

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK M. I.
DENGAN “KOLESTASIS” DI RUANG KENANGA
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”



OLEH
ADRIANUS MAUK
NIM. PO. 530320116335

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

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK M. I.
DENGAN “KOLESTASIS” DI RUANG KENANGA
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”

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



OLEH

ADRIANUS MAUK

NIM. PO. 530320116335

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

2019

LEMBARAN PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Adrianus Mauk NIM: PO. 530320116335 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada An. M. I. Dengan Kolestasis Di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Disusun Oleh



Adrianus Mauk

NIM. PO. 530320116335

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Pada Tanggal 11 Juni 2019

Pembimbing




Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP. 19691/281993031005

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS "ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK M. I.
DENGAN "KOLESTASIS" DI RUANG KENANGA
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG"**

Disusun Oleh



Adrianus Mauk

NIM. PO. 530320116335

Telah Diuji Pada Tanggal, 12 Juni 2018

Dewan Penguji

Penguji I



Aben B.Y.H. Romana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 196711181989032001

Penguji II



Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP. 196811281993031005

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Adrianus Mauk

NIM : PO.530320116335

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 12 Juni 2019

Pembuat Pernyataan



Adrianus Mauk

NIM. PO. 530320116335

Mengetahui
Pembimbing



Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP. 196911281993031005

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Adrianus Mauk
Tempat tanggal lahir : Builaran, 14 Agustus 1978
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Dusun Haekesak, RT/RW 001/000, Desa Tohe,
Kec. Raihat, Kab. Belu, Nusa Tenggara Timur
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDK Builaran tahun 1991
2. Tamat SLTP Negeri 2 Atambua Tahun 1996
3. Tamat Sekolah Perawat Kesehatan Kupang Kelas Paralel Atambua Tahun 1999
4. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

“ Ilmu Dan Keterampilan Yang Kuraih Bukan Untuk Diriku Sendiri

Tetapi

Juga Untuk Kamu Yang Membutuhkannya”

Abstrak

Asuhan Keperawatan Pada An. M. I. Dengan Kolestasis di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Nama: Adrianus Mauk, NIM. PO. 530320116335

Latar Belakang: Kolestasis neonatus didefinisikan sebagai peningkatan kadar bilirubin terkonjugasi yang berkepanjangan dalam serum sesudah 14 hari pertama. Dampak yang terjadi pada penderita kolestasis adalah: 1) Kolik bilier yang disebabkan oleh kontraksi kandung empedu yang tidak dapat mengalirkan empedu keluar akibat dari tersumbatnya saluran empedu. 2) Kolangitis adalah suatu infeksi bakteri akut pada sistem saluran empedu. 3) Kolestasis akut adalah peradangan pada kandung empedu akibat dari adanya infeksi kandung empedu. 4) Kolestasis kronis antara lain hidrop kandung empedu, empiema kandung empedu, fistel kolesistoenterik, ileus batu empedu (gallstone ileus), empiema kandung empedu (Ignatavicius, 2006). Masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan rasa nyaman nyeri, hipertermi, risiko tinggi infeksi, kekurangan volume cairan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan kurang pengetahuan tentang penyakit, (Arief & Sjamsul 2010). **Tujuan:** Mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada an. M. I. dengan kolestasis di ruang Kenangan RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang. **Hasilnya:** Dalam pengkajian yang ditemukan pada an.M.I. yaitu: keluhan utama mata dan kulit kuning, kesadaran kompos mentis, adanya peningkatan bilirubin direk 6,4 mg/dl, bilirubin indirek 10,30 mg/dl dan waktu trombin (PT) 51,14 mmol/L, juga penurunan albumin 2,4 mg/dl dan trombosit $144 \cdot 10^3/\text{ul}$. **Metode:** Desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. **Kesimpulan:** Asuhan keperawatan pada an. M. I. dengan kolestasis dilakukan melalui 5 tahap proses keperawatan, yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan, sehingga masalah keperawatan diatas dapat ditangani secara tepat dan optimal. **Saran:** Diharapkan bagi penulis untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilannya dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif secara tepat dan optimal.

Kata kunci: Kolestasis, Asuhan Keperawatan.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Studi Kasus dengan “Asuhan Keperawatan Pada An. M. I. dengan Kolestasis Di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”

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

1. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang, yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis, dan selaku pembimbing sekaligus penguji II yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Ibu Aben B. Y. H. Romana, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku penguji I yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
3. Ibu Margaretha Telly, S.Kep., Ns., MSc-PH, selaku Ketua Program Studi Diploma III Jurusan Keperawatan, yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
4. Ibu R. H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis

dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

5. Seluruh staf dosen dan karyawan Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
6. Bapak drg. Mindo Sinaga, selaku Plt. Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
7. Ibu Rosina Welu, S.Kep., Ns, selaku Pembimbing Klinik/CI di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
8. Seluruh Perawat dan tenaga kesehatan lainnya di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah membantu penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
9. Ibu Adelina Bubu, Almh. Istriku tercinta, Semata wayangku Steevant Gabriel Yoseph Mauk, dan saudara-saudariku tercinta yang dengan sabar selalu memberikan dukungan doa dan motivasi untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
10. Orang-orang terdekat, ade Lidya Kaka, Ibu Kosto, ade Arin, Kk Melly Remedios, KK Sriyati Olang, KK Merry TT, Pak Dems T., Pak Karlus, KK Christ Manafe, Ibu Telda, yang telah memberi semangat dan memberikan dukungan untuk selama di bangku kuliah bahkan sampai dengan menyelesaikan Studi Kasus ini.

11. Teman - teman angkatan 2016 yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

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

Kupang, 12 Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan	i
Lembar Pengesahan	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan.....	iii
Biodata Penulis.....	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	3
1.3 Manfaat Studi Kasus	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Penyakit.....	6
2.1.1 Pengertian Kolestasis.....	6
2.1.2 Anatomi kandung empedu.....	6
2.1.3 Etiologi kolestasis.....	7
2.1.4 Klasifikasi kolestasis	7
2.1.5 Patofisiologi kolestasis	8
2.1.6 Manifestasi klinis kolestasis.....	11
2.1.7 Komplikasi kolestasis	12
2.1.8 Pemeriksaan penunjang kolestasis.....	13
2.1.9 Penatalaksanaan medis kolestasis.....	15
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	18
2.2.1 Pengkajian	18
2.2.2 Diagnosa keperawatan.....	19
2.2.3 Intervensi keperawatan	20
2.2.4 Implementasi keperawatan	24
2.2.5 Evaluasi keperawatan	26
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	28
3.1 Hasil Studi Kasus	28
3.1.1 Pengkajian	28
3.1.2 Analisa Data	31
3.1.3 Diagnosa keperawatan.....	32
3.1.4 Intervensi keperawatan	33
3.1.5 Implementasi keperawatan	35

3.1.6 Evaluasi keperawatan	39
3.2 Pembahasan	42
3.2.1 Pengkajian	42
3.2.2 Diagnosa keperawatan.....	43
3.2.3 Intervensi keperawatan.....	44
3.2.4 Implementasi keperawatan	45
3.2.5 Evaluasi keperawatan	45
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	46
BAB 4 PENUTUP	47
4.1 Kesimpulan	47
4.2 Saran	48
DAFTAR PUSTAKA	50
LAMPIRAN	52

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kolestasis sampai saat ini masih merupakan penyakit yang sering di temukan pada bayi dan anak-anak. Kolestasis neonatus didefinisikan sebagai peningkatan kadar bilirubin terkonjugasi yang berkepanjangan dalam serum sesudah 14 hari pertama. Kolestasis pada bayi baru lahir mungkin karena infeksi, genetik, metabolik, atau kelainan yang tidak ditegaskan yang meningkat karena obstruksi mekanik aliran empedu dan sekresi empedu. Gangguan fungsional sekresi empedu bisa akibat dari kerusakan sel hati atau apparatus sekretori biliaris. Neonatos dengan kolestasis dapat dibagi menjadi kolestasis dengan ekstrahepatik dan kolestasis dengan intrahepatik (Arvin, 2012).

Kolestasis pada bayi adalah hambatan aliran empedu dan bahan-bahan yang harus diekskresikan oleh hati, yang menghasilkan terjadinya peningkatan bilirubin direk dan penumpukan garam empedu. Kolestasis pada bayi terjadi pada 1:25.000 kelahiran hidup. Atresia bilier dapat terjadi pada semua bagian saluran empedu ekstrahepatik dan merupakan kelainan nekrosis inflamatorik yang menyebabkan kerusakan dan akhirnya obliterasi saluran empedu ekstrahepatik. Diagnosis dari atresia bilier ditegakkan berdasarkan pemeriksaan ultrasonografi (USG) abdomen untuk menyingkirkan adanya kista koleduktus sebagai penyebab obstruksi. Biopsi hati merupakan pemeriksaan yang penting dilakukan untuk membedakan dengan intrahepatik kolestasis. Jika diagnosis dari atresia bilier tidak bisa ditegakkan dengan pemeriksaan biopsi hati maka pemeriksaan *cholangiography* sebaiknya dilakukan. Penanggulangan atresia bilier ekstrahepatik terutama dengan pembedahan saluran empedu ekstrahepatik yaitu portoenterostomi teknik kasai, dan transplantasi hati (Arief & Sjamsul, 2010).

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 α -1 antitripsin (kelainan bawaan yang dapat menyebabkan penyakit hati) 17%, sindroma Alagille 6%, (suatu kelainan yang diturunkan secara autosomal/kromosom), kista duktus koledokus 3% (Ignatavicius, et. all. 2006).

Penyebab utama kolestasis adalah obstruksi 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 ditegakkan secepatnya, karena sangat berpengaruh terhadap cara pengobatan serta prognosis. Dan penyebab lain meliputi obstruksi yang disebabkan oleh kolelitiasis, tumor perut, atau pembesaran limfonodi, radang usus, dan sindrom hipoplasiaduktus biliaris hepatis. (Arvin, 2012).

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 & Sjamsul 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 napsu makan, nyeri perut, dan demam (Arief & Sjamsul 2010).

Berdasarkan penelitian yang ada, diperoleh data insiden kolestasis sebagai berikut: kolestasis + 1:2.500 kelahiran hidup, atresia billier 1:19.065 kelahiran hidup. Rasio atresia bilier pada anak perempuan dan anak laki-laki adalah 2:1 (Arief & Sjamsul 2010).

Dari data Sub Bagian Register RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang di ruang Kenanga penderita dengan kasus kolestasis sejak tanggal 1 Januari 2018 sampai dengan 31 Desember 2018 diperoleh data hanya 1 orang anak perempuan berusia 4 tahun. Dan pada periode Januari 2019 sampai dengan 30 April 2019 di peroleh data tidak ada penderita kolestasis. (Register Medis Ruangan Kananga, RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, 2019).

Dampak yang terjadi pada penderita kolestasis adalah: 1) Kolik bilier. Serangan kolik bilier semacam ini disebabkan oleh kontraksi kandung empedu yang tidak dapat mengalirkan empedu keluar akibat dari tersumbatnya saluran empedu. 2) Kolangitis adalah suatu infeksi bakteri akut pada sistem saluran empedu. 3) Kolestasis akut adalah peradangan pada kandung empedu akibat dari adanya infeksi kandung empedu. 4) Kolestasis kronis antara lain hidrop kandung empedu, empiema kandung empedu, fistel kolesistoenterik, ileus batu empedu (gallstone ileus), emplema kandung empedu (Ignatavicius, 2006).

Masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan rasa nyaman nyeri, hipertermi, risiko tinggi infeksi, kekurangan volume cairan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan kurang pengetahuan tentang penyakit, (Arief & Sjamsul 2010).

Berdasarkan masalah diatas, perawat mempunyai peranan penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara mandiri dan kolaborasi dalam pemberian terapi, asupan cairan dan nutrisi, dan pelaksanaan tindakan baik bedah maupun non bedah dalam menangani masalah keperawatan yang dialami pasien.

Untuk itu penulis sangat tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An. M. I. dengan Kolestasis di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Mendapatkan gambaran tentang Asuhan Keperawatan An. M. I. dengan Kolestasis di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mahasiswa dapat mengidentifikasi pengkajian an. M. I. dengan kolestasis di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
2. Identifikasi diagnosa keperawatan an. M. I. dengan kolestasis di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
3. Mahasiswa dapat mengidentifikasi rencana asuhan keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan pada an. M. I. di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
4. Mahasiswa dapat mengidentifikasi tindakan keperawatan pada an. M. I. dengan kolestasis di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
5. Mahasiswa dapat mengidentifikasi evaluasi tindakan keperawatan An. M. I. dengan kolestasis di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Manfaat Teoritis

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

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Mahasiswa
Menambah wawasan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kolestasis.
2. Bagi Institusi Pendidikan
Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya bagi asuhan keperawatan pada pasien dengan kolestasis.

3. Bagi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperoleh dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat khususnya untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kolestasis.
4. Bagi Pasien
Agar pasien mendapat asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhannya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian Kolestasis

Kolestasis adalah kegagalan aliran cairan empedu masuk duodenum dalam jumlah normal. Gangguan dapat terjadi mulai dari membran-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 & Sjamsul 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 (Arvin, 2012).

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) (Price & Wilson, 2016).

2.1.2 Anatomi Kandung Empedu

Kandung empedu merupakan kantong berongga berbentuk pir yang terletak tepat pada lobus kanan hati. Empedu yang disekresi secara terus menerus oleh hati masuk ke saluran empedu yang kecil dalam hati. Saluran empedu yang kecil bersatu membentuk dua saluran yang besar yang keluar dari permukaan bawah hati sebagai duktus hepaticus kanan dan kiri yang segera bersatu membentuk duktus hepaticus komunis (Price & Wilson, 2006).

Fungsi utama kandung empedu adalah menyimpan dan memekatkan empedu. Kandung empedu mampu menyimpan sekitar 40-60 ml empedu. Empedu hati tidak dapat segera masuk ke duodenum, akan tetapi setelah melewati duktus hepatikus, empedu masuk ke duktus sistikus dan ke kandung empedu. Dalam kandung empedu pembuluh limfe dan pembuluh darah mengabsorpsi air dan garam-garam anorganik, sehingga empedu dalam kandung empedu kira-kira 5 kali lebih pekat dibandingkan dengan empedu hati. Secara berkala kandung empedu mengosongkan isinya kedalam duodenum melalui kontraksi simultan lapisan ototnya dan relaksasi spingter Oddi. Hormon kolesistokinin (CCK) dilepaskan dari sel duodenal akibat hasil pencernaan dari protein dan lipid, dan hal ini merangsang terjadinya kontraksi kandung empedu (Price & Wilson, 2006).

2.1.3 Etiologi Kolestasis

Penyebab kolestasis dibagi menjadi 2 bagian yaitu: intrahepatik kolestasis dan ekstrahepatik kolestasis (Arief & Sjamsul, 2010).

1. Pada intrahepatik kolestasis terjadi akibat gangguan pada sel hati yang terjadi akibat infeksi bakteri yang menimbulkan abses pada hati, biliari sirosis primer, virus hepatitis, limphoma, kolangitis sklerosing primer, infeksi tuberkulosis atau sepsis, obat-obatan yang menginduksi kolestasis.
2. Pada extrahepatik kolestasis, disebabkan oleh tumor saluran empedu, kista, striktur (penyempitan saluran empedu), pankreatitis atau tumor pada pankreas, tekanan tumor atau massa sekitar organ, kolangitis sklerosis primer. Batu empedu adalah salah satu penyebab paling umum dari saluran empedu diblokir.

2.1.4 Klasifikasi Kolestasis

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

1. Kolestasis intrahepatik

Saluran Empedu digolongkan dalam 2 bentuk yaitu:

- a. *Paucity (atresia)* saluran empedu
 - b. Disgenesis saluran empedu
2. 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.

2.1.5 Patofisiologi Kolestasis

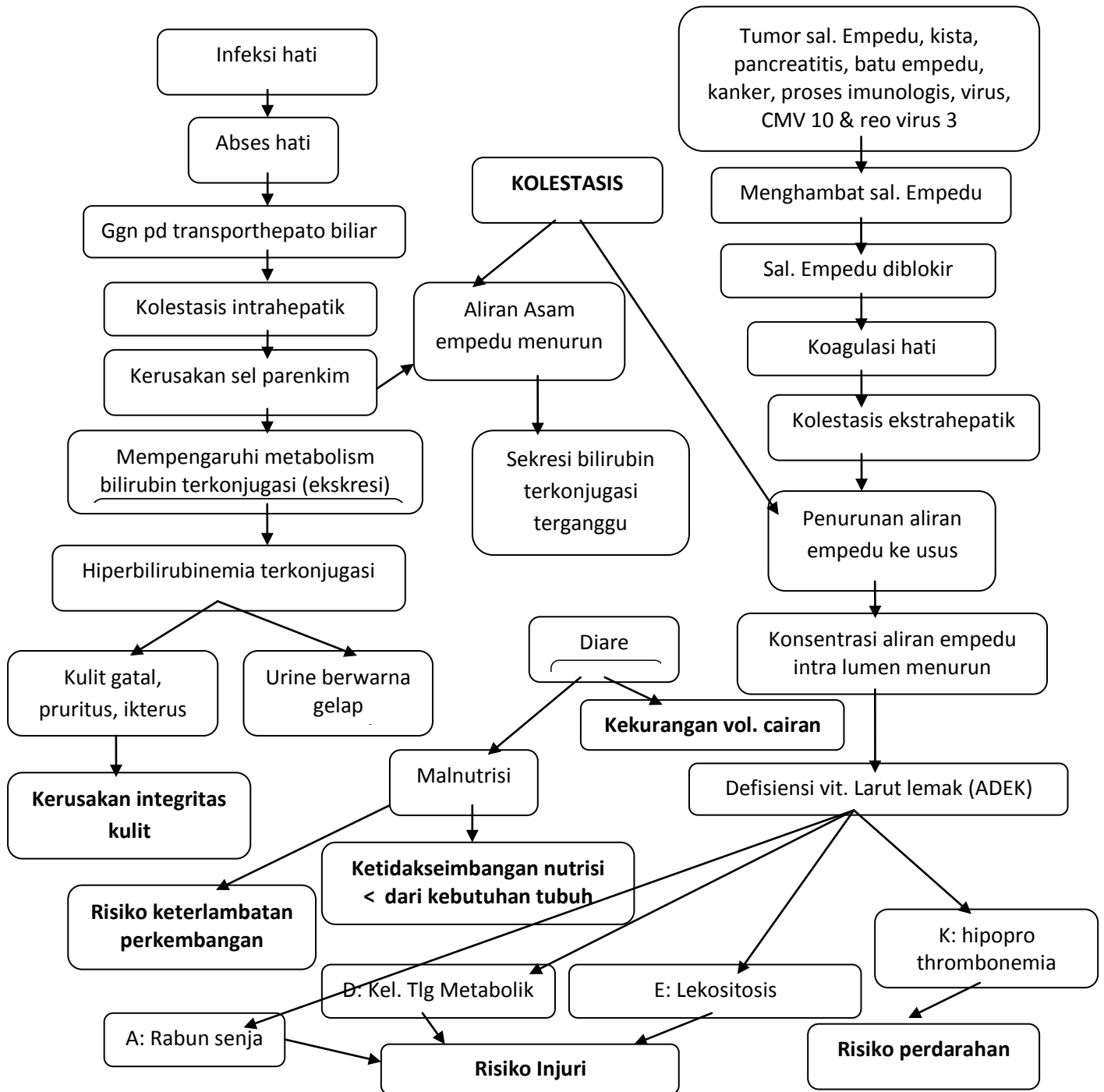
Empedu adalah cairan yang disekresi hati berwarna hijau kekuningan merupakan kombinasi produksi dari hepatosit dan kolangiosit. Empedu mengandung asam empedu, kolesterol, phospholipid, toksin yang terdetoksifikasi, elektrolit, protein, dan bilirubin terkonjugasi. Kolesterol dan asam empedu merupakan bagian terbesar dari empedu sedang bilirubin terkonjugasi 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, dikonjugasi 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 & Sjamsul, 2010).

Pathway Kolestasis



Sumber : (Arvin, 2012)

2.1.6 Manifestasi Klinis Kolestasis

Gambaran klinis pada kolestasis pada umumnya disebabkan karena keadaan-keadaan (Areif & Sjamsul, 2010).

1. Terganggunya aliran empedu masuk ke dalam usus :
 - a. Tinja akolis/hipokolis/pucat
Karena cairan empedu tidak masuk ke usus, maka warna tinja menjadi lebih pucat dan tinja banyak mengandung lemak.
 - b. Urobilinogen/sterkobilinogen dalam tinja menurun/negative karena kerusakan sel parenkim sehingga menyebabkan aliran asam empedu menurun
 - c. Urobilin dalam air seni negative karena hiperbilirubin terkonjugasi
 - d. Malabsorpsi lemak dan vitamin yang larut dalam lemak karena Konsentrasi aliran empedu intra lumen menurun
 - e. Steatore (Feses berminyak) karena terdapat banyak lemak di feses.
 - f. Hipoprotrombinemia (defisiensi protrombin dalam darah) karena kekurangan vitamin K
2. Akumulasi empedu dalam darah
Ikterus, gatal-gatal dan hiperkolesterolemia karena hiperbilirubinemia terkonjugasi
3. Kerusakan sel hepar karena menumpuknya komponen empedu
 - a. Anatomis
 - 1) Akumulasi pigmen
Penumpukan zat-zat yang diekskresi kedalam empedu (bilirubin dan asam empedu)
 - 2) Reaksi peradangan dan nekrosis
 - b. Fungsional
 - 1) Gangguan ekskresi yaitu perubahan warna kuning pada kulit dan mata, feses warna kuning pucat dan urine warna kuning tua karena

ada sumbatan pada saluran empedu sehingga terjadi peningkatan bilirubin pada usus, kulit dan mata.

- 2) Serum meningkat (ringan) karena terjadi perubahan fungsi hati yang meningkat.
- 3) 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 ductule” (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.

2.1.7 Komplikasi Kolestasis

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

1. Simtomatik.

Simtomatik adalah pengobatan yang bertujuan meringankan atau menyembuhkan gejala, bukan mengobati penyakit seperti pengobatan

dengan analgesik untuk nyeri, anti inflamasi untuk peradangan.

2. Kolik bilier

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

3. Kolangitis

Kolangitis adalah suatu infeksi bakteri akut pada sistem saluran empedu

4. Kolestasis akut

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

5. Kolestasis kronis

- a. Hidrop kandung empedu.
- b. Empiema kandung empedu.
- c. Fistel kolesistoenterik
- d. Ileus batu empedu (*gallstone ileus*)

6. Emplema kandung empedu

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Kolestasis.

Pemeriksaan penunjang menurut (Price & Wilson, 2012):

1. Radiologis

a. Foto polos abdomen.

Tujuannya: untuk dapat memperlihatkan densitas klasifikasi pada kandung empedu, cabang saluran-saluran empedu (batu empedu), pancreas dan hati, juga dapat memperlihatkan adanya splenomegali atau asites nyata.

b. Ultrasonografi (USG)

Metode yang disukai untuk mendeteksi batu empedu, dapat diandalkan untuk mendeteksi dilatasi saluran empedu dan massa padat atau kistik didalam hati dan pancreas, non invasif dan murah

c. CT scan

Pencitraan beresolusi tinggi pada hati, kandung empedu, pankreas, dan limpa menunjukkan adanya batu, massa padat, kista, abses dan kelainan struktur: sering dipaki dengan bahan kontras

d. *Magnetik Resonance Imaging* (MRI) (Pengambilan gambar organ)

Pemakaian sama dengan CT scan tetapi memiliki kepekaan lebih tinggi, juga dapat mendeteksi aliran darah dan sumbatan pembuluh darah; non invasive tetapi mahal.

2. Laboratorium

a. Ekskresi empedu: mengukur kemampuan hati untuk mengkonjugasi dan mengekskresi pigmen empedu antara lain:

1) Bilirubin serum direk (terkonjugasi)

Meningkat apabila terjadi gangguan ekskresi bilirubin terkonjugasi (nilai normalnya 0,1-0,3 mg/dl).

2) Bilirubin serum indirek (tidak terkonjugasi)

Meningkat pada keadaan hemolitik dan sindrom Gilbert (nilai normalnya 0,2-0,7 mg/dl).

3) Bilirubin serum total

Bilirubin serum direk dan total meningkat pada penyakit hepatoseluler (nilai normalnya 0,3-1,0 mg/dl).

b. Metabolisme Protein

1) Protein serum total: sebagian besar protein serum dan protein pembekuan disintesis oleh hati sehingga kadarnya menurun pada berbagai gangguan hati, (nilai normalnya 6-8 gr/dl), albumin serum (nilai normalnya :3,2-5,5 gr/dl), globulin serum (nilai normalnya: 2,0-3,5 gr/dl)

2) Massa protrombin (nilai normalnya : 11-15 detik)

Meningkat pada penurunan sintesis protrombin akibat kerusakan sel hati atau berkurangnya absorpsi vitamin K pada obstruksi empedu.

Vitamin K penting untuk sintesis protrombin

2.1.9 Penatalaksanaan Medis Kolestasis

1. Non bedah

Terapi konservatif

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

a. Pengobatan konservatif berupa:

- 1) Obat antikolinergik (sulfas atropin, buskapan, beladon)
- 2) Istirahat
- 3) Analgetik untuk meringankan rasa nyeri yang timbul akibat gejala penyakit
- 4) Antibiotika untuk mencegah adanya infeksi pada saluran kemih
- 5) Diet rendah lemak untuk mengurangi kerja kandung empedu.
- 6) Cairan infus untuk menjaga stabilitas asupan cairan
- 7) Pada daerah kandung empedu diberi kompres es untuk mengurangi rasa sakit dan mencegah penyebaran peradangan ke daerah sekitar kandung empedu.

b. Farmako Terapi

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. Terapi perlu dijalankan lama, yaitu: 3 bulan sampai 2 tahun dan baru dihentikan minimal 3 bulan setelah batu-batu larut.

c. *Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy* (ESWL)

Prosedur nonvasif ini menggunakan gelombang kejut berulang (*repeated shock waves*) yang diarahkan ke batu empedu di dalam kandung empedu atau duktus koleduktus dengan maksud untuk mencegah batu tersebut menjadi sejumlah fragmen. Gelombang kejut diproduksi dalam media cairan oleh percikan listrik, yaitu piezoelektrik, atau oleh muatan elektromagnetik.

Energi 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.

d. Litotripsi Intrakorporeal

Pada litotripsi intrakorporeal, batu yang ada dalam kandung empedu atau duktus koleduktus 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 laparotomi. Jika kandung empedu tidak diangkat, sebuah drain dapat dipasang selama 7 hari.

2 Pembedahan

a. Koleduktostomi :

Dalam koleduktostomi, 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

b. Koleksistektomi laparaskopi :

Dalam prosedur ini kandung empedu diangkat setelah arteri dan duktus sistikus diligasi. Kolesistektomi 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 karek empedu ke dalam kasa absorben.

c. 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.

d. Koledokthostomy

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

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada pasien dengan kolestasis menurut Sodikin (2011) adalah:

Anamnesa

- 1 Identitas klien, biodata umur, pekerjaan, pendidikan, alamat
- 2 Identitas penanggung jawab
- 3 Data subjektif dan obyektif
 - a. Biasanya nafsu makan menurun karena kelainan metabolisme seperti galaktosemia, intoleransi fruktosa herediter dan tiroseemia.
 - b. Frekuensi makan biasanya normal tetapi porsi sering tidak dihabiskan karena adanya anoreksia dan mual muntah
 - c. Pola eliminasi BAB dan BAK
Pola eliminasi BAB dan BAK teratur, namun terdapat perubahan warna pada tinja dan urine karena cairan empedu tidak masuk ke usus, maka warna tinja menjadi lebih pucat dan tinja banyak mengandung lemak, dan ada peningkatan bilirubin dalam urin
 - d. Ada gatal gatal pada seluruh tubuh (pruritus) karena terjadi hiperbilirubinemia.
- 4 Riwayat kesehatan
 - a. Riwayat kesehatan dahulu
Adanya tanda-tanda infeksi dahulu pada ibu, ibu pernah mengkonsumsi obat-obatan yang dapat meningkatkan ikterus pada bayi.
 - b. Riwayat kesehatan sekarang
Pada umumnya bayi masuk rumah sakit dengan keluhan tubuh bayi berwarna kuning dan ada rasa gatal-gatal dari tubuh bayi.
 - c. Riwayat keluarga
Adanya riwayat keluarga yang menderita kolestasis, maka kemungkinan besar merupakan suatu kelainan genetik/metabolik.

5 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.

6 Pemeriksaan fisik abdomen antara lain:

a. Inspeksi

- 1) Tampak keadaan wajah pasien pucat, kulit dan mata kuning, ada pembesaran pada hati
- 2) Tampak warna rambut hitam, kering dan bersih, tidak mudah dicabut, mata tidak cekung.
- 3) Tampak seluruh tubuh pasien ada bekas garukan karena gatal-gatal atau bahkan ada luka-luka kecil.

b. Auskultasi

Dengar denyut jantung normal bunyi jantung I : lub dan bunyi jantung II : dup, tidak ada suara jantung tambahan (murmur), peristaltik usus normal (5-35 kali/menit), tidak ada suara napas (paru-paru) tambahan terutama weezing dan ronchi.

c. Palpasi

- 1) Adanya pembesaran pada hati, nyeri tekan positif, dinding perut mengeras dan kembung, dan tidak ada terdapat pembesaran limpa

2.2.2 Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul

Diagnosa yang muncul menurut Areif & Sjamsul (2010) adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
2. Hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, proses penyakit (inflamasi)

- 3 Risiko 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

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

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis
2. Hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, proses penyakit (inflamasi)
3. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer dan sekunder
4. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
6. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

2.2.3 Intervensi Keperawatan Berdasarkan NOC & NIC (Moorhead & Bulecchek, 2013).

Diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis.
NOC: Pain level, (level nyeri). **Pain control** (control nyeri). **Comfort level** (level kenyamanan). **Kriteria Hasil:** 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. 3) Mampu mengenali nyeri (skala,

intensitas, frekuensi dan tanda nyeri). 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. 5) Tanda vital dalam rentang normal. **NIC: Pain management** (manajemen nyeri): 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. 4) Ajarkan tentang teknik non farmakologi. 5) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri. 5) Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil

Diagnosa 2: Hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, proses penyakit (inflamasi). **NOC: Thermoregulation** (Thermoregulasi). **Kriteria Hasil:** 1) Suhu tubuh dalam rentang normal. 2) Nadi dan RR dalam rentang normal. 3) Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing, merasa nyaman. **NIC: Fever treatment** (pengobatan demam) : 1) Monitor suhu sesering mungkin. 2) Monitor IWL. 3) Monitor warna dan suhu kulit. 4) Monitor tekanan darah, nadi dan RR. 5) Monitor penurunan tingkat kesadaran. 6) Monitor WBC, Hb, dan Hct. 7) Monitor intake dan output. 8) Berikan anti piretik. 9) Berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam. 10) Selimuti pasien. 11) Berikan cairan intravena. 12) Kompres pasien pada lipat paha dan aksila. 13) Tingkatkan sirkulasi udara. **NIC: Temperature regulation** (pengaturan suhu) : 1) Monitor suhu minimal tiap 2 jam. 2) Rencanakan monitoring suhu secara kontinyu. 3) Monitor TD, nadi, dan RR. 4) Monitor warna dan suhu kulit. 5) Monitor tanda-tanda hipertermi

Diagnosa 3: Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadegan pertahanan primer dan sekunder **NOC: Immune Status** (status imun) **Knowledge: Infection control** (pengetahuan: pengendalian infeksi) **Risk control** (control risiko). **Kriteria Hasil: 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. **NIC: Infection control** (Kontrol infeksi) : 1) Batasi pengunjung bila perlu. 2) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung 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. **Infection protection** (proteksi terhadap infeksi): 1) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local. 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, drainase

Diagnosa 4: Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. **NOC: Fluid balance** (balans cairan), **Hydration** (hidrasi), **Nutritional status: Food and fluid intake** (status nutrisi : intake makanan dan cairan). **Kriteria Hasil:** 1) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal, tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal. 2) Tidak ada tanda tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan. **NIC: Fluid management** (manajemen cairan): 1) Timbang popok/pembalut jika diperlukan. 2) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat. 2) Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan. 3) Monitor hasil lAb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hmt, osmolalitas urin). 4) Monitor vital sign. 5) Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian. 6) Kolaborasi pemberian cairan IV. 7) Monitor status nutrisi. 8) Berikan cairan. 9) Berikan diuretik sesuai interuksi.

Diagnosa 5: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. **NOC: Nutritional status: food and Fluid Intake** (status nutrisi : intake makanan dan cairan),

Nutritional status: nutrient intake (status nutrisi : intake nutrisi), **Weight control** (control berat badan). **Kriteria Hasil:** 1) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan. 2) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan. 3) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi. 4) Tidak ada tanda tanda malnutrisi. 5) Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan. 6) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. **NIC: Nutrition management** (manajemen nutrisi): 1) Kaji adanya alergi makanan. 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. 3) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. 4) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C. 5) Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasi kan dengan ahli gizi). 6) Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. 7) Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori. **nutrition monitoring** (monitoring nutrisi): 1) BB pasien dalam batas normal. 2) Monitor adanya penurunan berat badan. 3) Monitor lingkungan selama makan. 4) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi. 5) Monitor turgor kulit. 6) Monitor kekeringan, rambut kusam

Diagnosa 6: Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. **NOC: Kowlwdge: Disease process** (pengetahuan proses penyakit). **Knowledge: Health behavior** (pengetahuan: tingkah laku kesehatan). **Kriteria Hasil:** 1) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan. 2) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar. 3) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya. **NIC: Teaching: Disease process** (pengajaran: proses penyakit). 1) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik. 2) Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. 3) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat . 4) Gambarkan proses penyakit, dengancara yang tepat. 5)

Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat. 6) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat. 7) Hindari harapan yang kosong. 8) Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat. 9) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan kolestasis sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya (Ngastiyah, 2005)

Diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

Implementasi: 1) Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif ter masuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2) Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 3) Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. 4) Mengajarkan tentang teknik non farmakologi. 5) Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri. 6) Melaporkan kepada dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil

Diagnosa 2: Hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, proses penyakit (inflamasi). **Implementasi:** 1) Memonitor suhu sesering mungkin, 2) Memonitor IWL, 3) Memonitor warna dan suhu kulit, 4) Memonitor tekanan darah, nadi dan RR, 5) Memonitor penurunan tingkat kesadaran, 6) Monitor WBC, Hb, dan Hct, 7) Memonitor intake dan output, 8) Memberikan anti piretik, 9) Memberikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam, 10) Menyelimuti pasien, 11) Memberikan cairan intravena, 12) Memberikan kompres pasien pada lipat paha dan aksila, 13) meningkatkan sirkulasi udara, 14) Memonitor suhu minimal tiap 2 jam, 15) Merencanakan

monitoring suhu secara kontinyu, 16) Memonitor TD, nadi, dan RR, 17) Monitor warna dan suhu kulit, 18) Memonitor tanda-tanda hipertermi

Diagnosa 3: Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer dan sekunder. **Implementasi:** 1) Membatasi pengunjung bila perlu, 2) Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung, 3) Menggunakan sabun antiseptik untuk mencuci tangan, 4) Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, 5) Mempertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat, 6) Memberikan terapi antibiotik bila perlu, 7) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, 8) Memonitor hitung granulosit, WBC, 9) Memonitor kerentanan terhadap infeksi, 10) Memberikan perawatan kulit pada area epidemia, 11) Menginspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase

Diagnosa 4: Kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah, distensi dan hipermotilitas gaster, gangguan proses pembekuan. **Implementasi:** 1) Menimbang popok/pembalut jika diperlukan, 2) Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat, 3) Memonitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan, 4) Memonitor hasil IAB yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hmt, osmolalitas urin), 5) Memonitor vital sign, 6) Memonitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian, 7) Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV, 8) Memonitor status nutrisi, 9) Memberikan cairan, 10) Memberikan diuretik sesuai interuksi, 11) Memberikan cairan IV pada suhu ruangan, 12) Memberikan penggantian nesogatrik sesuai output, 13) Menganjurkan keluarga untuk membantu pasien makan, 14) Menawarkan snack (jus buah, buah

Diagnosa 5: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan gangguan pencernaan lemak, mual muntah. **Implementasi:** 1) mengkaji adanya alergi makanan, 2) Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan

pasien, 3) Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe, 4) Menganjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C, 5) Memberikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasi kan dengan ahli gizi), 6) Mengajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian, 7) Memonitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori, 8) Memonitor adanya penurunan berat badan, 9) Memonitor lingkungan selama makan, 10) Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, 11) Memonitor turgor kulit, 12) Memonitor kekeringan, rambut kusam

Diagnosa 6: Kurang pengetahuan tentang penyakit, prognosa, pengobatan berhubungan dengan salah interpretasi informasi. **Implementasi:** 1) Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik, 2) Menjelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. 3) Menggambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat, 4) Menggambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat, 5) Mengidentifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat, 6) Menyediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat, 7) Menghindari harapan yang kosong, 8) Menyediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat, 9) Mendiskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah perbandingan yang sistemik atau terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan, dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya.(Ngastiyah, 2005)

Evaluasi: Diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis. Rasa nyaman nyeri pasien terpenuhi yang ditandai dengan : nyeri hilang, tidak ada peningkatan denyut nadi dan skala nyeri 0.

Diagnosa 2: Hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, proses penyakit (inflamasi). Tidak ada peningkatan suhu tubuh yang ditandai dengan: suhu tubuh dalam rentang normal, nadi dan RR dalam rentang normal, tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing, merasa nyaman

Diagnosa 3: Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer dan sekunder. Pasien bebas atau tidak mengalami infeksi yang ditandai dengan : tidak ada tanda-tanda infeksi antara lain rubor (kemerahan), color(panas),dolor(sakit?nyeri), tumor (bengkat dan fungsiolesa (disfungsi organ tubuh)

Diagnosa 4: Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Kebutuhan cairan pasien terpenuhi yang ditandai dengan pasien tidak ada tanda tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan

Diagnosa 5: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi yang ditandai dengan adanya peningkatan berat badan, berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan, tidak ada tanda tanda malnutrisi, tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

Diagnosa 6: Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. Pengetahuan pasien dan keluarga meningkat yang ditandai dengan menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan, mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar, mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya

BAB 3
HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dengan data-data sebagai berikut :

1. Identitas Pasien

Nama : An. M. I. tanggal lahir : 03 Juli 2012, umur : 6,10 tahun, jenis kelamin : laki-laki, diagnosa medis : Kolestasis + Sirosis Hepatis, no. RM : 51.30.75, pendidikan terakhir : Paud, Alamat : Sabu, tanggal MRS : 26 Mei 2019, tanggal pengkajian : 27 Mei 2018, pekerjaan : pelajar.

2. Identitas Penanggungjawab

Nama : Tn. Y. I., Jenis kelamin : laki-laki, alamat : Sabu, pekerjaan : Swasta, hubungan dengan klien : ayah kandung.

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Mata kuning dan badan gatal-gatal

b. Riwayat kesehatan sebelum sakit

Orang tua (ibu) mengatakan anaknya dulu lahir baik-baik saja dengan berat badan lahir 3000 gram. Mulai umur enam bulan mengalami sakit tetapi hanya batuk, pilek, demam dan setelah berobat anaknya sembuh. Sakit yang lain tidak pernah dialami oleh anaknya.

c. Riwayat penyakit sekarang

1) Keluhan saat masuk rumah sakit

Mimisan dan demam

2) Keluhan saat dikaji

Orang tua (ibu) mengatakan mata dan kulit anaknya berwarna kuning buang air besar (BAB) berwarna coklat kehitaman, buang air kecil (BAB)

warna kuning kecoklatan, mengalami gatal-gatal pada seluruh badan, sering menggaruk badannya sampai luka, kulit anaknya berubah, dulunya kulit terang sekarang kuning kehitaman, sering mengeluh sakit dibagian perut kanan.

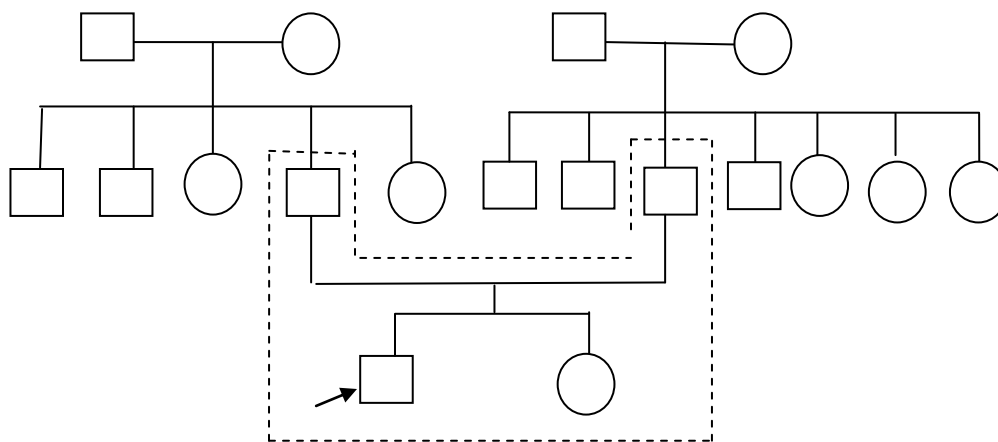
d. Riwayat penyakit sebelumnya

Keluhan saat dikaji orang tua (ibu) mengatakan anaknya sakit sudah lama sejak bulan Februari 2018 dan atas saran keluarga anaknya dibawa ke Sumba untuk berobat dan sembuh dalam beberapa bulan, dan kemudian pada awal bulan April 2018, mulai sakit lagi dan berobat ke Puskesmas Seba tapi tidak ada perubahan sampai sekarang. Pasien tidak mempunyai riwayat operasi dan riwayat alergi.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Orang tua anak mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit kuning seperti yang dialami oleh anaknya, maupun penyakit yang lainnya.

Genogram Keluarga:



Keterangan: □ : Laki-laki hidup
○ : Perempuan hidup

↖ □ Pasien
----- : Tinggal Serumah

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Tanda-tanda Vital TD: 90/50 mmHg, N: 96 kali/menit, RR: 30 kali/menit dan S: 36,5^oC. Berat badan 17 kg, tinggi badan 106 cm, IMT : 20,4 dan status gizi baik.
- b. Kepala dan leher: bentuk kepala simetris , tidak ada sakit kepala dan pusing, tidak ada lesi dan massa, observasi wajah: simetris. Mata: konjungtiva pucat, sklera ikterik, tidak pakai kaca mata, penglihatan tidak kabur, tidak ada nyeri, tidak ada peradangan, dan tidak pernah operasi. Telinga: tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada nyeri pada telinga, ada bercak hitam dan gatal-gatal, ada bekas garukan dan tidak ada peradangan telinga dalam. Hidung: tidak ada alergi rhinitus, tidak ada riwayat polip, sinusitis dan epistaksis. Tenggorokan dan mulut : keadaan gigi bersih, tidak ada caries, tidak memakai gigi palsu, tidak ada gangguan bicara, tidak ada gangguan menelan, dan tidak ada pembesaran kelenjar leher .
- c. Sistem Kardiovaskuler: nyeri dada tidak ada. Inspeksi: bentuk dada simetris, bibir kering, kuku normal, capillary refill time (CRT) normal (< 3 detik), tidak ada edema pada tangan, kaki, sendi , *apical pulse* teraba, vena jugularis teraba, palpasi tidak ada pembesaran jantung, auskultasi BJ I: normal (lub), BJ II: normal (dup), tidak ada murmur (suara jantung tambahan), clubbing finger normal dan tidak terjadi pendarahan spontan.
- d. Sistem Respirasi: tidak ada keluhan. Inspeksi: tidak adanya batuk, dispnea, takipnea, sputum, dan pergerakan dada simetris. Auskultasi: Tidak adanya suara napas tambahan whezing atau ronchi.
- e. Sistem Pencernaan: Inspeksi: Pasien tidak mengalami mual dan muntah, elastisitas turgor kulit baik, mukosa bibir kering, tidak ada luka/ perdarahan, tidak ada tanda-tanda radang, keadaan gusi normal, keadaan abdomen: warna kulit agak kehitaman, ada luka-luka kecil bekas garukan, ada peningkatan lingkaran abdomen akibat pembesaran hati., warna feses coklat kehitaman namun pucat dan tidak ada hemoroid. Palpasi: dinding perut

- mengeras, ada nyeri tekan pada abdomen. Auskultasi: terdengar bising usus menurun (normal 16x/menit). Perkusi: adanya kembung.
- f. Sistem Persyarafan: tingkat kesadaran compos mentis, GCS (E/M/V): 4/5/6 = 15, pupil isokor, tidak ada kejang, tidak ada jenis kelumpuhan, tidak ada parasthesia, koordinasi gerak normal dan reflexes normal.
 - g. Sistem Musculoskeletal: tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada nyeri otot, tidak ada nyeri sendi, refleksi sendi normal, skala kekuatan normal (5), pergerakan dibatasi.
 - h. Sistem Integument: adanya gatal-gatal pada semua permukaan kulit, dan bercak-bercak hitam bekas garukan, elastisitas turgor kulit baik, warna agak kehitaman, kulit kering, tidak ada petechie, kuku panjang dan kotor.
 - i. Sistem Perkemihan: Inspeksi: tidak ada hematuria (kondisi di mana urin mengandung darah atau sel-sel darah merah. Urin warna kuning kecoklatan. Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, produksi urine baik, intake cairan (oral) : 500-750 cc/hari, parenteral :1350 cc/24 jam
 - j. Sistem Endokrin: tidak ada pembesaran kelenjar.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan darah

Dilakukan pada tanggal 26 Mei 2019 antara lain :

- 1) Bilirubin direk : 6.4 mg/dl (nilai normalnya 0,1-0,3 mg/dl).
- 2) Bilirubin indirek : 10,30 mg/dl (nilai normalnya 0,2-0,7 mg/dl).
- 3) Albumin 2,4 (nilai normalnya 3,5-5,2 mg/dl).
- 4) Trombosit : 144 (nilai normalnya $181-521 \cdot 10^3/\text{ul}$).
- 5) PT (Waktu Trombin) 51,4 (nilai normalnya 10,8-14,4 mmol/L.).
- 6) HB 9,3 gr% (nilai normalnya 10,8-15,6 gr%)
- 7) Jumlah Lekosit 7,17 % (nilai normalnya 4,50-13,50 %).

b. Radiologi :

USG : hasilnya terdapat pembesaran hati

6. Terapi

IVFD D5% ½ NS 1350/24 jam, (10 tetes permenit/micro), vitamin C 2 x 50 mg, vitamin B kompleks 2 x 100 mg dan vitamin K 1 x 10 mg.

3.1.2 Analisa Data

1. Data subjektif: orang tua (ibu) mengatakan anaknya sering mengeluh sakit dibagian perut kanan. Data objektif: adanya nyeri tekan, tampak wajah anak meringis kesakitan saat dipalpasi, **P:** pada saat ditekan dan tertekuk, **Q:** nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, **R:** nyeri dirasakan pada perut bagian kanan, **S:** skala nyeri 3 (Dengan menggunakan angka 0-10), **T:** nyeri dirasakan sewaktu-waktu, tampak perut anak sedikit membesar, lingkar perut 30 cm. Etiologi: gangguan metabolic. Masalah keperawatan: nyeri kronis.
2. Data subektif: orang tua (ibu) mengatakan anaknya mengalami gatal-gatal pada seluruh badan, anaknya sering menggaruk badannya sampai luka, kulit anaknya berubah, dulunya kulit terang sekarang kehitaman. Data Obyektif: tampak kulit anak bercak-bercak bekas garukan dan luka-luka, pada lipatan-lipatan belakang lutut, tampak anak menggaruk-garuk badannya saat dikaji, kuku panjang dan kotor. Etiologi: factor mekanik (daya gesek). Masalah keperawatan: kerusakan integritas kulit.
3. Data subyektif: orang tua (ibu) mengatakan mata dan kulit anaknya berwarna kuning, anaknya BAB berwarna coklat kehitaman dan BAB warna kuning kecoklatan, anaknya diantar ke rumah sakit karena mengalami mimisan berulang. Data obyektif: trombosit : 144 (nilai normalnya 181-521 10^3 /ul), bilirubin direk dan indirek meningkat: 6.4 mg/dl dan 10,30 mg/dl (nilai normalnya 0,1-0,3 mg/dl dan 0,2-0,7 mg/dl), albumin 2,4 (nilai normalnya 3,5-5,2 mg/dl), PT (waktu trombin) 51,4 (nilai normalnya 10,8-14,4mmol/L,), hemoglobin 9,3 gr% (nilai normalnya 10,8-15,6 gr%), jumlah Lekosit 7,17 % (nilai normalnya 4,50-13,50 %), hasil USG terdapat pembesaran hati, tampak sklera mata kuning (ikterik), kulit anak berwarna kuning (jaundis), urine anak berwarna kuning kecoklatan, feces anak berwarna coklat kehitaman, pada

perabaan terdapat pembesaran hepar. Etiologi: gangguan fungsi empedu dan fungsi hati. Masalah keperawatan: risiko perdarahan.

3.1.3 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015.

Dari hasil pengkajian diagnosa keperawatan yang diambil adalah:

1. Nyeri kronis yang berhubungan dengan gangguan metabolik.
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek)
3. Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan fungsi empedu dan fungsi hati.

3.1.4 Intervensi Keperawatan Berdasarkan NOC & NIC (Moorhead. S. & Bulecchek. G., 2013).

Intervensi atau rencana keperawatan adalah sebagai suatu dokumen tulisan yang berisi tentang cara menyelesaikan masalah, tujuan, intervensi. Perencanaan tindakan keperawatan pada kasus ini didasarkan pada tujuan intervensi.

Diagnosa keperawatan 1: Nyeri kronis yang berhubungan dengan gangguan metabolik. **Goal:** Pasien akan mempertahankan rasa nyaman nyeri selama dalam perawatan. **Obyektif:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri terkontrol. **NOC: Domain 4:** Pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku, **Kelas Q:** Perilaku sehat, **Kode 1605:** Kontrol nyeri yaitu tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri, meningkat dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan). **Indikator/Outcome: 160502:** Mengenali kapan nyeri terjadi, **160501:** Menggambarkan faktor penyebab, **160504:** Menggunakan tindakan penanganan nyeri tanpa analgesik, **160505:** Menggunakan analgesik yang telah direkomendasikan, **160511:** Melaporkan nyeri yang terkontrol, **160513:** Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri kepada profesional kesehatan. **NIC: Domain 1:** Fisiologis Dasar, **Kelas E:** Peningkatan kenyamanan fisik, **Kode 1400:** Manajemen nyeri, yaitu pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien. **Aktivitas-aktivitas:** 1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi: karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan faktor pencetus. 2) Observasi tanda-tanda vital. 3) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Berikan informasi

mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5) Ajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. 6) Anjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri. 7) Layani terapi vitamin C dan vitamin B kompleks.

Diagnosa keperawatan 2: Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (daya gesek). **Goal:** Pasien akan meningkatkan integritas kulit yang normal selama dalam perawatan. **Obyektif:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas jaringan kulit baik. **NOC: Domain 2:** Kesehatan fisiologis. **Kelas L:** Integritas jaringan. **Kode 1101:** Integritas jaringan kulit dan membrane mukosa, yaitu : keutuhan struktur dan fungsi fisiologis kulit dan selaput lendir secara normal, meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu). **Indikator/Outcome: 110106:** Keringat, **110108:** Tekstur, **110113:** Integritas kulit, **110115:** Lesi pada kulit, **110119:** Pengelupasan kulit, **110120:** Penebalan kulit, **110123:** Nekrosis. **NIC: Domain 2:** Fisiologis kompleks (lanjutan). **Kelas L:** Manajemen kulit/luka. **Kode 3550:** Manajemen Pruritis E, yaitu pencegahan dan pengobatan terhadap gatal-gatal. **Aktivitas-aktivitas:** 1) Lakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi terjadinya kerusakan integritas kulit. 2) Tentukan penyebab dari terjadinya kerusakan integritas kulit. 3) Anjurkan orang tua pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar pada anak. 4) Hindari kerutan pada tempat tidur. 5) Anjurkan orang tua pasien untuk jaga kebersihan kulit anaknya agar tetap bersih dan kering. 6) Monitor kulit akan adanya kemerahan. 7) Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan. 8) Anjurkan orang tua untuk mandikan pasien dengan sabun dan air hangat. 9) Gunting kuku dan bersihkan kuku yang kotor.

Diagnosa keperawatan 3: Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan fungsi empedu dan fungsi hati. gangguan fungsi empedu dan fungsi hati. **Goal:** Pasien akan terhindar dari risiko perdarahan selama dalam perawatan. **Obyektif:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan risiko infeksi tidak terjadi. **NOC: Domain 4:** Pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku. **Kelas**

T: Kontrol risiko dan keamanan. **Kode 1092:** Kontrol risiko yaitu tindakan individu untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau mengurangi, ancaman kesehatan yang telah dimodifikasi, meningkat dari 2 (Jarang menunjukkan) menjadi 4 (Sering menunjukkan). **Indikator/Outcome:** **190220:** Mengidentifikasi factor risiko, **190201:** Mengenali faktor risiko individu, **190203:** Memonitor faktor risiko individu, **190208:** Memodifikasi gaya hidup untuk mengurangi faktor risiko, **190216:** Mengenali perubahan status kesehatan, **190216:** Memonitor perubahan status kesehatan, **NIC: Domain 2:** Fisiologis kompleks (lanjutan). **Kelas N:** Manajemen perfusi jaringan. **Kode 4010:** Pencegahan perdarahan yaitu pengurangan stimulus yang dapat menyebabkan perdarahan atau perdarahan pada pasien yang berisiko. **Aktivitas-aktivitas:** 1) Monitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien. 2) Monitor tanda dan gejala perdarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi). 3) Pertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif. 4) Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan. 5) Anjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K. 6) Layani terapi vitamin K. 7) Instruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tanda perdarahan. 8) Layani terapi vitamin K

3.1.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan respiratory distress syndrome sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya. (Ngastiyah, 2005).

Hari pertama dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 yaitu: **Diagnosa keperawatan 1:** Nyeri kronis yang berhubungan dengan gangguan metabolik. **Implementasi :** Jam 08.00, melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi: **P:** Pada saat ditekan dan tertekuk, **Q:** Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, **R:** Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan, **S:** Skala nyeri 3 (dengan menggunakan angka 0-10), **T:** Nyeri dirasakan sewaktu-waktu. Jam 08.30, mengobservasi tanda-

tanda vital. Jam 08.40, mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah tumit kaki bagian kiri dan kanan. Jam 08.50, memberikan informasi kepada orang tua pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya radang pada hati yang dapat menyebabkan sakit. Jam 09.00 mengajarkan anak tentang latihan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri. Jam 09.15, menganjurkan anak dan keluarga untuk menghindari penekanan pada daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik. Jam 09.20, melayani terapi vitamin C 2 x 50 mg/oral dan B kompleks 2 x 100 mg/oral.

Diagnosa keperawatan 2: Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (daya gesek). **Implementasi:** Jam 09.25, melakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi terjadinya kerusakan integritas kulit, Jam 09.30 menentukan penyebab dari terjadinya kerusakan integritas kulit karena sering digaruk secara paksa sehingga menyebabkan permukaan kulit jadi luka. Jam 09.40, menganjurkan orang tua pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar pada anak. Jam 09.50, memperbaiki kerutan pada tempat tidur. Jam 10.00, menganjurkan orang tua pasien untuk jaga kebersihan kulit anaknya agar tetap bersih dan kering. Jam 10.05, memonitor kulit akan adanya kemerahan. Jam 10.10, mengoleskan minyak/baby oil pada daerah yang gatal. Jam 10.15 menganjurkan orang tua untuk mandikan pasien dengan sabun dan air hangat. Jam 10.20. Menggunting kuku dan membersihkan kuku yang kotor .

Diagnosa keperawatan 3: Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan fungsi empedu dan fungsi hati. **Implementasi:** Jam 10.20, memonitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien. Jam 10.25, memonitor tanda dan gejala perdarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi. Jam 10.30, mempertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif. Jam 10.45, melindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan. Jam 11.10, menganjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K. Jam 11.20, menginstruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan

mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan. Jam 11.30, melayani vitamin K 1 x 10 mg/oral.

Hari kedua dilakukan pada tanggal 28 Mei 2019 yaitu: **Diagnosa keperawatan 1:** Nyeri kronis yang berhubungan dengan gangguan metabolik. **Implementasi :** Jam 08.00, melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi: **P:** Pada saat ditekan dan tertekuk, **Q:** Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, **R:** Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan, **S:** Skala nyeri 3 (dengan menggunakan angka 0-10), **T:** Nyeri dirasakan sewaktu-waktu. Jam 08.30, mengobservasi tanda-tanda vital. Jam 08.40, mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknya manan yaitu : sering memegang daerah tumit kaki bagian kiri dan kanan. Jam 08.50, memberikan informasi kepada orang tua pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya radang pada hati yang dapat menyebabkan sakit. Jam 09.00 Mengajarkan anak tentang latihan teknik napas dalam untuk mengurangi. Jam 09.15, menganjurkan anak dan keluarga untuk menghindari penekanan pada daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik. Jam 09.20, melayani terapi vitamin C 2 x 50 mg/oral dan B kompleks 2 x 100 mg/oral

Diagnosa keperawatan 2: Kerusakan integrites kulit berhubungan dengan faktor mekanik (daya gesek). **Implementasi:** Jam 09.25, melakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi terjadinya kerusakan integritas kulit, Jam 09.30 menentukan penyebab dari terjadinya kerusakan integritas kulit karena sering digaruk secara paksa sehing menyebabkan permukaan kulit jadi luka. Jam 09.40, menganjurkan orang tua pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar pada anak. Jam 09.50, memperbaiki kerutan pada tempat tidur. Jam 10.00, menganjurkan orang tua pasien untuk jaga kebersihan kulit anaknya agar tetap bersih dan kering. Jam 10.05, memonitor kulit akan adanya kemerahan. Jam 10.10, mengoleskan minyak/baby oil pada derah yang gatal. Jam 10.15menganjurkan orang tua untuk mandikan pasien dengan sabun dan air hangat. Jam 10.20. Menggunting kuku dan membersihkan kuku yang kotor .

Diagnosa keperawatan 3: Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan fungsi empedu dan fungsi hati. **Implementasi:** Jam 10.20, memonitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien. Jam 10.25, memonitor tanda dan gejala perdarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi. Jam 10.30, mempertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif. Jam 10.45, melindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan. Jam 11.10, menganjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K. Jam 11.20, menginstruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan. Jam 11.30, Melayani terpai vitamin K 1 x 10 mg/oral.

Hari ketiga dilakukan pada tanggal 29 Mei 2019 yaitu: **Diagnosa keperawatan 1:** Nyeri kronis yang berhubungan dengan gangguan metabolik. **Implementasi:** Jam 08.00, melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi: **P:** Pada saat ditekan dan tertekuk, **Q:** Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, **R:** Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan, **S:** Skala nyeri 3 (dengan menggunakan angka 0-10), **T:** Nyeri dirasakan sewaktu-waktu. Jam 08.30, mengobservasi tanda-tanda vital. Jam 08.40, mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknya manan yaitu : sering memegang daerah tumit kaki bagian kiri dan kanan. Jam 08.50, memberikan informasi kepada orang tua pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya radang pada hati yang dapat menyebabkan sakit. Jam 09.00, mengajarkan anak tentang latihan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri yaitu dengan. Jam 09.15, menganjurkan anak dan keluarga untuk menghindari penekanan daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik. Jam 09.20, melayani terapi vitamin C 2 x 50 mg/oral dan B kompleks 2 x 100 mg/oral

Diagnosa keperawatan 2: Kerusakan integrites kulit berhubungan dengan faktor mekanik (daya gesek). **Implementasi:** Jam 09.25, melakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi terjadinya kerusakan integritas kulit. Jam 09.30

menentukan penyebab dari terjadinya kerusakan integritas kulit karena sering digaruk secara paksa sehing menyebabkan permukaan kulit jadi luka. Jam 09.40, menganjurkan orang tua pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar pada anak. Jam 09.50, memperbaiki kerutan pada tempat tidur. Jam 10.00, menganjurkan orang tua pasien untuk jaga kebersihan kulit anaknya agar tetap bersih dan kering. Jam 10.05, memonitor kulit akan adanya kemerahan. Jam 10.10, mengoleskan minyak/baby oil pada daerah yang gatal. Jam 10.15 menganjurkan orang tua untuk mandikan pasien dengan sabun dan air hangat. Jam 10.20. Menggunting kuku dan membersihkan kuku yang kotor .

Diagnosa keperawatan 3: Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan fungsi empedu dan fungsi hati. **Implementasi:** Jam 10.20, memonitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien. Jam 10.25, memonitor tanda dan gejala perdarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi. Jam 10.30, mempertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif. Jam 10.45, melindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan. Jam 11.10, menganjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K. Jam 11.20, menginstruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan. Jam 11.25 melayani terapi vitamin K 1 x 10 mg/oral.

3.1.6 Evaluasi Keperawatan

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

Evaluasi hari pertama tanggal 27 Mei 2019. **Diagnosa 1:** Nyeri kronis yang berhubungan dengan gangguan metabolik. **Jam 13.00, S:** Orang tua (ibu) mengatakan sering mengeluh sakit dibagian perut kanan, **O:** Adanya nyeri tekan, tampak wajah anak meringis kesakitan saat dipalpasi, skala nyeri 3, tampak perut anak sedikit membesar, lingkar perut 30 cm. **A:** Masalah belum teratasi. **P:**

Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan. **Diagnosa 2:** Kerusakan integrites kulit berhubungan dengan faktor mekanik (daya gesek). **Jam 13.15, S :** Orang tua (ibu) mengatakan anaknya mengalami gatal-gatal pada seluruh badan, anaknya sering menggaruk badannya sampai luka, kulit anaknya berubah, dulunya kulit terang sekarang kehitaman. **O:** Tampak kulit anak bercak-bercak bekas garukan dan luka-luka pada lipatan-lipatan belakang lutut, tampak anak menggaruk-garuk badannya saat dikaji. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi nomor 1, 4-9 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 3: Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan fungsi empedu dan fungsi hati. **Jam 13.30, S:** Orang tua (ibu) mengatakan mata dan kulit anaknya berwarna kuning, anaknya BAB berwarna coklat kehitaman dan BAB warna kuning kecoklatan, anaknya diantar ke rumah sakit karena mengalami mimisan berulang. **O:** Tampak sklera mata kuning (ikterik), tampak kulit anak berwarna kuning (jaundis), tampak urine anak berwarna kuning kecoklatan, dan feces anak berwarna coklat kehitaman, pada perabaan terdapat pembesaran hepar, bilirubin direk meningkat : 6.4 mg/dl (Nilai normalnya 0,1-0,3 mg/dl, bilirubin indirek meningkat : 10,30 mg/dl (Nilai normalnya 0,2-0,7 mg/dl), albumin 2,4 (Nilai normalnya 3,5-5,2 mg/dl), trombosit : 144 (Nilai normalnya 181-521 10^3 /ul), PT (Waktu Trombin) 51,4 (Nilai normalnya 10,8-14,4mmol/L), hemoglobin 9,3 gr% (10,8-15,6 gr%), jumlah Lekosit 7,17 % (Nilai normalnya 4,50-13,50 %), hasil USG terdapat pembesaran hati. **A :** Risiko Perdarahan masihbisa terjadi. **P :** Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan

Evaluasi hari kedua tanggal 28 Mei 2019 **Diagnosa 1 :** nyeri kronis yang berhubungan dengan gangguan metabolik. Jam 13.00, **S :**Orang tua (ibu) mengatakan sering mengeluh sakit dibagian perut kanan, **O:** adanya nyeri tekan, tampak wajah anak meringis kesakitan saat dipalpasi, skala nyeri 3, tampak perut anak sedikit membesar, ingkar perut 30 cm. **A :** Masalah belum teratasi. **P :** Intervensi nomor 1-6dिलanjutkan. **Diagnosa 2 :** kerusakan integrites kulit berhubungan dengan faktor mekanik (daya gesek). Jam 13.15, **S :** orang tua (ibu) mengatakan anaknya mengalami gatal-gatal pada seluruh badan, anaknya sering

menggaruk badannya sampai luka, kulit anaknya berubah, dulunya kulit terang sekarang kehitaman. **O** : tampak kulit anak bercak-bercak bekas garukan dan luka-luka pada lipatan-lipatan belakang lutut, tampak anak menggaruk-garuk badannya saat dikaji. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1, 4-9 dilanjutkan.

Diagnosis keperawatan 3: Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan fungsi empedu dan fungsi hati. **Jam 13.30,S** :orang tua (ibu) mengatakan mata dan kulit anaknya berwarna kuning, anaknya BAB berwarna coklat kehitaman dan BAB warna kuning kecoklatan, anaknya diantar ke rumah sakit karena mengalami mimisan berulang. **O:** tampak sclera mata ikterik (kuning), tampak kulit anak berwarna kuning (jaundis), tampak urine anak berwarna kuning kecoklatan, dan faeces anak berwarna coklat kehitaman, pada perabaan terdapat pembesaran hepar, bilirubin direk meningkat : 6.4 mg/dl (Nilai normalnya 0,1-0,3 mg/dl, bilirubin indirek meningkat : 10,30 mg/dl (Nilai normalnya 0,2-0,7 mg/dl), albumin 2,4 (Nilai normalnya 3,5-5,2 mg/dl), trombosit : 144 (Nilai normalnya 181-521 10^3 /ul), PT (Waktu Trombin) 51,4 (Nilai normalnya 10,8-14,4mmol/L,), hemoglobin 9,3 gr% (10,8-15,6 gr%), jumlah Lekosit 7,17 % (Nilai normalnya 4,50-13,50 %), hasil USG terdapat pembesaran hati. **A** : Risiko Perdarahan masihbisa terjadi. **P** : Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan

Evaluasi hari ketiga tanggal 29 Mei 2019 **Diagnosa 1:** Nyeri kronis yang berhubungan dengan gangguan metabolik. Jam 13.00, **S:** Orang tua (ibu) mengatakan sering mengeluh sakit dibagian perut kanan, **O:** Adanya nyeri tekan, tampak wajah anak meringis kesakitan saat dipalpasi, skala nyeri 3, tampak perut anak sedikit membesar, ingkar perut 30 cm. **A:** Masalah teratasi sebagian. **P:** Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan. **Diagnosa 2:** kerusakan integrites kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek). Jam 13.15, **S:** Orang tua (ibu) mengatakan anaknya mengalami gatal-gatal pada seluruh badan, anaknya sering menggaruk badannya sampai luka, kulit anaknya berubah, dulunya kulit terang sekarang kehitaman. **O:** Tampak kulit anak bercak-bercak bekas garukan dan luka-luka pada lipatan-lipatan belakang lutut, tampak anak menggaruk-garuk badannya

saat dikaji. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi nomor 1, 4-9 dilanjutkan. **Diagnosa keperawatan 3:** Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan fungsi empedu dan fungsi hati. **Jam 13.30, S:** Orang tua (ibu) mengatakan mata dan kulit anaknya berwarna kuning, anaknya BAB berwarna coklat kehitaman dan BAB warna kuning kecoklatan, anaknya diantar ke rumah sakit karena mengalami mimisan berulang. **O:** Tampak sclera mata ikterik (kuning), tampak kulit anak berwarna kuning (jaundis), tampak urine anak berwarna kuning kecoklatan, dan faeces anak berwarna coklat kehitaman, pada perabaan terdapat pembesaran hepar, bilirubin direk meningkat : 6,4 mg/dl (Nilai normalnya 0,1-0,3 mg/dl, bilirubin indirek meningkat : 10,30 mg/dl (Nilai normalnya 0,2-0,7 mg/dl), albumin 2,4 (Nilai normalnya 3,5-5,2 mg/dl), trombosit : 144 (Nilai normalnya 181-521 10^3 /ul), PT (Waktu Trombin) 51,4 (Nilai normalnya 10,8-14,4mmol/L,), hemoglobin 9,3 gr% (10,8-15,6 gr%), jumlah Lekosit 7,17 % (Nilai normalnya 4,50-13,50 %), hasil USG terdapat pembesaran hati. **A:** Risiko perdarahan masih bisa terjadi. **P:** Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan

3.2 Pembahasan

Pada bagian ini membuat pembahasan mengenai adanya kesenjangan antara teori dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 sampai dengan 29 Mei 2019 di ruangan Kenanga RSUD Prof.DR. W.Z. Yohannes Kupang. Pembahasan yang dimaksud adalah meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Pengkajian

Menurut Sodikin (2011) pada pengkajian biasanya ditemukan data subjektif dan obyektif pada pasien dengan kolestasis antara lain : biasanya nafsu makan menurun, frekuensi makan biasanya normal tetapi porsi sering tidak dihabiskan, pola eliminasi BAB dan BAK teratur, namun terdapat perubahan warna pada tinja dan urine, gatal gatal pada seluruh tubuh (pruritus), adanya riwayat tanda-tanda

infeksi dahulu pada ibu, ibu pernah mengkonsumsi obat-obatan yang dapat meningkatkan ikterus pada bayi, adanya riwayat keluarga yang menderita kolestasis. Pemeriksaan fisik abdomen antara lain: 1) inspeksi : tampak keadaan wajah pasien pucat, kulit dan mata kuning, ada pembesaran pada hati, warna rambut hitam, kering dan bersih, tidak mudah dicabut, mata tidak cekung, seluruh tubuh pasien ada bekas garukan karena gatal-gatal atau bahkan ada luka-luka kecil, adanya pembesaran pada hati, nyeri tekan positif, dinding perut mengeras dan kembung, dan tidak terdapat pembesaran limpa. Pemeriksaan laboratorium biasanya: bilirubin direk dan indirek, massa protrombin meningkat dan metabolisme protein albumin dan trombosit menurun.

Pada kasus nyata yang dialami An. M. I. mengalami sakit yang sedang, dan data yang ditemukan yaitu : Orang tua (ibu) mengatakan mata dan kulit anaknya berwarna kuning buang air besar (BAB) berwarna coklat kehitaman, buang air kecil (BAB) warna kuning kecoklatan, mengalami gatal-gatal pada seluruh badan, sering menggaruk badannya sampai luka, kulit anaknya berubah, dulunya kulit terang sekarang kuning kehitaman, sering mengeluh sakit dibagian perut kanan, nyeri tekan positif dan terdapat pembesaran hati. Pola makan teratur, napsu makan baik, orang tua pasien mengatakan anaknya menghabiskan porsi makan yang diberikan. Bilirubin direk meningkat (6.4 mg/dl), bilirubin indirek meningkat (10,30 mg/dl), albumin menurun (2,4), trombosit menurun (144), PT (Waktu Trombin) meningkat (51,4).

Berdasarkan hasil tersebut diatas ditemukan banyak kesesuaian data dan sedikit ketidaksesuaian data antara teori dan kasus nyata yang dialami oleh an. M. I. Ketidaksesuaiannya antara lain : pada teori napsu makan berkurang dan sedangkan pada kasus nyata yang dialami an. M. I. saat dikaji dan dilakukan pemeriksaan, napsu makannya baik, porsi yang disajikan dihabiskan dan kadang porsinya ditambah, Berat badan 17 kg, tinggi badan 106 cm, IMT : 20,4 dan status gizi baik.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan memungkinkan perawat untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah di kelompokkan, selain itu juga digunakan untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Sodikin (2011).

Berdasarkan Sodikin (2011) terdapat tujuh (7) diagnosa keperawatan pada kasus kolestasis antara lain : 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. 2) Hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme, proses penyakit (inflamasi). 3) Risiko 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) Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan fungsi empedu dan hati. 7) Kurang pengetahuan tentang penyakit, prognosa, pengobatan berhubungan dengan salah interpretasi informasi

Berdasarkan kasus nyata yang dialami oleh anak M. I. yaitu penulis hanya menemukan tiga (3) diagnosa keperawatan antara lain: 1) Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan metabolik. 2) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (daya gesek). 3) Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan fungsi empedu dan fungsi hati. Sedangkan empat (4) diagnosa keperawatan lainnya tidak ditemukan pada kasus nyata karena tidak ada tanda dan gejala untuk ditegakkan diagnose keperawatan tersebut.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan NOC & NIC (2013), perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan. Diharapkan perawat mampu memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, dan menulis dan mendokumentasikan rencana keperawatan. Menurut teori intervensi yang dilakukan untuk tiga (3) diagnose

keperawatan antara lain : 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (PQRST). 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 3) Ajarkan tentang teknik non farmakologi. 5) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri. 4) Lakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi terjadinya kerusakan integritas kulit. 5) Tentukan penyebab dari terjadinya kerusakan integritas kulit. 6) Hindari kerutan pada tempat tidur. 7) Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan, 8) Monitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien. 2) Monitor tanda dan gejala perdarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi), 9) Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan. 10) Anjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K.

Pada kasus An. M. I. dengan kolestasis, tiga (3) masalah keperawatan yang berurutan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yaitu nyeri kronis berhubungan dengan gangguan metabolik, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (daya gesek) dan risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan fungsi empedu dan fungsi hati, semua intervensi sudah dilaksanakan sesuai dengan teori.

Berdasarkan uraian tersebut diatas penulis menarik kesimpulan bahwa tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang dialami an. M. I.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Ngastiyah, 2005).

Pada hari senin, 27 Mei 2019 di lakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa keperawatan nyeri kronis berhubungan dengan gangguan metabolik, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek) dan risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan fungsi empedu dan fungsi hati

pada an. M. I. dengan diagnosa medis kolestasis yaitu: 1) Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **P:** Pada saat ditekan dan tertekuk, **Q:** Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, **R:** Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan, **S:** Skala nyeri 3 (dengan menggunakan angka 0-10), **T:** Nyeri dirasakan sewaktu-waktu. 2) Mengoservasi tanda-tanda vital. 3) Menentukan penyebab dari terjadinya kerusakan integritas kulit karena sering digaruk secara paksa sehing menyebabkan permukaan kulit jadi luka. 4) Mengoleskan minyak/baby oil pada derah yang gatal. 5) Memonitor tanda dan gejala pendarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi, 6) Menganjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K. 7) Melayani terapi vitamin K 1 x 10 mg/oral.

Pada implementasi tersebut penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana semua intervensi yang sudah direncanakan dapat dilaksanakan sesuai dengan yang diharapkan

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Ngastiyah (2005) evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan kriteria yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan rasa nyaman nyeri, kerusakan integritas kulit dan risiko perdarahan. Evaluasi yang diharapkan sebagian sesuai teori dan sebagian tidak sesuai dengan teori. Yang sesuai dengan teori antara lain nyeri terkontrol atau berkurang dan pasien tidak mengalami perdarahan, sedangkan yang tidak sesuai dengan teori yaitu kerusakan integritas kulit dimana tanda dan gejala tidak berubah selama dalam perawatan.

Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 27-29 Mei 2019, pasien masih merasa gatal-gatal pada seluruh badan, dan kadar bilirubin direk dan indirek masih tinggi seperti semula, albumin dan trombosit masih dalam keadaan tidak normal (rendah). Hal ini disebabkan karena fungsi cairan empedu dan hati yang belum tuntas penanganannya.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Studi kasus ini hanya di lakukan pada 1 pasien saja tanpa harus membandingkan dengan klien yang lain dengan kasus yang sama, karena kasus ini merupakan kasus yang langka dimana tidak ada kasus yang sama yang dirawat di ruangan Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, sehingga penulis tidak dapat menggambarkan dan membandingkan masalah keperawatan pasien kolestasis yang diambil sebagai studi kasus dengan pasien lainnya, serta kurang efektifnya waktu studi kasus.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Dari hasil studi kasus yang telah menguraikan tentang Asuhan Keperawatan pada An. M. I. dengan kolestasis di ruang Kenanga RSUD. PROF. Dr. W. Z. Johannes Kupang, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

4.1.1 Pengkajian pada kasus An. M. I. dengan kolestasis yaitu keluhan utama :

Orang tua (ibu) mengatakan mata dan kulit anaknya berwarna kuning buang air besar (BAB) berwarna coklat kehitaman, buang air kecil (BAB) warna kuning kecoklatan, mengalami gatal-gatal pada seluruh badan, sering menggaruk badannya sampai luka, kulit anaknya berubah, dulunya kulit terang sekarang kuning kehitaman, sering mengeluh sakit dibagian perut kanan, bilirubin direk : 10,30 mg/dl, bilirubin indirek : 6.4 mg/dl, Albumin 2,4, Trombosit : 144, PT (Waktu Trombin) 51,4 mmol/L.), HB 9,3 gr% dan jumlah lekosit 7,17 %.

4.1.2 Diagnosa keperawatan, yang muncul yaitu: 1) Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan metabolik, 2) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (daya gesek) dan 3) Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan fungsi empedu dan fungsi hati.

4.1.3 Intervensi keperawatan ditetapkan yaitu: **Diagnosa 1:** Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan metabolik: 1) Lakukan pengkajian nyeri, 2) Ajarkan teknik napas dalam. **Diagnosa 2:** Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (daya gesek): 1) Lakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi terjadinya kerusakan integritas kulit. 2) Anjurkan orang tua pasien untuk jaga kebersihan kulit anaknya agar tetap bersih dan kering. 3) Anjurkan orang tua untuk mandikan pasien dengan sabun dan air hangat. **Diagnosa 3:** Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan fungsi empedu dan fungsi hati: 1) Monitor tanda dan gejala pendarahan menetap, 2)

Anjurkan pasien dan orang tua untuk menghindari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan. 3) Anjurkan pada orang tua memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K.

4.1.4 Implementasi keperawatan antara lain: **Diagnosa 1:** Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan metabolik: 1) Melakukan pengkajian nyeri, 2) Mengajarkan teknik napas dalam. **Diagnosa 2:** Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (daya gesek): 1) Melakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi terjadinya kerusakan integritas kulit. 2) Menganjurkan orang tua pasien untuk jaga kebersihan kulit anaknya agar tetap bersih dan kering. 3) Menganjurkan orang tua untuk memandikan pasien dengan sabun dan air hangat. **Diagnosa 3:** Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan fungsi empedu dan fungsi hati: 1) Memonitor tanda dan gejala perdarahan menetap, 2) Menganjurkan pasien dan orang tua untuk menghindari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan.. 3) Menganjurkan pada orang tua memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K.

4.1.5 .Evaluasi yang dilakukan dengan menggunakan metode *subjektif, Objektif, Assesment* dan *Planning* (SOAP), dan hasil yang didapatkan pada anak M.I. antara lain nyeri berkurang, masih mengalami gatal-gatal dan luka, risiko perdarahan tidak terjadi.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Pasien

Diharapkan pasien mendapatkan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhannya.

4.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan adanya literature yang berkaitan dengan kasus yang ditemukan khususnya kolestasis sehingga mempermudah penulis dalam proses pembelajaran lebih lanjut.

4.2.3 Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat memahami asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada pasien kolestasis dan dapat mengaplikasikannya di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Arvin, Kliegman Behrman. 2012. *Nelson Ilmu Keperawatan Anak ed. 15, alih bahasa Indonesia*, A.Samik Wahab.Jakarta: EGC.
- Arief, Sjamsul. 2010. *Deteksi dini kolestasis neonatal. Divisi Hepatologi Bagian Ilmu Kesehatan Anak*. FK UNAIR. Surabaya
- Bulecchek. G. 2013. *Nursing Interventions Clasification (NIC). Edisi Keenam*. Elservers. Singapura
- Departemen Kesehatan, 2011. *Buku Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk Buku 1 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.
- Moorhead. S. 2013. *Nursing Outcome Clasification (NOC). Edisi Kelima*. Elservers. Singapura
- NANDA International. 2015. *Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta : EGC
- 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 1*. Jakarta: Pengurus Pusat Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Sodikin. 2011. *Asuhan Keperawatan Anak Gangguan Gastrointestinal dan Hepatobillier*. Jakarta : Salemba Medika
- Sudoyo Aru. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi 4*. Balai Penerbit FKUI. Jakarta
-, 2019. *Register Medis Ruangan Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang*, Bulan Januari sampai dengan Bulan Mei.

DAFTAR LAMPIRAN

1. Jadwal Kegiatan Ujian Akhir Program
2. Pengkajian Asuhan Keperawatan di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
3. Lembaran Konsultasi

Lampiran 1



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : ADRIANUS MAUK
NIM : PO. 530320116335

I. IDENTITAS :

Nama Pasien : An. M. I.
Ruang/Kamar : Kenanga / B1
Diagnosa Medis : Kolestasis + Sirosis Hepatis
No. Medical Record : 51 30 75
Tanggal Pengkajian : 27 - 05 - 2019 Jam : 09.00
Masuk Rumah Sakit : 26 - 05 - 2019 Jam : 03.00

Identitas Pasien

Nama Pasien : An. M. I. Jenis Kelamin : Laki
Umur/Tanggal Lahir : 6 Tahun/03-07- 2012 Status Perkawinan : -
Agama : Kristen Protestan Suku Bangsa : Sabu
Pendidikan Terakhir : Paud Pekerjaan : Pelajar
Alamat : Sabu

Identitas Penanggung

Nama : Tn. Y. I. Pekerjaan : Tani
Jenis Kelamin : Laki - laki Hubungan dengan klien : Ayah
Alamat : Sabu
Keadaan Umum : Sakit berat.

II. KELUHAN UTAMA :

Dirujuk ke Kupang : Karena mimisan berulang

Keluhan utama saat dikaji : Mata kuning dan badan gatal-gatal

Keluhan sekarang : Orang tua (ibu) mengatakan mata dan kulit anaknya berwarna kuning buang air besar (BAB) berwarna coklat kehitaman, buang air kecil (BAB) warna kuning kecoklatan, mengalami gatal-gatal pada seluruh badan, sering menggaruk badannya sampai luka, kulit anaknya berubah, dulunya kulit terang sekarang kuning kehitaman, sering mengeluh sakit dibagian perut kanan. Tampak

hepar membesar, ada nyeri tekan saat dipalpasi, wajah meringis kesakitan, ds kala nyeri 3, perut anak sedikit membesar, lingkar perut 30 cm

Orang tua (ibu) mengatakan anaknya dulu lahir baik-baik saja dengan berat badan lahir 3 kg (3000mg). Mulai umur enam bulan mengalami sakit tetapi hanya batuk, pilek, demam dan setelah berobat anaknya sembuh. Sakit yang lain tidak pernah dialami oleh anaknya. Anaknya saat masuk rumah sakit mimisan berulang dan demam. Orang tua anak mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit kuning seperti yang dialami oleh anaknya, maupun penyakit yang lainnya.

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 90/50 mmHg - Nadi : 96x/ m
- Pernapasan : 28x/m - Suhu : 36,4°C

III. RIWAYAT KEHAMILAN DAN KELAHIRAN

1. Prenatal

Tempat pemeriksaan kehamilan : Puskesmas seba

Frekuensi pemeriksaan kehamilan : > 4 kali

Sakit yang diderita : tidak ada

2. Intranatal

Tempat Persalinan : Puskesmas seba

Tenaga penolong : Bidan

Jenis persalinan : spontan SC, force induksi

Usia kehamilan : 40 minggu BB lahir : 3000 mg

Apgar score : tidak tahu, Panjang badan lahir : tidak tahu

Menangis : ya tidak , Nilai apgar : - Jaundice : ya tidak

3. Postnatal

Lama mendapat ASI : 2 tahun

Usia mendapatkan MP ASI : 6 bulan 1 hari

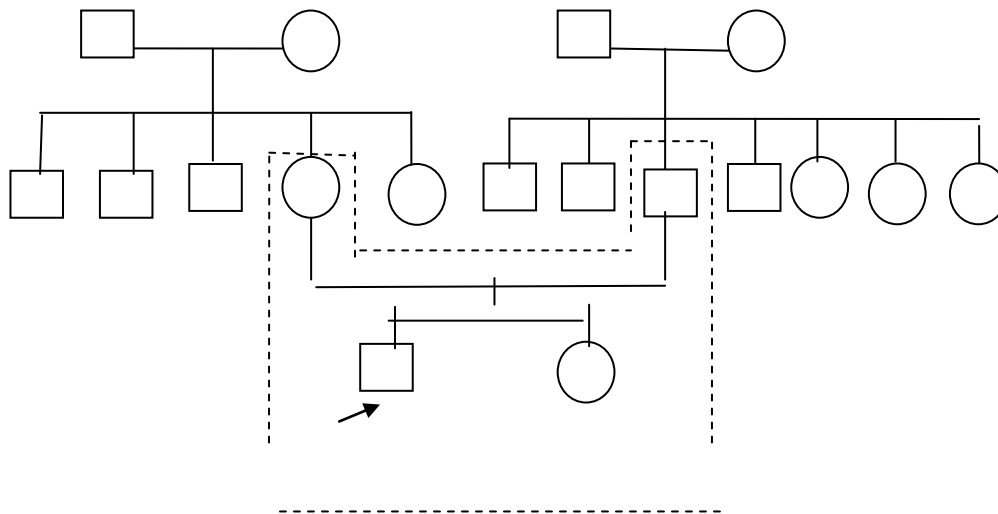
IV. RIWAYAT MASA LAMPAU

1. Penyakit waktu kecil : Sejak umu 6 bulan sering mengalami sakit, batuk, pilek dan demam.
2. Pernah dirawat di rumah sakit : pernah dirawat di Sumba
3. Obat-obatan yang digunakan : tidak tahu nama obat
4. Tindakan operasi : tidak ada

5. Alergi : tidak ada
6. Kecelakaan : tidak ada
7. Imunisasi dasar : HB 0 HB 1 HB 2 HB 3 BCG
 DPT 1 DPT 2 DPT 3 Campak
 Polio 1 Polio 2 Polio 3 Polio 4

V. RIWAYAT KELUARGA : Orang tua anak mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit kuning seperti yang dialami oleh anaknya, maupun penyakit yang lainnya.

Genogram Keluarga:



Keterangan: : Laki-laki hidup

Pasien

: Perempuan hidup

----- : Tinggal Serumah

VI. RIWAYAT SOSIAL

1. Orang tua yang mengasuh : orang tua kandung
2. Hubungan dengan anggota keluarga : baik
3. Hubungan anak dengan teman sebaya : baik
4. Pembawaan secara umum : baik

5. Lingkungan rumah : bersih

VII. KEBUTUHAN DASAR

1. Nutrisi

Makanan yang disukai/tidak disukai : Semua jenis makan disukai kecuali sayur-sayuran

Selera : baik, porsi yang disajikan dihabiskan

Alat makan yang digunakan : piring, sendok gelas.

Pola makan/ jam : teratur / jam 06.00-07.00, 12.00-13.00, 18.00-19.00.-

2. Istirahat dan tidur

Pola tidur : baik

Kebiasaan sebelum tidur (perlu mainan, dibacakan cerita, benda yang dibawa saat tidur, dan lain-lain) : tidak ada

Jam tidur siang dan lama tidur : 13.00 wita dan 1 – 1,5 jam

Jam tidur malam dan lama tidur : 21.00 wita dan 7 – 8 jam, dan sering terbangun diantara waktu tidur saat timbul gatal-gatal.

3. Personal hygiene :

Mandi : 2-3 kali sehari Keramas : setiap kali mandi

Sikat gigi : 2 kali sehari Gunting kuku : Jarang dilakukan

4. Aktivitas bermain : baik dan sering dibatasi oleh orang tua

5. Eliminasi (urine & bowel) : Inacar dan tidak ada gangguan : BAK 4-6 kali sehari berwarna kuning tua, BAB : 1-2 kali berwarna kuning pucat.

VIII. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

1. Tindakan operasi : tidak ada

2. Status nutrisi : baik

3. Status cairan : baik (kebutuhan cairan 1.350 ml/24 jam)

4. Obat yang didapat : vitamin C 2x50 mg, B complex 2x50 mg, vitamin K 1x10 mg, IVFD 0,5 ½ NS 1350/24 jam

5. Aktivitas : baik
6. Pemeriksaan penunjang meliputi :
 - a. Laboratorium (tanggal/jam) :

Dilakukan pada tanggal 26 Mei 2019 antara lain :

 - 8) Bilirubin direk : 6.4 mg/dl (Nilai normalnya 0,1-0,3 mg/dl).
 - 9) Bilirubin indirek : 10,30 mg/dl (Nilai normalnya 0,2-0,7 mg/dl).
 - 10) Albumin 2,4 (Nilai normalnya 3,5-5,2 mg/dl).
 - 11) Trombosit : 144 (Nilai normalnya 181-521 10^3 /ul).
 - 12) PT (Waktu Trombin) 51,4 (Nilai normalnya 10,8-14,4 mmol/L,).
 - 13) HB 9,3 gr% (10,8-15,6 gr%)
 - 14) Jumlah Lekosit 7,17 % (Nilai normalnya 4,50-13,50 %).
 - b. Radiologi (tanggal/jam) :

USG : Hasilnya terdapat pembesaran hati
7. Dampak hospitalisasi : Keluarga mengatakan dokter sudah menjelaskan semua tentang keadaan anak kami, dan menurut keluarga dia baik saja. Kami percaya Tuhan karena kita Tuhan yang atur. Anaknya tidak mempengaruhi lingkungan rumah sakit

IX. PEMERIKSAAN FISIK :

1. Keadaan umum : baik, kesadaran compos mentis
2. Tinggi badan : 106 cm, berat badan saat ini : 17 kg, berat badan sebelum sakit 17 kg, berat badan ideal :- kg, status gizi : kurang normal gemuk, IMT : 20,4 (normalnya : 18 – 25,5)
3. Kepala :

Lingkar kepala : 31 cm Hidrosefalus : ya tidak

Ubun-ubun anterior : datar

Ubun-ubun posterior : datar

4. Leher : kaku kuduk : ya tidak
Pembesaran limfe : ya tidak
5. Mata :
Konjungtiva : anemis merah muda
Sklera : Sclera : putih ikterik kemerahan
6. Telinga : bersih kotor simetris : ya tidak
Gangguan pendengaran : ya tidak
Sekresi atau serumen : ya tidak, Nyeri : ya tidak
7. Hidung : Sekret : ya tidak
8. Mulut : Mukosa : lembab kering kotor sariawan
Lidah : lembab kering kotor jamur
Gigi : bersih kotor karies
9. Dada : simetris. Lingkar dada : 33 cm.
10. Jantung : Normal tidak ada murmur (suara jantung abnormal)
11. Paru-paru : Normal (tidak ada suara paru abnormal)
12. Abdomen : lembek kembung tegang, : lingkar perut : 30 cm
Bising usus : ya tidak, frekuensi 26 kali/menit.
Mual : ya tidak
Muntah : ya tidak, frekuensi :x
13. Genitalia : Laki-laki : prepetium : bersih tidak pimosis
prepetium : ya tidak
Skrotum : testis kana/kiri : ya tidak
Pemasangan kateter : ya tidak
Sirkumsisi : ya tidak

14. Anus : Normal (ada lubang anus)

15. Ekstremitas :

Pergerakan sendi : bebas terbatas lain-lain

Berjalan : normal tidak normal

Kekuatan otot : normal tidak normal

Fraktur : ya tidak

Ketrampilan motorik : baik tidak

X. INFORMASI LAIN :

1. Pengetahuan orang tua : Baik, dimana orang tua mengatakan bahwa sudah menerima keadaan anaknya, dan satu-satunya yang diharapkan hanya kemuraha Tuhan. Pemahaman orang tua sangat baik.
2. Persepsi orang tua terhadap penyakit anaknya :
Orang tua mengatakan pasrah kepada uhan saja.

A. DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN NANDA (2015-2017)

1. Analisa Data

DATA –DATA PENUNJANG	ETIOLOGI	PROBLEM
S : 1. Orang tua (ibu) mengatakan anaknya mengalami gatal-gatal pada seluruh badan 2. Anaknya sering menggaruk badannya sampai luka 3. Kulit anaknya berubah, dulunya kulit terang sekarang kehitaman O: 1. Tampak kulit anak bercak-bercak bekas garukan dan luka-luka pada lipatan-lipatan belakang lutut 2. Tampak anak menggaruk-garuk badannya saat dikaji	Faktor mekanik (Daya gesek)	Domain 11 : Keamanan/Perlindungan Kelas 2 : Cedera Fisik Kode 00046 : Kerusakan integritas kulit
S : 1. Orang tua (ibu) mengatakan mata dan kulit anaknya berwarna kuning 2. Anaknya BAB berwarna coklat kehitaman dan	Gangguan fungsi empedu dan fungsi hati	Domain 11 : Keamanan/Perlindungan

<p>BAB warna kuning kecoklatan</p> <p>3. Anaknya diantar ke rumah sakit karena mengalami mimisan berulang</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak sclera mata ikterik (kuning), 2. Tampak kulit anak berwarna kuning (jaundis), 3. Tampak urine anak berwarna kuning kecoklatan, dan faeces anak berwarna coklat kehitaman 4. Pada perabaan terdapat pembesaran hepar 5. Bilirubin direk meningkat : 6.4 mg/dl (Nilai normalnya 0,1-0,3 mg/dl) 6. Bilirubin indirek meningkat : 10,30 mg/dl (Nilai normalnya 0,2-0,7 mg/dl) 7. Albumin 2,4 (Nilai normalnya 3,5-5,2 mg/dl) 8. Trombosit : 144 (Nilai normalnya 181-521 10^3/ul) 9. PT (Waktu Trombin) 51,4 (Nilai normalnya 10,8-14,4 mmol/L,) 10. Hemoglobin 9,3 gr% (10,8-15,6 gr%) 11. Jumlah Lekosit 7,17 % (Nilai normalnya 4,50-13,50 %), 12. Hasil USG terdapat pembesaran hati 		<p>Kelas 2 : Cedera Fisik</p> <p>Kode 00206 : Risiko Perdarahan</p>
<p>S : Orang tua (ibu) mengatakan anaknya sering mengeluh sakit dibagian perut kanan</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya nyeri tekan 2. Tampak wajah anak meringis kesakitan saat dipalpasi 3. Skala nyeri 3 4. Tampak perut anak sedikit membesar 5. Lingkar perut 30 cm 	<p>Gangguan Metabolik</p>	<p>Domain 12 : Kenyamanan</p> <p>Kelas 1 : Kenyamanan fisik</p> <p>Kode 00133 : Nyeri Kronis</p>

2. Prioritas Diagnosa Terpilih

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan metabolic.
- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek).
- c. Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan metabolic.

B. INTERVENSI KEPERAWATAN BERDASARKAN NOC & NIC EDISI KE-5

DIAGNOSA KEPERAWATAN	UJUAN & KRITERIA HASIL (NOC)	INTERVENSI KEPERAWATAN (NIC)
<p>Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan metabolik</p>	<p>Goal : Pasien akan mempertahankan rasa nyaman nyeri selama dalam perawatan.</p> <p>Obyektif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri terkontrol</p> <p>Domain 4 : Pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku Kelas Q : Perilaku sehat</p> <p>Kode 1605 : Kontrol nyeri yaitu tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri, meningkat dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan)</p> <p>Indikator/Outcome : 160502 : Mengenali kapan nyeri Terjadi 160501 : Menggambarkan faktor penyebab 160504 : Menggunakan tindakan penanganan nyeri tanpa analgesik 160505 : Menggunakan analgesik yang telah direkomendasikan 160511 : Melaporkan nyeri yang terkontrol 160513 : Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri kepada professional kesehatan</p>	<p>Domain 1 : Fisiologis Dasar</p> <p>Kelas E : Peningkatan kenyamanan fisik</p> <p>Kode 1400 : Manajemen nyeri, yaitu pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien</p> <p>Aktivitas-aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus 2. Observasi tanda-tanda vital 3. Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan 4. Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5. Ajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri 6. Anjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri 7. Kolaborasi pemberian terapi analgetik

<p>Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik (daya gesek)</p>	<p>Goal : Pasien akan meningkatkan integritas kulit yang normal selama dalam perawatan.</p> <p>Obyektif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas jaringan kulit baik</p> <p>Domain 2 : Kesehatan Fisiologis</p> <p>Kelas L : Integritas Jaringan</p> <p>Kode 1101 : Integritas jaringan kulit dan membrane mukosa, yaitu : keutuhan struktur dan fungsi fisiologis kulit dan selaput lendir secara normal, meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu).</p> <p>Indikator/Outcome : 110106 : Keringat 110108 : Tekstur 110113 : Integritas kulit 110115 : Lesi pada kulit 110119 : Pengelupasan kulit 110120 : Penebalan kulit 110123 : Nekrosis</p>	<p>Domain 2 : Fisiologis Kompleks (Lanjutan) Kelas L : Manajemen Kulit/Luka</p> <p>Kode 3550 : Manajemen Pruritis E, yaitu Pencegahan dan pengobatan terhadap gatal-gatal.</p> <p>Aktivitas-aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi terjadinya kerusakan integritas kulit 2. Tentukan penyebab dari terjadinya kerusakan integritas kulit 3. Anjurkan orang tua pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar pada anak 4. Hindari kerutan pada tempat tidur 5. Anjurkan orang tua pasien untuk jaga kebersihan kulit anaknya agar tetap bersih dan kering 6. Monitor kulit akan adanya kemerahan 7. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan 8. Anjurkan orang tua untuk mandikan pasien dengan sabun dan air hangat 9. Anjurkan orang tua dan anaknya untuk selalu memperhatikan kebersihan kuku anaknya dan kuku selalu digunting kalau panjang 10. Kolaborasi pemberian obat anti histamin
--	---	---

<p>Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan metabolic</p>	<p>Goal : Pasien akan terhindar dari risiko perdarahan selama dalam perawatan.</p> <p>Obyektif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan risiko infeksi tidak terjadi</p> <p>NOC : Domain 4 : Pengetahuan tentang Kesehatan dan Perilaku Kelas T : Kontrol risiko dan keamanan Kode 1092: Kontrol risiko yaitu tindakan individu untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau mengurangi, ancaman kesehatan yang telah dimodifikasi, meningkat dari 2 (Jarang menunjukkan) menjadi 4 (Sering menunjukkan)</p> <p>Indikator/Outcome : 190220 : Mengidentifikasi factor risiko 190201 : Mengenali factor risiko individu 190203 : Memonitor factor risiko individu 190208 : Memodifikasi gaya hidup untuk mengurangi factor risiko 190216 : Mengenali perubahan status kesehatan 190216 : Memonitor perubahan status kesehatan</p>	<p>Domain 2 : Fisiologis Kompleks (Lanjutan) Kelas N : Manajemen Perfusi Jaringan</p> <p>Kode 4010 : Pencegahan Perdarahan yaitu : Pengurangan stimulus yang dapat menyebabkan perdarahan atau pendarahan pada pasien yang berisiko</p> <p>Aktivitas-aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien 2. Monitor tanda dan gejala pendarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi) 3. Pertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif 4. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 5. Anjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K 6. Instruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tandan perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan
--	--	--

C. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAP

HARI PERTAMA (1)

O. DX. KEP.	HARI/ TGL/ JAM	PELAKSANAAN KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN (SOAPIE)
1	<p>Senin, 27 Mei 2019</p> <p>08.00</p> <p>08.30</p> <p>08.40</p> <p>08.50</p> <p>09.00</p> <p>09.15</p>	<p>1. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi :</p> <p>P : Pada saat ditekan dan tertekuk</p> <p>Q : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan</p> <p>S : Skala nyeri 3 (Dengan menggunakan angka 0-10)</p> <p>T : Nyeri dirasakan sewaktu-Waktu</p> <p>2. Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>3. Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknya manan yaitu : sering memegang daerah tumit kaki bagian kiri dan kanan</p> <p>4. Memberikan informasi kepada orang tua pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya radang pada hati yang dapat menyebabkan sakit.</p> <p>5. Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam</p> <p>6. Menganjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri misalnya jangan menekan daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik</p>	<p>Jam 13.00</p> <p>S :</p> <p>Orang tua (ibu) mengatakan sering mengeluh sakit dibagian perut kanan</p> <p>O:</p> <p>1. Adanya nyeri tekan</p> <p>2. Tampak wajah anak meringis kesakitan saat dipalpasi</p> <p>3. Skala nyeri 3</p> <p>4. Tampak perut anak sedikit membesar</p> <p>Lingkar perut 30 cm</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan</p>

2	<p>09.25</p> <p>09.30</p> <p>09.40</p> <p>09.50</p> <p>10.00</p> <p>10.05</p> <p>10.10</p> <p>10.15</p> <p>10.20</p>	<p>1. Melakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi terjadinya kerusakan integritas kulit</p> <p>2. Menentukan penyebab dari terjadinya kerusakan integritas kulit karena sering digaruk secara paksa sehing menyebabkan permukaan kulit jadi luka</p> <p>3. Menganjurkan orang tua pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar pada anak</p> <p>4. Memperbaiki kerutan pada tempat tidur</p> <p>5. Menganjurkan orang tua pasien untuk jaga kebersihan kulit anaknya agar tetap bersih dan kering</p> <p>6. Memonitor kulit akan adanya kemerahan</p> <p>7. Mengoleskan minyak/baby oil pada daerah yang gatal</p> <p>8. Menganjurkan orang tua untuk mandikan pasien dengan sabun dan air hangat</p> <p>9. Menganjurkan orang tua dan anaknya untuk selalu memperhatikan kebersihan kuku anaknya dan kuku selalu digunting kalau panjang</p>	<p>Jam 13.15</p> <p>S :</p> <p>1. Orang tua (ibu) mengatakan anaknya mengalami gatal-gatal pada seluruh badan</p> <p>2. Anaknya sering menggaruk badannya sampai luka</p> <p>3. Kulit anaknya berubah, dulunya kulit terang sekarang kehitaman</p> <p>1. Tampak kulit anak bercak-bercak bekas garukan dan luka-luka pada lipatan-lipatan belakang lutut</p> <p>Tampak anak menggaruk-garuk badannya saat dikaji</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi nomor 1, 4-9 dilanjutkan</p>
3	<p>10.20</p> <p>10.25</p> <p>10.30</p> <p>10.45</p> <p>11.10</p>	<p>1. Memonitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien</p> <p>2. Memonitor tanda dan gejala pendarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi)</p> <p>3. Mempertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif</p> <p>4. Melindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan</p> <p>5. Menganjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K</p>	<p>S :</p> <p>1. Orang tua (ibu) mengatakan mata dan kulit anaknya berwarna kuning</p> <p>2. Anaknya BAB berwarna coklat kehitaman dan BAB warna kuning kecoklatan</p> <p>3. Anaknya diantar ke rumah sakit karena mengalami mimisan berulang</p> <p>O:</p> <p>1. Tampak sclera mata ikterik (kuning),</p> <p>2. Tampak kulit anak berwarna kuning (jaundis),</p>

	11.20	<p>6. menginstruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tandan perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan</p>	<p>3. Tampak urine anak berwarna kuning kecoklatan, dan faeces anak berwarna coklat kehitaman</p> <p>4. Pada perabaan terdapat pembesaran hepar</p> <p>5. Bilirubin direk meningkat : 6.4 mg/dl (Nilai normalnya 0,1-0,3 mg/dl)</p> <p>6. Bilirubin indirek meningkat : 10,30 mg/dl (Nilai normalnya 0,2-0,7 mg/dl)</p> <p>7. Albumin 2,4 (Nilai normalnya 3,5-5,2 mg/dl)</p> <p>8. Trombosit : 144 (Nilai normalnya 181-521 10^3/ul)</p> <p>9. PT (Waktu Trombin) 51,4 (Nilai normalnya 10,8-14,4 mmol/L,)</p> <p>10. Hemoglobin 9,3 gr% (10,8-15,6 gr%)</p> <p>11. Jumlah Lekosit 7,17 % (Nilai normalnya 4,50-13,50 %),</p> <p>12. Hasil USG terdapat pembesaran hati</p> <p>A: Risiko Perdarahan masih bisa terjadi</p> <p>P : Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan</p>
--	-------	---	--

D. CATATAN PERKEMBANGAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAPIE

Hari Kedua (2)

O. DX. KEP.	HARI/TGL JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAPIE)
1	<p>Selasa, 28 Mei 2019</p> <p>08.00</p> <p>08.15</p> <p>08.30</p> <p>08.40</p> <p>08.50</p> <p>09.00</p> <p>09.15</p> <p>13.00</p>	<p>S: Orang tua (ibu) mengatakan sering mengeluh sakit dibagian perut kanan</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya nyeri tekan 2. Tampak wajah anak meringis kesakitan saat dipalpasi 3. Skala nyeri 3 4. Tampak perut anak sedikit membesar 5. Lingkar perut 30 cm <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : <ul style="list-style-type: none"> P : Pada saat ditekan dan tertekuk Q : Nyeri dirasakan tertusuk R : Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan S : Skala nyeri 3 (Dengan menggunakan angka 0-10) T : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu 2. Mengobservasi tanda-tanda vital 3. Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidakhadiran manan yaitu : sering memegang daerah tumit kaki bagian kiri dan kanan 4. Memberikan informasi kepada orang tua pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya radang pada hati yang dapat menyebabkan sakit. 5. Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam 6. Menganjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri misalnya jangan menekan daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orang tua (ibu) mengatakan sering mengeluh sakit dibagian perut kanan 2. Adanya nyeri tekan 3. Tampak wajah anak meringis kesakitan saat dipalpasi 4. Skala nyeri 3 5. Tampak perut anak sedikit membesar 6. Lingkar perut 30 cm

2	09.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orang tua (ibu) mengatakan anaknya mengalami gatal-gatal pada seluruh badan 2. Anaknya sering menggaruk badannya sampai luka 3. Kulit anaknya berubah, dulunya kulit terang sekarang kehitaman <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak kulit anak bercak-bercak bekas garukan dan luka-luka pada lipatan-lipatan belakang lutut 2. Tampak anak menggaruk-garuk badannya saat dikaji <p>Masalah belum teratasi Intervensi nomor 1-9 dilanjutkan</p>
	09.40	1. Melakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi terjadinya kerusakan integritas kulit
	09.50	2. Memperbaiki kerutan pada tempat tidur
	10.00	3. Menganjurkan orang tua pasien untuk jaga kebersihan kulit anaknya agar tetap bersih dan kering
	10.10	4. Memonitor kulit akan adanya kemerahan
	10.20	5. Mengoleskan minyak/baby oil pada daerah yang gatal
	10.30	6. Menganjurkan orang tua untuk mandikan pasien dengan sabun dan air hangat
	10.45	7. Menganjurkan orang tua dan anaknya untuk selalu memperhatikan kebersihan kuku anaknya dan kuku selalu digunting kalau panjang
	13.15	<p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orang tua (ibu) mengatakan anaknya mengalami gatal-gatal pada seluruh badan 2. Anaknya sering menggaruk badannya sampai luka 3. Kulit anaknya berubah, dulunya kulit terang sekarang kehitaman 4. Tampak kulit anak bercak-bercak bekas garukan dan luka-luka pada lipatan-lipatan belakang lutut 5. Tampak anak menggaruk-garuk badannya saat dikaji
3	10.45	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orang tua (ibu) mengatakan mata dan kulit anaknya berwarna kuning 2. Anaknya BAB berwarna coklat kehitaman dan BAB warna kuning kecoklatan 3. Anaknya diantar ke rumah sakit karena mengalami mimisan berulang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak sclera mata ikterik (kuning) 2. Tampak kulit anak berwarna kuning (jaundis) 3. Tampak urine anak berwarna kuning tua 4. Tampak faeces anak berwarna coklat kehitaman

		<p>5. Kadar bilirubin meningkat 6. Pada perabaan terdapat pembesaran hepar Tampak anak tidak mimisan (epistaksis) saat dikaji</p> <p>A : Risiko Perdarahan masih bisa terjadi P : Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien 2. Memonitor tanda dan gejala pendarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi) 3. Mempertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif 4. Melindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 5. Menganjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K 6. Menginstruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tandan perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orang tua (ibu) mengatakan mata dan kulit anaknya berwarna kuning 2. Anaknya BAB berwarna coklat kehitaman dan BAB warna kuning kecoklatan 3. Anaknya diantar ke rumah sakit karena mengalami mimisan berulang 4. Tampak sclera mata ikterik (kuning) 5. Tampak kulit anak berwarna kuning (jaundis) 6. Tampak urine anak berwarna kuning tua 7. Tampak faeces anak berwarna coklat kehitaman 8. Kadar bilirubin meningkat 9. Pada perabaan terdapat pembesaran hepar 10. Tampak anak tidak mimisan (epistaksis) saat dikaji
--	--	--

E. CATATAN PERKEMBANGAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAPIE

Hari Ketiga (3)

O. DX. KEP.	HARI/TGL JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAPIE)
1	Rabu, 29 Mei 2019 08.00	<p>S : Orang tua (ibu) mengatakan anaknya sudah kurang mengeluh sakit dibagian perut kanan</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya nyeri tekan tapi berkurang 2. Tampak wajah anak mulai membaik dan tidak meringis kesakitan saat dipalpasi 3. Skala nyeri 1 4. Tampak perut anak masih sedikit membesar <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan oleh perawat ruangan</p>
2	09.30	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orang tua (ibu) mengatakan anaknya mengalami gatal-gatal pada seluruh badan 2. Anaknya sering menggaruk badannya sampai luka 3. Kulit anaknya berubah, dulunya kulit terang sekarang kehitaman <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak kulit anak bercak-bercak bekas garukan dan luka-luka pada lipatan-lipatan belakang lutut 2. Tampak anak menggaruk-garuk badannya saat dikaji <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-9 dihentikan (Mahasiswa sudah selesai praktek)</p>
3	10.45	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orang tua (ibu) mengatakan mata dan kulit anaknya berwarna kuning 2. Anaknya BAB berwarna coklat kehitaman dan BAB warna kuning kecoklatan 3. Anaknya diantar ke rumah sakit karena mengalami mimisan berulang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak sclera mata ikterik (kuning) 2. Tampak kulit anak berwarna kuning (jaundis) 3. Tampak urine anak berwarna kuning tua 4. Tampak faeces anak berwarna coklat kehitaman

		<p>5. Kadar bilirubin meningkat</p> <p>6. Pada perabaan terdapat pembesaran hepar</p> <p>7. Tampak anak tidak mimisan (epistaksis) saat dikaji</p> <p>A : Risiko Perdarahan masih bisa terjadi</p> <p>P : Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan oleh perawat ruangan</p>
--	--	---



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp :(0380)88002
Fax (0380) 8800256, Email : poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : ADRIANUS MAUK
NIM : PO. 530320116335
NAMA PEMBIMBING : Dr. FLORENTIANUS TAT SKp,M.Kes
NIP. : 196911281993031005

NO.	TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Jum'at, 31 Mei 2019	Konsultasi awal BAB 1 dan BAB 2	<ol style="list-style-type: none">1. Arahan Pembimbing: Supaya hasil studi kasus dikirim via email selama liburan2. Revisi BAB 1: (Latar Belakang, Dampak yang akan terjadi, Peran perawat, Tujuan umum dan Khusus3. Revisi BAB 2 : Perbaiki penulisan kata dan kalimat yang tepat dan Benar	
2.	Sabtu, 01 Juni 2019	Konsultasi cover sampai dengan kata pengantar, Revisi BAB 1 & 2, Konsul tasi awal BAB 3 dan 4	<ol style="list-style-type: none">1. Revisi Cover, lembaran persetujuan, pengesahan, keaslian tulisan dan kata pengantar.2. BAB 1 dan 2 : Perhatikan lagi penulisan kata, tanda baca yang benar3. Revisi BAB 3 & 4: Perhatikan lagi penulisan kata, tanda baca yang benar, Cara pengaturan urutan kalimat yang	

			benar dan sesuai, pada pembahasan langsung pada perbandingan teori dan kasus nyata.	
3.	Selasa, 04 Juni 2019	Konsultasi Revisi cover sampai dengan kata pengantar, Revisi BAB 1 & 2, Revisi BAB 3 dan 4, Konsultasi awal Abstrak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cover, lembaran persetujuan, pengesahan, keaslian tulisan, biodata penulis, kata pengantar di ACC 2. BAB 1 & 2 di ACC 3. BAB 3 & 4 direvisi: Dibaca dan diperhatiakn lagi penulisan kata, kalimat, tanda baca. 4. Abstrak diperbaiki 	
4.	Jum'at, 07 Juni 2019	Revisi BAB 3 dan 4, Revisi Abstrak	<ol style="list-style-type: none"> 1. BAB 3 & 4 direvisi: Perhatiakn lagi penulisan kata, kalimat, tanda baca. Pada bagian penutup diringkas sesuai dengan proses keperawatan yang benar. 2. Abstrak diperbaiki: Latar belakang, tujuan, hasil, kesimpulan dan saran, kata kunci. 	
5.	Sabtu, 08 Juni 2019	Revisi BAB 3 dan 4, Revisi Abstrak	<ol style="list-style-type: none"> 1. BAB 3 & 4 di ACC. 2. Persiapan Ujian sidang 3. Dibuat PPT, dan diprint untuk dikonsultasikan hari Senin (Diringkas 10-12 slide) 4. Abstrak direvisi: perhatikan cara penulisan kata dan kalimat. 	
6.	Senin, 04 Juni 2019	Revisi Abstrak Konsultasi awal daftar isi dan PPT.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abstrak di ACC 2. Daftar isi dan PPT di ACC 3. Siap Ujian sidang hari Rabu 	
7.	Selasa, 04 Juni 2019	Penyerahan makalah kepada dosen penguji I dan II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siap diri untuk ujian sidang Rabu, 12 Juni 2019. 	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp : (0380)88002
Fax (0380) 8800256, Email : poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : ADRIANUS MAUK
NIM : PO. 530320116335
NAMA PEMBIMBING : ABEN B. Y. H. ROMANA, S.Kep., Ns,
M.Kep
NIP. : 196711181989032001

NO.	TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Selasa, 18 Juni 2019	Revisi : Cover luar sampai dengan daftar isi BAB 1, BAB 2, BAB 3 dab BAB 4	1. Revisi BAB 1, 2, 3 & 4: Perhatikan lagi cara penulisan kata, kalimat, tanda baca dan atur spasi sesuai dengan kerangka acuan yang diberikan. 2. Cover sampai dengan daftar isi perhatikan yang perlu di bold dan tidak dibold. 3. BAB 3 pemeriksaan fisik secara lengkap (Head To Toe) 4. Perbaiki saran di BAB 4 5. Perhatikan daftar pustaka harus sesuai.	
2	Kamis, 20 Juni 2019	Revisi : Cover luar sampai dengan daftar isi BAB 1, BAB 2, BAB 3 dab BAB 4	1. Perbaiki abstrak dan saran 2. Setelah itu di bawah ke dosen pembimbing untuk dilihat lagi 3. Persiapan jilid	