALUS

BAHASA

MOTORIK KASAR



Untuk menggunakan Formulir ini, gunakan Buku Manual Denver II

©1966, 1989, 1991, W.K. Frankenburg dan J.B. Dodds ©1978 W.K. Frankenburg

**BLANGKO KONSULTASI PENULISAN LAPORAN STUDI KASUS**  
**UJIAN AKHIR PROGRAM PRODI D III KEPERAWATAN**  
**STIKES WIRA HUSADA YOGYAKARTA**  
**TAHUN AKADEMIK 2013/2016**

Nama : Trya Ade Permana

Pembimbing : Agnes Erida W , S.Kep.,Ns

No	Hari, tanggal	Halaman	Materi	Perubahan	Tanda Tangan
1.	Selasa 13 Juli 2016		Bab 1 - v	penulisan	<i>The Trie E</i>
2	Rabu 14 Juli 2016		Bab 1 - v	penulisan	<i>The Trie E</i>

Ketua Panitia UAP

Prodi D III Kep STIKES Wira Husada Yogyakarta

Nur Hidayat, S.Kep.,Ners., M.Kes



Pembimbing

*Agnes Erida W*






Agnes Erida w , S.Kep.,Ns



**BLANGKO KONSULTASI PENULISAN LAPORAN STUDI KASUS**  
**UJIAN AKHIR PROGRAM PRODI D III KEPERAWATAN**  
**STIKES WIRA HUSADA YOGYAKARTA**  
**TAHUN AKADEMIK 2013/2016**

Nama : Trya Ade Permana

Pembimbing : Agnes Erida W , S.Kep.,Ns

No	Hari, tanggal	Halaman	Materi	Perubahan	Tanda Tangan
1	Kamis 14 Juli 2016		Bab 1 - III	Revisi sesuai saran	
2	Jumat 15 Juli 2016		Bab 1 - III	Revisi sesuai saran	
3	Sabtu 16 Juli 2016		Bab 1 - IV	Penulisan daftar pustaka	
4	Senin 18 Juli 2016		Bab 1 - V	Revisi sesuai saran	
5	Selasa 19 Juli 2016		Bab 1 - V	Perubahan layout	

**Ketua Panitia UAP**

Prodi D III Kep STIKES Wira Husada Yogyakarta

Nur Hidayat, S.Kep.,Ners., M.Kes



**Pembimbing**

Agnes Erida w , S.Kep.,Ns

**BLANGKO KONSULTASI PENULISAN LAPORAN STUDI KASUS**  
**UJIAN AKHIR PROGRAM PRODI D III KEPERAWATAN**  
**STIKES WIRA HUSADA YOGYAKARTA**  
**TAHUN AKADEMIK 2015/2016**

Nama : Trya Ade Permana  
Pembimbing : Agnes Erida W. S., Kep. Ns

No	Hari, tanggal	Halaman	Materi	Perubahan	Tanda Tangan
1.	Rabu 23 Juni 2016		Bab 1 dan 2	spasi	
2.	Rabu 25 Juni 2016		Bab 1, 2, 3	-Analisa data ditambah -Nyeri pakai skala Wong	
3	Senin 27 Juni 2016		Bab 2, 3	Rewiri rewiri rotan	
4.	Selasa 28 Juni 2016		Bab 4, 5	Rewiri rewiri rotan	

Ketua Panitia UAP  
Prodi D III Kep STIKES Wira Husada  
Yogyakarta

Pembimbing

Nur Hidayat, S.Kep., Ners., M.Kes



(.....)

