

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. S DENGAN
KARDIOMEGALI DI RUANG BAITUL ATHFAL
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :
Siti Mustofiah
NIM. 89.331.2921

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Sabtu

Tanggal : 29 Mei 2010



Semarang, 29 Mei 2010

Pembimbing,

(Ns. Kurnia Wijayanti, S.Kep.)

NIK : 210909016

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada hari Jumat tanggal 4 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim penguji.

Semarang, 4 Juni 2010

Tim Penguji,

Penguji I



(Ns.Kurnia Wijavanti, S.Kep)

NIK : 210909016

Penguji II



(Ns. Indra Tri Astuti, S.Kep)

NIK : 210900009

Penguji III



(Ns. Erna Melastuti, S.kep)

NIK :210900010

MOTTO

1. Hidup adalah anugerah yang telah diberikan oleh ALLAH kepada kita, maka isilah hidup ini dengan hal-hal yang bermanfaat.
2. Jalanilah hidup ini seperti air mengalir, tetapi jangan mudah terhanyut didalamnya.
3. Jangan pernah cukup atas hal yang didapat, belajar dan terus belajar.
4. Jangan pernah mendengar orang lain yang mempunyai kecenderungan negatif ataupun pesimis, karena mereka mengambil sebagian besar mimpimu dan menjauhkannya darimu.....!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!
5. Jadilah orang yang peka terhadap lingkungan sekitar, Jangan menunggu untuk dimintai pertolongan tetapi lebih baik kamu menawarkan diri untuk memberikan pertolongan.

Ya ALLAH lapangkanlah dadaku, dan mudahkanlah untukku urusanku, dan lepaskanlah kekakuan dari lidahku, supaya mereka mengerti perkataanku. (QS Tha ha: 20)

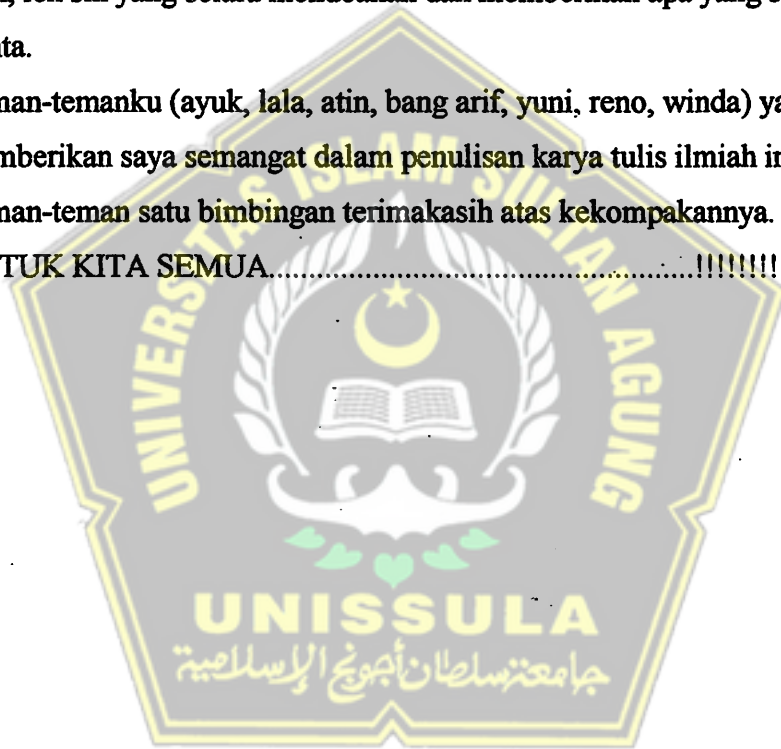
Dan aku menyerahkan urusanku kepada ALLAH. Sesungguhnya ALLAH Maha Melihat akan hamba-hamba-Nya. (QS. Al- Mukmin [40] : 44)

Dan bersabarlah menunggu ketetapan Tuhanmu, maka sesungguhnya kamu berada dalam penglihatan kami, dan bertasbihlah dan memuji Tuhanmu ketika kamu bangun sendiri. (QS : Al – Thur [52] : 48)

Barang siapa bersungguh-sungguh, ia akan berhasil. Dan orang yang terjaga dimalam hari tidak sam dengan orang yang tidur sepanjang malam

PERSEMBAHAN

1. Bapak ibu ku tersayang, terkasih, tercinta yang selalu mencurahkan perhatian dan mendoakan saya selalu.
2. Adik-adikku tersayang yang selalu mendukung , menghibur, dan membantu segala sesuatu yang saya butuhkan. I MISS U FOREVER.....
3. Keluarga besar saya terlebih pada mbah war, mbah karni, mba pik, mba mah, lek sin yang selalu mendoakan dan memberikan apa yang saya minta.
4. Teman-temanku (ayuk, lala, atin, bang arif, yuni, reno, winda) yang selalu memberikan saya semangat dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.
5. Teman-teman satu bimbingan terimakasih atas kekompakannya. SUKSES UNTUK KITA SEMUA.....!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN KARDIOMEGALI PADA AN. A DI RUANG BAITUL ATHFAL RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG “. Penulis menyadari dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis mampu membuat karya tulis ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, Msc, M. Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, selaku ketua Program Studi di D III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Rumah Sakit Islam Sultan Agung, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah penulis peroleh di Kampus, sehingga penulis dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Ibu Ns. Kurnia Wijayanti, S.Kep, selaku pembimbing dalam penyusunan kasus ujian komperhensif.
7. Dosen dan staf pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah banyak membantu dalam pelaksanaan proses belajar-mengajar.
8. Kedua orang tua dan saudara yang telah memberi dukungan moril, materiil dan spiritual sepenuhnya.
9. Kepada teman-teman saya yang telah memberikan hari-hari indah selama kuliah tiga tahun dan dukungan juga semangat dalam penulisan kasus ini.
10. Semua pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan laporan kasus ujian komperhensif baik langsung maupun tidak langsung lain yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari sebagai manusia yang mempunyai keterbatasan pengetahuan dan kekurangan, penelitian ini masih jauh dari sempurna untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun.

Penulis berharap semoga penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Semarang, 29 Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
MOTTO	iv
PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan	2
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR	5
A. Konsep Dasar Penyakit	9
1. Pengertian	9
2. Etiologi	10
3. Patofisiologi.....	12
4. Pathways	16
5. Manifestasi Klinis	17
6. Pemeriksaan Penunjang	18
7. Komplikasi	20
8. Penatalaksanaan	20

	a. Medis	20
	b. Keperawatan	20
B.	Konsep Keperawatan.....	21
	1. Pengkajian Keperawatan	21
	2. Diagnosa Keperawatan	24
	3. Fokus Intervensi.....	25
BAB III	RESUME KEPERAWATAN	33
A.	Pengkajian	34
	1. Identitas Klien	34
	2. Riwayat Kesehatan	36
	3. Riwayat Keperawatan	39
B.	Analisa Data	43
C.	Diagnosa Keperawatan	44
D.	Intervensi Keperawatan	45
E.	Implementasi	47
F.	Evaluasi	49
BAB IV	PEMBAHASAN	51
BAB V	PENUTUP	70
A.	Simpulan	70
B.	Saran	71

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Jantung merupakan organ terpenting dalam sistem sirkulasi, pekerjaan jantung adalah memompa darah keseluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan tubuh pada setiap saat, baik saat beristirahat maupun saat bekerja atau menghadapi beban (Rilantono, 2004).

Penyakit jantung seperti kardiomegali mempunyai manifestasi klinik antara lain dari gagal jantung kongestif, hipertensi pulmonal, kardiomiopati, kelainan jantung bawaan. Pada penderita kelainan jantung bawaan, komplikasi gagal jantung terjadi 90% sebelum umur 1 tahun, sedangkan sisanya terjadi antara 1-5 tahun. Penyebab gagal jantung pada umur 5-15 tahun umumnya kelainan jantung didapat diantaranya (demam reumatik) (Hasan dan Husein, 2005). Sekitar 3-20 per 1000 orang pada populasi mengalami gagal jantung yang menimbulkan kardiomegali, dan prevalensinya meningkat seiring pertambahan usia, dan angka ini akan meningkat karena peningkatan usia populasi dan perbaikan ketahanan hidup setelah infark miokard akut. Di Inggris sekitar 100.000 pasien dirawat dirumah sakit. Mempresentasikan 5% dari semua perawatan medis dan menghabiskan lebih dari 1% dana perawatan kesehatan nasional (Hasan dan Husein, 2005).

Penyakit jantung merupakan penyakit yang sangat vital sebab akan sangat berpengaruh pada sistem sirkulasi darah dan dapat mengancam jiwa seseorang sewaktu-waktu. Pada kardiomegali sendiri akan menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Disini kerja jantung dalam memompa darah akan semakin kuat, sehingga bisa berdampak dalam aktivitas sehari-hari. Seperti akan mudah kelelahan, bisa terjadi edema, perubahan haluaran urine yang memunculkan asupan cairan harus dibatasi.

Oleh karena itu, kita harus waspada dan teliti saat anak mudah terjadi kelelahan saat menjalankan aktivitasnya, tampak sianosis, sering sesak nafas, mengalami penurunan nafsu makan apabila kardiomegali ini sudah disertai dengan hepatomegali. Oleh karena itu penulis membuat asuhan keperawatan ini untuk mengeksplor kemampuan penulis dalam menerapkan ilmu keperawatan dilapangan. Dan membuka kesadaran masyarakat untuk selalu berperilaku hidup sehat dan menghindari hal-hal yang merusak jantung serta selalu giat untuk berolahraga.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien kardiomegali dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang utuh dan komprehensif.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan pengkajian pada pasien An. A dengan kardiomegali.

- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien An. A dengan kardiomegali.
- c. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada pasien An. A dengan kardiomegali.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien An. A dengan kardiomegali.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien An. A dengan kardiomegali.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi penulis

- a. Meningkatkan pengetahuan tentang penatalaksanaan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada penyakit kardiomegali yang dialami oleh An. A.
- b. Memberikan asuhan keperawatan pada An. A dengan kardiomegali juga tetap memperhatikan tumbuh kembang anak dan karakteristiknya.
- c. Memberikan pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan kardiomegali pada An. A dengan memperhatikan tumbuh kembang An. A.
- d. Mengaplikasikan teori yang sudah diperoleh di perguruan tinggi untuk dimanfaatkan atau diterapkan di masyarakat luas.

2. Bagi Institusi

- a. Dapat digunakan sebagai bahan untuk mengetahui sejauh mana mahasiswa dapat menerapkan asuhan keperawatan pada An. A dengan kardiomegali.
- b. Menambah referensi dalam bidang pendidikan sehingga dapat menyiapkan perawat yang berkompentensi dan berdedikasi tinggi dalam memberikan asuhan keperawatan yang holistik, khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan kardiomegali.
- c. Meningkatkan dan menambah referensi untuk pengembangan ilmu keperawatan pada asuhan keperawatan kardiomegali.

3. Bagi lahan praktek

- a. Sebagai bahan masukan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dari terutama pada An. A dengan kardiomegali.
- b. Menambah referensi dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan khususnya perawatan klien kasus kardiomegali pada An. A.
- c. Mengembangkan penelitian pada asuhan keperawatan kardiomegali.

4. Bagi masyarakat

- a. Menambah pengetahuan bagi masyarakat tentang penyakit kardiomegali.
- b. Mengubah gaya hidup masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat, menghindari merokok, teratur berolahraga.
- c. Mengubah perilaku masyarakat untuk tidak mengkonsumsi alkohol.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Anak

1. Pengertian Anak

Anak diartikan sebagai seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial, spiritual. Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dari bayi (0-1 tahun) usia bermain atau toddler (1-2.5 tahun), pra sekolah (2.5-5 tahun) hingga remaja (11-18 tahun) (Hidayat, 2005).

Anak merupakan makhluk sosial seperti juga orang dewasa. Anak membutuhkan orang lain untuk dapat membantu mengembangkan kemampuannya, karena anak lahir dengan segala kelemahan sehingga tanpa orang lain anak tidak mungkin dapat mencapai taraf kemanusiaan yang normal (Admin, 2008).

2. Konsep Tumbuh Kembang Anak

Konsep tumbuh kembang yang dikemukakan oleh Hidayat (2005) sebagai berikut :

Pertumbuhan masa pra sekolah pada anak khususnya pertumbuhan berat badan mengalami kenaikan rata-rata pertahunnya adalah 2 kg, kelihatan kurus akan tetapi aktivitas motorik tinggi, dimana system tubuh sudah mencapai kematangan seperti berjalan, melompat. Pada pertumbuhan khususnya ukuran tinggi badan anak akan bertambah rata-rata 6,75-7,5 cm setiap tahunnya.

Perkembangan anak usia pra sekolah terdiri dari :

a. Perkembangan kognitif

Anak sudah mempersiapkan diri untuk memasuki sekolah dan tampak sekali kemampuan anak belum mampu menilai sesuatu berdasarkan apa yang mereka lihat dan anak membutuhkan pengalaman belajar dengan lingkungan dan orang tuanya.

b. Perkembangan psikososial

Anak sudah menunjukkan adanya rasa inisiatif, konsep diri yang positif serta mampu mengidentifikasi identitas dirinya.

c. Perkembangan Motorik kasar

Perkembangan motorik kasar, diawali dengan kemampuan untuk berdiri dengan satu kaki selama 1-5 detik, melompat dengan satu kaki, menjelajah, membuat posisi merangkak, dan berjalan dengan bantuan.

d. Perkembangan motorik halus

Anak sudah mulai memiliki kemampuan menggoyangkan jari-jari kaki, menggambar dua atau tiga bagian , memilih garis yang lebih panjang, dan menggambar orang melepas objek dengan jari lurus,

mampu menjepit benda, melambatkan tangan, menggunakan tangannya untuk bermain, menempatkan objek ke dalam wadah, makan sendiri, minum dari cangkir dengan bantuan, menggunakan sendok dengan bantuan, makan dengan jari, membuat coretan diatas kertas.

e. Pada perkembangan bahasa

Diawali oleh anak mampu menyebutkan empat gambar, menyebutkan satu hingga dua warna , menyebutkan kegunaan benda, menghitung, mengartikan dua kata, mengerti empat kata depan, mengerti beberapa kata sifat dan sebagainya, menggunakan bunyi untuk mengidentifikasi objek, orang dan aktivitas, menentukan berbagai bunyi kata, memahami arti larangan, berespon terhadap panggilan dan orang-orang anggota terdekat.

f. Perkembangan adaptasi sosial

Dapat bermain dengan permainan sederhana, menangis jika dimarahi, membuat permintaan sederhana dengan gaya tubuh, menunjukkan penin gkatan kecemasan terhadap perpisahan, mengenali anggota keluarga.

3. Faktor risiko gangguan tumbuh kembang :

Menurut Salam (2005) didalam bukunya faktor resiko gangguan tumbuh kembang meliputi :

a. Faktor risiko pada balita (intrinsik, genetik-heredokonstitusional) :

retardasi pertumbuhan intra uterin, berat lahir rendah, prematuritas, infeksi intra uterin, gawat janin, asfiksia, perdarahan intrakranial,

kejang neonatal, hiperbilirubinemia, hipoglikemia, infeksi, kelainan kongenital, temperamen dan lain-lain.

b. Faktor risiko di lingkungan kecil, pada ibu antara lain : umur, tinggi badan, pendidikan, kesehatan ibu selama hamil dan persalinan, jumlah anak dan jarak kehamilan, pengetahuan, sikap dan ketrampilan ibu dalam mencukupi kebutuhan biopsikososial (asuh, asih, asah) untuk tumbuh kembang balitanya, penyakit keturunan, penyakit menular, riwayat pernikahan, merokok, alkoholisme, narkoba, pekerjaan atau penghasilan dan lain-lain.

c. Faktor risiko di lingkungan kecil :

Ayah : umur, pendidikan, pekerjaan, sikap dan ketrampilan dalam mencukupi kebutuhan biopsikososial untuk tumbuh kembang balitanya, penyakit, hubungan ayah-ibu dan anak. Saudara kandung atau tiri yang tinggal serumah : jumlah, jarak umur, kesehatan, pendidikan. Anggota keluarga lain serumah (nenek, kakek, paman, bibi, pengasuh anak, pembantu) : pengetahuan, sikap dan ketrampilan mencukupi kebutuhan tumbuh kembang balita. Sarana bermain, mainan, contoh nilai-nilai, aturan-aturan, penghargaan, hukuman.

d. Faktor risiko di lingkungan menengah :

Tetangga (tingkat ekonomi, sikap dan perilaku), teman bermain, sarana bermain, polusi, pelayanan kesehatan, sanitasi lingkungan, adaptasi budaya.

e. Faktor risiko di lingkungan luas

Program-program untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan keluarga dalam mencukupi kebutuhan biopsikososial untuk tumbuh kembang anaknya belum menjangkau semua keluarga, walaupun secara konseptual pemerintah, organisasi profesi, perguruan tinggi, LSM, WHO, Unicef dan lain-lain sejak lama peduli pada masalah ini. Demikian juga upaya deteksi dini belum mendapat prioritas penting di dalam program rutin dan belum didukung sarana intervensi, serta belum mampu menjangkau semua balita berisiko tinggi.

Deteksi dini gangguan tumbuh kembang balita dapat dilakukan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik rutin, *skrining* perkembangan dan pemeriksaan. Menurut batasan WHO, *skrining* adalah prosedur yang relatif cepat, sederhana dan murah untuk populasi yang asimtomatik tetapi mempunyai risiko tinggi atau dicurigai mempunyai masalah. Blackman (1992) 40 menganjurkan agar bayi atau anak dengan risiko tinggi (berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik rutin) harus dilakukan *skrining* halus perkembangan secara periodik.

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Kardiomegali adalah pembesaran pada organ jantung sebagai akibat dari keadaan jantung yang tidak sanggup memompakan darah

secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan tubuh, sedangkan *venousfilling pressure* cukup baik (Hasan dan Husein, 2005).

Kardiomegali adalah penyakit yang terjadi karena ventrikel kanan tidak bisa berkontraksi dengan optimal, terjadi bendungan di atrium kanan dan vena kava superior dan inferior. Sehingga mengakibatkan ventrikel kanan pada saat sistol tidak mampu memompa darah keluar maka atrium kanan akan meninggi dan akan diikuti bendungan darah di vena kava superior, vena kava inferior serta seluruh sistem vena (Riantono dan Faisal, 2004).

2. Etiologi

Penyebab kardiomegali menurut Hasan dan Husein (2005) adalah :

a. Secara fungsional disebabkan oleh :

1) Beban Tekanan

- a) Hipertensi : hipertensi sistemik mula-mula akan menimbulkan gagal jantung kiri, hipertensi pulmonal akan menimbulkan gagal jantung kanan.
- b) Obstruksi *outflow tract* ventrikel, diatas atau dibawah atau pada katup semilunaris : stenosis pulmonal, stenosis aorta.

2) Beban volume

- a) Pirau kiri ke kanan : *ventricle septal defek* (VSD), PDA
- b) Refluks katup semilunaris : insufisiensi aorta, insufisiensi pulmonal.

- c) Refluks katup atrioventrikularis : insufisiensi mitral, insufisiensi trikuspid.
 - d) Retensi cairan intravaskuler : pemberian cairan intravena berlebihan, gagal ginjal.
- 3) Meningkatnya volume permenit (menimbulkan "*high output failure*") vistula arteri vena, anemia, penyakit tulang Paget, Kor-Pulmonale hipoksik, beri-beri, tirotoksikosis.
- 4) Perubahan frekuensi denyut jantung : diatas 180/120 menit (takiaritmia), dibawah 36-38/menit (bradiaritmia). Takiaritmia disertai hilangnya atrial support : takikardi supraventrikuler paroksismal, fibrilasi atrium, irama nodal.
- 5) Penyakit miokardium : infeksi bakteri atau eksotoksin (difteria), kelainan gizi (beri-beri), penyakit metabolik (diabet melitus), penyakit arteri koroner, penyakit timbunan glikogen, mukopolisakaridosis, miokardiopati primer.
- b. Disebabkan oleh kelainan jantung didapat :
- 1) Penyakit jantung reumatik (karditis aktif)
 - 2) Berbagai macam miokarditis
 - 3) Anemia, aritmia, dan lain-lain.
- Menurut Gray (2003) penyebab kardiomegali adalah :
- a. Hipertensi
 - b. Kardiomiopati (dilatasi hipertrofik, restriktif)
 - c. Penyakit katup jantung (mitral dan aorta)

- d. Kongenital (*atrial septal defect* (ASD), *ventricle septal defect* (VSD)
- e. Aritmia (persisten)
- f. Alkohol
- g. Obat-obatan
- h. Kondisi curah jantung tinggi
- i. Perikard (konstriksi atau efusi)
- j. Gagal jantung kanan (hipertensi paru)

3. Patofisiologi

Perjalanan penyakit kardiomegali menurut Price (2006) adalah :

Kelainan yang intrinsik pada kontraktilitas miokardium akan mengganggu kemampuan pengosongan ventrikel. Kontraktilitas ventrikel kiri yang menurun mengurangi volume sekuncup, dan meningkatkan volume residu ventrikel. Dengan meningkatnya EDV (volume akhir sistolik) ventrikel, terjadi peningkatan tekanan akhir diastolik ventrikel kiri, akan terjadi pula peningkatan tekanan atrium kiri (LAP). Peningkatan LAP diteruskan ke dalam pembuluh darah paru-paru, meningkatkan tekanan kapiler paru-paru melebihi tekanan onkotik pembuluh darah, akan terjadi transudasi cairan melebihi kecepatan drainase limfatik, akan terjadi edema interstisial. Peningkatan tekanan lebih lanjut.

Tekanan arteri paru-paru dapat meningkat akibat peningkatan kronis tekanan vena paru. Hipertensi pulmonalis meningkatkan tekanan

terhadap ejeksi ventrikel kanan. Hal ini akan menyebabkan edema dan kongesti sistemik.

Menurunnya volume sekuncup pada jantung akan membangkitkan respon simpatik kompensatorik. Meningkatnya aktivitas adrenergik simpatik merangsang pengeluaran katekolamin dari saraf-saraf adrenergik jantung dan medula adrenal. Denyut jantung dan kekuatan kontraksi akan meningkat untuk menambah curah jantung. Selain itu juga terjadi vasokonstriksi arteri perifer untuk menstabilkan tekanan arteri dan retribusi volume darah dengan mengurangi aliran ke organ-organ yang metabolismenya rendah (misalnya kulit dan ginjal) untuk mempertahankan perfusi ke jantung dan otak. Venokonstriksi akan meningkatkan aliran balik vena ke sisi kanan jantung, untuk selanjutnya menambah kekuatan kontraksi sesuai dengan *hukum Starling*.

Aktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron menyebabkan retensi natrium dan air oleh ginjal, meningkatkan volume ventrikel dan regangan serabut. Peningkatan beban awal ini akan menambah kontraktilitas miokardium. Rangsangan simpatis adrenergik pada reseptor beta di dalam aparatus jukstaglomerulus, respons reseptor makula densa terhadap perubahan pelepasan natrium ke tubulus distal, dan respons baroreseptor terhadap volume dan tekanan darah sirkulasi. Penurunan curah jantung akan memulai serangkaian : penurunan aliran darah ginjal dan akhirnya laju filtrasi glomerulus, pelepasan renin dari aparatus jukstaglomerulus, interaksi renin dengan angiotensin dalam darah untuk menghasilkan

angiotensin I, konversi angiotensin I menjadi II, rangsangan sekresi aldosteron dari kelenjar adrenal, retensi natrium dan air pada tubulus distal dan duktus pengumpul. Angiotensin II juga menghasilkan efek vasokonstriksi yang meningkatkan tekanan darah. Pada gagal jantung, kombinasi antara kongesti vena sistemik dan menurunnya perfusi hati akan mengganggu metabolisme aldosteron di hati, sehingga kadar aldosteron dalam darah meningkat. Kadar hormon antidiuretik akan meningkat yang selanjutnya akan meningkatkan absorpsi air pada duktus pengumpul.

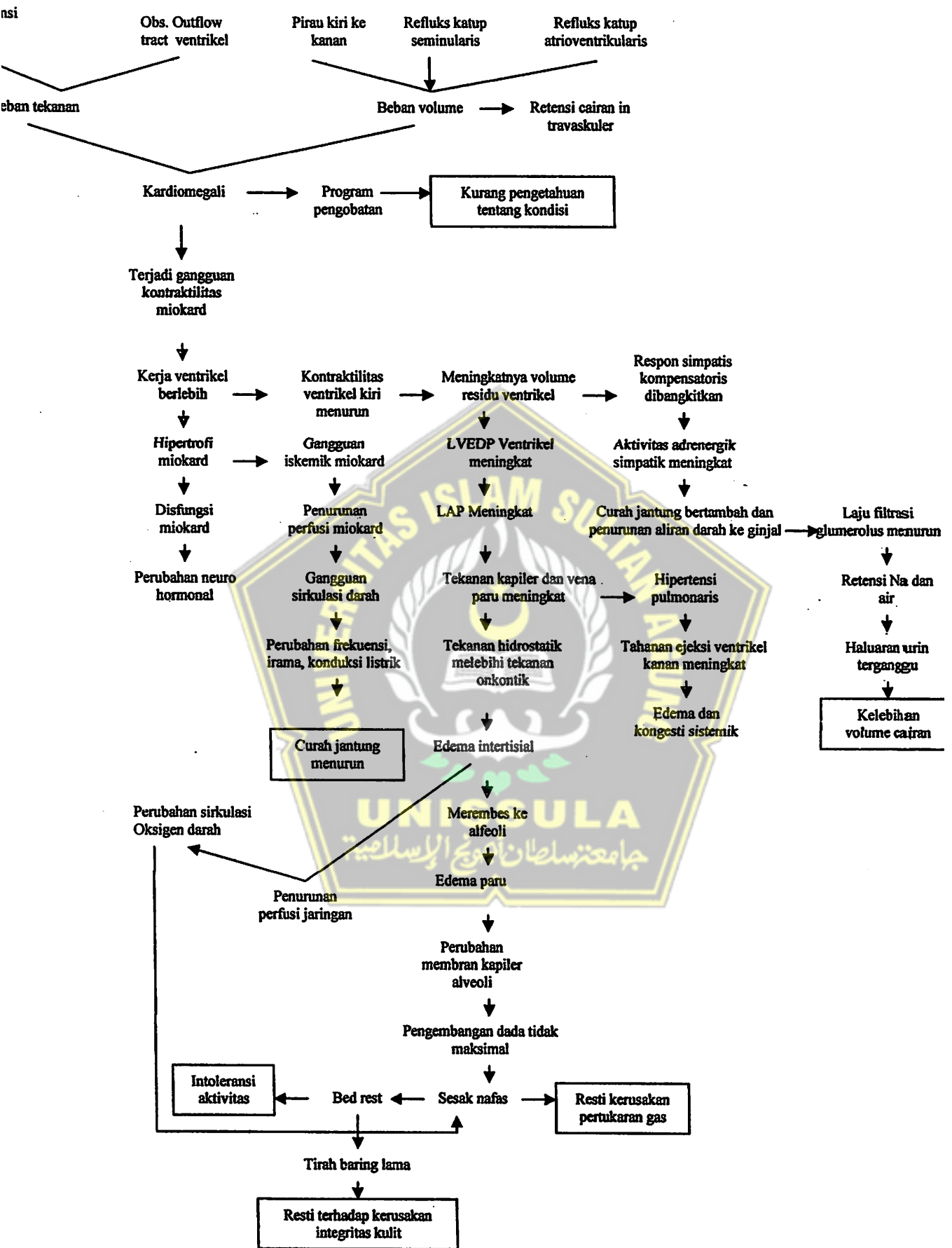
Hipertrofi miokardium atau bertambahnya tebal dinding. Hipertrofi meningkatkan jumlah sarkomer dalam sel-sel miokardium, sarkomer dapat bertambah secara paralel atau serial bergantung pada jenis beban hemodinamik yang mengakibatkan kardiomegali. Hal ini bisa terlihat pada suatu beban tekanan yang ditimbulkan stenosis aorta akan disertai dengan meningkatnya ketebalan dinding tanpa penambahan ukuran ruang dalam. Respon miokardium terhadap beban volume, seperti pada regurgitasi aorta, ditandai dengan dilatasi dan bertambahnya ketebalan dinding. Kombinasi ini diduga terjadi akibat bertambahnya sarkomer yang tersusun secara serial.

Konstriksi vena sistemik dan retensi natrium serta air meningkatkan tekanan atrium dan tekanan serta volume akhir diastolik ventrikel, pemanjangan sarkomer, dan kontraksi miofibril dipertahankan (mekanisme Frank-Starling).

Dengan interaksi kompleks dari faktor-faktor yang saling mempengaruhi ini, curah jantung pada keadaan istirahat merupakan indeks fungsi jantung yang relative tidak sensitive. Karena mekanisme kompensasi ini bekerja untuk mempertahankan curah jantung ketika miokard gagal.



4. PATHWAYS



5. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik menurut wong (2009) adalah :

a. Gangguan fungsi miokard

- 1) Takikardi
- 2) Penurunan haluaran urine
- 3) Keletihan
- 4) Kelemahan
- 5) Gelisah
- 6) Anoreksia
- 7) Ekstremitas pucat dan dingin
- 8) Denyut nadi perifer lemah
- 9) Penurunan tekanan darah
- 10) Irama gallop

b. Kongesti paru

- 1) Takipnea
- 2) Dispnea
- 3) Retraksi (bayi)
- 4) Pernapasan cuping hidung
- 5) Intoleransi terhadap latihan fisik
- 6) Ortopnea
- 7) Batuk, suara serak
- 8) Sianosis
- 9) Mengi
- 10) Suara seperti mendengkur (grunting)



c. Kongesti vena sistemik

- 1) Pertambahan berat badan
- 2) Hepatomegali
- 3) Edema perifer, khususnya periorbital
- 4) Asites
- 5) Distensi vena leher (pada anak-anak)

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Darah : hemoglobin dan eritrosit menurun sedikit karena hemodilusi. Jumlah leukosit meninggi mengindikasikan ada infeksi, endokarditis atau sepsis yang akan memberatkan jantung. Laju endap darah biasanya menurun. Tetapi jika ada infeksi atau karditis aktif masih ada maka laju endap darah akan meningkat. Terdapat hipoglikemia dan berkurangnya cadangan dalam hati. Kadar natrium dalam darah sedikit menurun, walaupun natrium total dalam tubuh bertambah. Keadaan asam basa tergantung pada keadaan metabolisme, masukan kalori, keadaan paru, besarnya pirau dan fungsi ginjal.
- 2) Urine : jumlah pengeluaran urine berkurang, berat jenis meninggi, terdapat albuminuria sementara dan hematuri, makroskopis.

b. Pemeriksaan radiologis

Tampak pembesaran jantung dengan kongesti paru. Pemeriksaan dengan barium sering menimbulkan pneumonia aspirasi. Pada keadaan

tertentu diperlukan pemeriksaan *isotope scanning technique*, ekokardiogram atau angiokardiogram.

Pemeriksaan elektrokardiografi, EKG ambulatori, pencitraan radionuklida, kateterisasi, tes latihan fisik menurut Gray (2003) :

a. Elektrokardiografi

Memperlihatkan beberapa abnormalitas gelombang Q, perubahan ST-T, hipertrofi LV, gangguan konduksi, aritmia.

b. EKG ambulatori

Harus dilakukan jika diduga terdapat aritmia.

c. Pencitraan Radionuklida

Menyediakan metode lain untuk menilai fungsi ventrikel (ventrikulograf) dan sangat berguna ketika citra yang mamadai dari ekokardiografi sulit diperoleh.

d. Kateterisasi jantung

Harus dilakukan pada dugaan penyakit jantung koroner, pada kasus kardiomiopati atau miokarditis yang jarang, yang membutuhkan biopsi miokard, atau bila penilaian resistensi vaskuler paru sebelum mempertimbangkan transplantasi jantung diindikasikan, biasanya dilakukan ventrikulografi kontras dan juga memberikan pengukuran fungsi LV lain.

e. Tes latihan fisik

Dilakukan untuk menilai adanya iskenia miokard dan untuk mengukur konsumsi oksigen maksimum.

7. Komplikasi

Menurut Baughman dan Hackly (2001) komplikasi kardiomegali ada 3 yaitu :

- a. Flebotrombosis
- b. Embolisme pulmonal
- c. Syok kardiogenik

8. Penatalaksanaan

Menurut Rilantono (2004) penatalaksanaan pada klien dengan kardiomegali sebagai berikut :

a. Medis

Tidak ada terapi spesifik pada kardiomegali. Tindakan dan pengobatan ditujukan pada 4 aspek yaitu : mengurangi beban kerja, memperkuat kontraktilitas miokard, mengurangi kelebihan natrium dan garam, melakukan tindakan dan pengobatan khusus terhadap penyebab, faktor-faktor pencetus dan kelainan yang mendasari. Terapi Farmakologis : Glikosida jantung, terapi diuretik, terapi vasodilator.

b. Keperawatan

1. Istirahat.

Kerja jantung dalam keadaan dekomposisi harus dikurangi benar-benar dengan tirah baring (*bed rest*) mengingat konsumsi oksigen yang relatif meningkat. Sering tampak gejala-gejala jantung jauh berkurang hanya dengan istirahat saja.

2. Diet

Umumnya diberikan makanan lunak dengan rendah garam. Penderita dengan gizi kurang diberi makanan tinggi kalori dan protein. Cairan

diberikan sebanyak 80-100 ml/kgbb/hari dengan maksimal 1.500 ml/hari.

Penatalaksanaan keperawatan pada kardiomegali menurut Gray (2003) sebagai berikut :

3. Aktivitas fisik

Harus disesuaikan dengan tingkat dan gejala. Aktivitas yang sesuai menurunkan tonus simpatik, mendorong penurunan berat badan, dan memperbaiki gejala. Aktivitas tidak memperbaiki kontraktilitas miokard atau ketahanan hidup. Duduk dengan posisi tegak akan menghilangkan gejala kongesti vena pulmonal (ortopnea, PND), dan istirahat ditempat tidur meningkatkan aliran darah ginjal serta membantu menginduksi diuresis.

4. Oksigen merupakan vasorelaksan paru, menurunkan afterload RV, dan memperbaiki aliran darah paru.
5. Merokok : cenderung menurunkan curah jantung, meningkatkan denyut jantung, dan meningkatkan resistensivaskuler sistemik dan pulmonal.
6. Konsumsi alkohol mengubah keseimbangan cairan, inotropik negatif dan dapat memperburuk hipertensi.

C. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Menurut Baughman dan Hackley (2001) fokus pengkajian keperawatan pada pasien kardiomegali diarahkan kepada pengamatan terhadap tanda dan gejala kelebihan cairan sistemik dan pulmonal meliputi :

- a. Pernafasan : auskultasi pada interval yang sering untuk menentukan ada atau tidaknya krekles dan mengi. Catat frekuensi dan kedalaman pernafasan.
- b. Jantung : auskultasi untuk mengetahui adanya bunyi jantung S_3 atau S_4 , kemungkinan cara pemompaan sudah mulai gagal.
- c. Tingkat kesadaran atau sensorium.
- d. Perifer : kaji bagian tubuh pasien yang mengalami edema dependen dan hepar untuk mengetahui refluks hepatojuguler (RHJ) dan distensi vena jugularis (DVJ).
- e. Haluaran urine : ukur dengan teratur

Sedangkan pada Doengoes (2000) fokus pengkajiannya meliputi :

- a. Aktivitas atau istirahat

Gejala : keletihan atau kelelahan terus menerus sepanjang hari, insomnia.

Tanda : gelisah, perubahan status mental, tanda vital berubah pada aktivitas.

- b. Integritas ego

Gejala : Ansietas, khawatir, takut, stres yang berhubungan dengan penyakit atau keprihatinan finansial (pekerjaan atau biaya medis).

Tanda : berbagai manifestasi perilaku, misalnya ansietas, marah, ketakutan, mudah tersinggung.

c. Eliminasi

Gejala : penurunan berkemih, urine berwarna gelap. Berkemih malam hari (nokturia). Diare atau konstipasi.

d. Makanan atau cairan

Gejala : kehilangan nafsu makan. Mual atau muntah. Penambahan berat badan signifikan. Pembekakan pada ekstremitas bawah. Pakaian atau sepatu terasa sesak. Diet tinggi garam atau makanan yang telah diproses, lemak, gula, dan kafein. Penggunaan diuretik.

Tanda : Penambahan berat badan cepat. Distensi abdomen (asites); edema (umum, dependen, tekanan, pitting).

e. Higiene

Gejala : kelemahan, pening, episode pingsan

Tanda : penampilan menandakan kelalaian perawatan personal.

f. Neurosensori

Gejala : kelemahan, pening, episode pingsan.

Tanda : letargi, kusut pikir, disorientasi. Perubahan perilaku, mudah tersinggung.

g. Nyeri atau kenyamanan

Gejala : nyeri dada, angina akut atau kronis, nyeri abdomen kanan atas, sakit pada otot.

Tanda : tidak tenang, gelisah, fokus menyempit (menarik diri), perilaku melindungi diri.

h. Keamanan

Gejala : perubahan dalam fungsi mental, kehilangan kekuatan atau tonus otot, kulit lecet.

i. Interaksi sosial

Gejala : penurunan keikutsertaan dalam aktivitas sosial yang biasa dilakukan.

2. Diagnosa Keperawatan.

Pada diagnosa keperawatan pada kardiomegali penulis mengambil dari referensi Doengoes (2000) :

- a. Curah jantung menurun berhubungan dengan perubahan frekuensi, irama, konduksi listrik.
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen atau kebutuhan, kelemahan umum, tirah baring lama atau imobilisasi.
- c. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya laju filtrasi glomerulus (menurunnya curah jantung atau meningkatnya produksi ADH dan retensi natrium atau air).
- d. Resiko tinggi kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveolus.
- e. Resiko tinggi terhadap kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama, edema, penurunan perfusi jaringan.
- f. Kurang pengetahuan mengenai kondisi, program pengobatan berhubungan dengan kurang pemahaman atau kesalahan persepsi tentang hubungan fungsi jantung.

3. Fokus Intervensi .

Pada fokus intervensi keperawatan pada kardiomegali penulis mengambil dari referensi Doengoes (2000) yakni :

a. Diagnosa keperawatan 1.

Curah jantung menurun berhubungan dengan perubahan frekuensi, irama, konduksi listrik.

Tujuan : curah jantung mencukupi kebutuhan

Intervensi :

1) Auskultasi nadi apikal, kaji frekuensi, irama jantung.

Rasional : biasanya terjadi takikardi untuk mengkompensasi penurunan kontraktilitas ventrikuler.

2) Catat bunyi jantung

Rasional : S_1 dan S_2 mungkin lemah karena menurunnya kerja pompa. Irama gallop umum (S_3 dan S_4) dihasilkan sebagai aliran darah kedalam serambi yang distensi. Murmur menunjukkan inkompetensi atau stenosis katup.

3) Palpasi nadi perifer

Rasional : penurunan curah jantung dapat menunjukkan menurunnya nadi radial, popliteal, dorsalis pedis, dan postibial. Nadi mungkin cepat hilang atau tidak teratur untuk dipalpasi, dan pulsus alternans (denyut kuat lain dengan denyut lemah).

4) Pantau tekanan darah

Rasional : dapat meningkat sehubungan dengan SVR.

5) Kaji kulit terhadap pucat dan sianosis

Rasional : pucat menunjukkan menurunnya perfusi perifer sekunder terhadap tidak adekuatnya curah jantung, vasokonstriksi, dan anemia.

6) Pantau haluaran urine, catat penurunan haluaran dan kepekatan atau konsentrasi urine.

Rasional : ginjal berespon untuk menurunkan curah jantung dengan menahan cairan dan natrium.

7) Kaji perubahan pada sensori, contoh letargi, bingung, disorientasi, cemas, dan depresi.

Rasional : dapat menunjukkan tidak adekuatnya perfusi serebral sekunder terhadap penurunan curah jantung.

8) Berikan istirahat semi rekumben pada tempat tidur atau kursi. Kaji dengan pemeriksaan fisik sesuai indikasi.

Rasional : istirahat fisik harus dipertahankan untuk memperbaiki efisiensi kontraksi jantung dan menurunkan kebutuhan atau konsumsi oksigen miokard dan kerja berlebihan.

b. Diagnosa keperawatan 2.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen atau kebutuhan, kelemahan umum.

Tujuan : peningkatan energi dan partisipasi dalam aktivitas.

Intervensi :

- 1) Periksa tanda vital sebelum dan segera setelah aktivitas khususnya bila pasien menggunakan vasodilator, diuretik, penyakit beta

Rasional : hipotensi ortostatik dapat terjadi dengan aktivitas karena efek obat (vasodilasi), perpindahan cairan (diuretik) atau pengaruh fungsi jantung.

- 2) Catat respon kardiopulmonal terhadap aktivitas, catat takikardi, disritmia, dispnea, berkeringat, pucat.

Rasional : penurunan atau ketidakmampuan miokardium untuk meningkatkan volume sekuncup selama aktivitas, dapat menyebabkan peningkatan segera pada frekuensi jantung dan kebutuhan oksigen, juga peningkatan kelelahan dan kelemahan.

- 3) Kaji presipitator atau penyebab kelemahan contoh pengobatan, nyeri, obat.

Rasional : kelemahan adalah efek samping beberapa obat (beta bloker), traquilizer, dan sedatif). Nyeri dan program penuh stres juga memerlukan energi dan menyebabkan kelemahan.

- 4) Evaluasi peningkatan intoleransi aktivitas.

Rasional : dapat menunjukkan peningkatan dekomposisi jantung dari pada kelebihan aktivitas.

- 5) Berikan bantuan dalam aktivitas perawatan diri sesuai indikasi.

Selingi periode aktivitas dengan periode istirahat.

Rasional : pemenuhan kebutuhan perawatan diri pasien tanpa mempengaruhi stres miokard atau kebutuhan oksigen berlebihan.

c. Diagnosa keperawatan 3.

Kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya laju filtrasi glomerulus (menurunnya curah jantung) atau meningkatnya produksi ADH dan retensi natrium atau air.

Tujuan : keseimbangan volume cairan tercapai

Intervensi:

- 1) **Pantau haluaran urine, catat jumlah dan warna saat hari dimana diuresis terjadi.**
Rasional : haluaran urine mungkin sedikit dan pekat karena penurunan perfusi ginjal.
- 2) **Pantau atau hitung keseimbangan pemasukan dan pengeluaran selama 24 jam**
Rasional : terapi diuretik dapat disebabkan oleh kehilangan cairan berlebihan (hipovolemia) meskipun edema asites masih ada.
- 3) **Pertahankan duduk atau tirah baring dengan posisi semi fowler**
Rasional : posisi telentang meningkatkan filtrasi ginjal dan menurunkan produksi ADH sehingga meningkatkan diuresis.
- 4) **Kaji distensi leher dan pembuluh perifer. Lihat area tubuh untuk edema dengan atau tanpa pitting, catat adanya edema anasarka.**
Rasional : retensi cairan berlebihan dapat dimanifestasikan oleh pembendungan vena dan pembentukan edema.
- 5) **Ubah posisi dengan sering. Tinggikan kaki bila duduk.**
Rasional : pembentukan edema, sirkulasi melambat, gangguan pemasukan nutrisi dan imobilisasi atau tirah baring lama merupakan kumpulan stressor yang mempengaruhi integritas kulit dan memerlukan intervensi pengawasan ketat atau pencegahan.
- 6) **Auskultasi bunyi nafas, catat penurunan dan bunyi tambahan contoh krekles, mengi. Catat adanya peningkatan dispnea, takipnea, ortopnea, dispnea nokturnal paroksismal, batuk persisten.**

Rasional : kelebihan volume cairan sering menimbulkan kongesti paru.

- 7) Kaji bising usus. Catat keluhan anoreksia, mual distensi abdomen, konstipasi.

Rasional : kongesti viseral dapat mengganggu fungsi gaster atau intestinal.

- 8) Berikan makanan yang mudah dicerna, porsi kecil dan sering.

Rasional : penurunan motilitas gaster dapat berefek merugikan pada digestif dan absorpsi. Makan sedikit tapi sering meningkatkan digestif atau mencegah ketidaknyamanan abdomen.

- 9) Palpasi hepatomegali. Catat keluhan nyeri abdomen kuadran kanan atas atau nyeri tekan.

Rasional : perluasan kardiomegali menimbulkan kongesti vena, menyebabkan distensi abdomen, pembesaran hati, dan nyeri. Ini akan mengganggu fungsi hati dan mengganggu atau memperpanjang metabolisme obat.

- 10) Catat peningkatan letargi, hipotensi, kram otot.

Rasional : tanda defisit natrium dan kalium yang dapat terjadi sehubungan dengan perpindahan cairan dan terapi diuretik.

d. Diagnosa Keperawatan 4.

Resiko tinggi kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler-alveolus, pengumpulan cairan kedalam area interstisial atau alveoli.

Tujuan : tidak terjadi kerusakan pertukaran gas

Intervensi :

- 1) Auskultasi bunyi nafas , catat krekles, mengi.

Rasional : menyatakan adanya kongesti paru atau pengumpulan sekret menunjukkan kebutuhan untuk intervensi lanjut.

- 2) Anjurkan pasien batuk efektif.

Rasional : membersihkan jalan nafas dan memudahkan aliran oksigen.

- 3) Dorong perubahan posisi sering.

Rasional : membantu mencegah atelektasis dan pneumonia.

- 4) Pertahankan duduk dikursi atau tirah baring dengan kepala tempat tidur tinggi 20-30 derajat, posisi semi fowler.

Rasional : menurunkan konsumsi oksigen atau kebutuhan dan meningkatkan inflamasi paru maksimal.

- 5) Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi.

Rasional : meningkatkan konsentrasi oksigen alveolar, yang dapat memperbaiki atau menurunkan hipoksemia jaringan.

- e. Diagnosa keperawatan 5.

Resiko tinggi terhadap kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama, edema, penurunan perfusi jaringan.

Tujuan : mempertahankan integritas kulit

Intervensi :

- 1) Lihat kulit, catat penonjolan tulang, adanya edema, area sirkulasinya terganggu atau pigmentasi, atau kegemukan atau kurus.

Rasional : kulit beresiko karena gangguan sirkulasi perifer, imobilitas fisik, dan gangguan status nutrisi.

2) Pijat area kemerahan atau yang memutih.

Rasional : meningkatkan aliran darah, meminimalkan hipoksia jaringan.

3) Ubah posisi sering ditempat tidur atau kursi, bantu latihan rentang gerak pasif atau aktif.

Rasional : memperbaiki sirkulasi atau menurunkan waktu satu area yang mengganggu aliran darah .

4) Berikan perawatan kulit sering, meminimalkan dengan kelembaban atau ekskresi.

Rasional : terlalu kering atau lembab merusak kulit dan mempercepat kerusakan.

5) Hindari obat intramuskuler.

Rasional : edema interstisial dan gangguan sirkulasi memperlambat absorpsi obat dan predisposisi untuk kerusakan kulit atau terjadinya infeksi.

f. Diagnosa keperawatan 6.

Kurang pengetahuan, mengenai kondisi, program pengobatan berhubungan dengan kurang pemahaman atau kesalahan persepsi tentang hubungan fungsi jantung.

Tujuan : mengidentifikasi hubungan terapi (program pengobatan) untuk menurunkan episode berulang dan mencegah komplikasi.

Intervensi :

- 1) Disfungsikan fungsi jantung normal. Meliputi informasi sehubungan dengan perbedaan pasien dari fungsi normal.

Rasional : pengetahuan proses penyakit dan harapan dapat memudahkan ketaatan pada program pengobatan.

- 2) Diskusikan pentingnya menjadi seaktif mungkin tanpa menjadi kelelahan dan istirahat diantara aktivitas.

Rasional : aktivitas fisik berlebihan dapat berlanjut menjadi melemahkan jantung, eksaserbasi kegagalan.

- 3) Diskusikan obat, tujuan dan efek samping. Berikan instruksi secara lisan dan tertulis.

Rasional : pemahaman kebutuhan terapeutik dan pentingnya upaya pelaporan efek samping dapat mencegah terjadinya komplikasi obat. Cemas dapat menghambat pemasukkan keseluruhan atau detail dan pasien atau orang dekat merujuk ke materi tulisan pada kertas untuk menyegarkan ingatan.

- 4) Anjurkan makan diet pada malam hari.

Rasional : memberikan waktu adekuat untuk efek obat sebelum waktu tidur untuk mencegah atau membatasi menghentikan tidur.

- 5) Anjurkan dan lakukan demonstrasi ulang kemampuan mengambil dan mencatat nadi harian dan kapan memberitahu pemberi perawatan, contoh nadi diatas atau dibawah frekuensi yang telah ditentukan sebelumnya, perubahan pada irama atau reguritas.

Rasional : meningkatkan pemantauan sendiri pada kondisi atau efek obat. Deteksi dini perubahan memungkinkan intervensi tepat waktu dan mencegah komplikasi seperti toksisitas digitalis.

- 6) Jelaskan dan diskusikan peran pasien dalam mengontrol faktor resiko (contoh merokok) dan faktor pencetus atau pemberat (contoh diet tinggi garam, tidak aktif atau terlalu aktif, terpajan pada suhu ekstrim.

Rasional : menambahkan pada kerangka pengetahuan dan memungkinkan pasien untuk membuat keputusan berdasarkan informasi sehubungan dengan kontrol kondisi dan mencegah komplikasi. Merokok potensial untuk vasokonstriksi, pemasukan natrium meningkatkan pembentukan retensi atau edema air, keseimbangan tidak tepat antara aktivitas atau istirahat dan pemajanan pada suhu ekstrim dapat mengakibatkan kelelahan atau meningkatnya kerja miokard dan meningkatkan resiko infeksi paru.

- 7) Tekankan pentingnya melaporkan tanda dan gejala toksisitas digitalis, contoh terjadinya gangguan Gastrointestinal dan penglihatan, perubahan frekuensi nadi atau irama.

Rasional : pengenalan dini terjadinya komplikasi dan ketelibatan pemberi perawatan dapat mencegah toksisitas atau perawatan dirumah sakit.

BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Agustus tahun 2008 jam 10.00 WIB, di ruang Anak L2 (Baitul Athfal) RSI Sultan Agung Semarang. Dari hasil pengkajian didapatkan data sebagai berikut :

1. Identitas

Identitas klien bernama An. A, lahir di Semarang pada tanggal 12 Juli 2004, berumur 4 tahun dengan jenis kelamin perempuan, beragama Islam, pendidikan TK kecil, An. A bersuku Jawa, tempat tinggal klien di Jl. Ronggowarsito Kp. Depo Indah RT 04 RW 03 Semarang. Diagnosa medis Hepatomegali, masuk pada tanggal 14 Agustus 2008 pukul 10.00 WIB. Sumber informasi yang didapat oleh penulis adalah dari klien, orangtua, perawat di ruang Baitul Athfal dan buku catatan medis dan keperawatan.

Identitas penanggung jawab klien adalah Ny. A berumur 30 tahun dengan jenis kelamin perempuan, beragama Islam, pekerjaan swasta, beralamat Jl. Ronggowarsito Kp. Depo Indah RT 04 RW 03 Semarang di, hubungan dengan klien adalah ibu kandung atau orang tua klien.

2. Keluhan utama

Keluhan utama, ibu klien mengatakan klien sering muntah, dalam sehari bisa muntah 3x dengan komposisi cair dan ampas nasi yang sudah di makan, warnanya kadang merah.

3. Riwayat penyakit sekarang

a. Munculnya keluhan

Ibu klien mengatakan sejak 2 minggu yang lalu tepatnya akhir bulan Juli 2008 perut anaknya membesar disertai dengan kembung dan apabila diraba terasa kencang atau keras. Keluhan ini muncul tiba-tiba ketika anaknya kelelahan saat bermain.

b. Karakteristik

Ibu klien mengatakan anaknya BAB 1x sehari, BAK 5-6x sehari konsistensinya padat, bau khas, warna kuning. Namun jika klien minum susu kaleng cair bubuk ideal klien bisa BAB 2x sehari dan konsistensinya cair, bau khas. Klien mengalami rasa nyeri, namun jika diberi obat rasa nyerinya jadi hilang.

c. Masalah sejak munculnya keluhan

Ibu klien mengatakan jika klien kelelahan timbul rasa mual, perut kembung, klien berdiam diri dan tidak mau bermain dengan teman-temannya atau orang tua klien.

4. Riwayat kesehatan masa lalu

a. Prenatal

Ibu klien mengatakan selama hamil tidak pernah mengalami keluhan, hanya saja ngidam buah-buahan, selama mengandung banyak mengkonsumsi sayur-mayur dan buah-buahan.

b. Kelahiran

Ibu klien mengatakan saat melahirkan klien melalui persalinan yang normal dibantu oleh seorang bidan.

c. Penyakit waktu kecil

Ibu klien mengatakan saat klien panas atau flu, ibu klien memberikan obat di warung atau apotik terdekat.

d. Alergi,

Ibu klien mengatakan klien mengatakan klien tidak mempunyai alergi terhadap apapun, namun klien tidak suka makan sayur-sayuran.

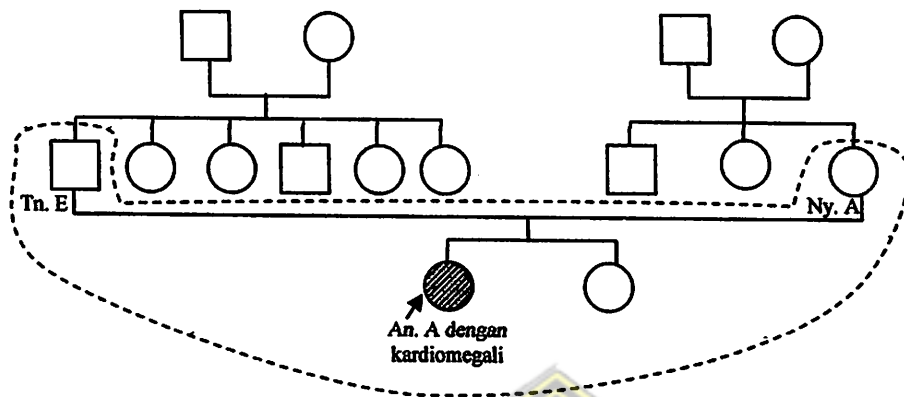
e. Imunisasi

Ibu klien mengatakan anaknya mendapatkan imunisasi setiap 6 bulan sekali saat masih bayi, reaksi terhadap imunisasi suhu tubuhnya naik (panas).

5. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu klien mengatakan keluarganya tidak mempunyai penyakit keturunan seperti diabetes mellitus atau yang lainnya.

Susunan keluarga (genogram)



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Klien
- (dashed) : Tinggal dalam satu rumah

6. Riwayat sosial

Orang yang mengasuh klien sehari-hari adalah orang tua kandungnya sendiri, adakalanya juga dititipkan sama neneknya, karena kesibukan kedua orang tua yang sama-sama bekerja. Orang tua Klien mengatakan anaknya seorang periang dan sering banyak tanya, namun saat klien kelelahan dan perut terasa keras klien menjadi anak pendiam. Ibu klien mengatakan rumahnya selalu dibersihkan setiap hari, di rumahnya terdapat sanitasi mandi cuci kakus (MCK). Lingkungan rumahnya selalu dibersihkan. Jauh dari sungai dan dekat dengan jalan raya.

7. Keadaan kesehatan saat ini

Diagnosa medisnya adalah hepatomegali, tidak dilakukan tindakan operasi, obat-obatan yang diberikan meliputi primperan (isinya metoklopramida-HCl indikasinya gangguan saluran cerna seperti mual, muntah) 3x 1/2 sehari, tindakan keperawatannya yang kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit. Klien diberi dengan nasi tim. Hasil pemeriksaan laboratorium klinik pada tanggal 14 Agustus 2008 meliputi WBC 12,8 $10^3/\text{mm}^3$ normal (4,8-10,8), Lym 3.38 $10^3/\text{mm}^3$ (normal 1.3-4.0), MID 0.74 $10^3/\text{mm}^3$ (normal 0.15 -0.70), GRA 8.73 $10^3/\text{mm}^3$ (normal 2.50-7.50), Ly% 26.3%(normal 25-40), MI% 5.7%(normal 3.0-7.0), GR% 67.9% (normal 50-75.0), RBC 5.42 $10^3/\text{mm}^3$ normal (4,20-5,40), HGB 11.3 g/dl normal (12,0-16.0), HCT 37.2 % normal (37,0-47,0), MCV 69.0 fl normal (81-89), MCH 20.7 pg normal (27.0-31.0), MCHC 30.3 g/dl normal (33.0-37.0), ROWC 22.4% (normal 11.5-14.5), PLT 484 $10^3/\text{mm}^3$ normal (150-450), DCT 0.34 %, MPV 7.0 mm^3 normal (8.0-150), PDWC 36.4%.

Hasil pemeriksaan rontgen torax, cor membesar, paru TB sin. Data tambahan antara lain pemeriksaan imunologi HBSAg negatif. Pemeriksaan kimia darah meliputi bilirubin total 1.88 mg/100 (normal 0.2-1.3), bilirubin direk 0.41 mg/100 ml (normal 0.0-0.3), bilirubin indirek 1.47 mm/100 ml (normal 0.0-1.1), total protein 7.6 g/100 ml (6.8-8.2), globulin 2.6 g/100 ml (normal 3.5-5.0), SGOT 66 unit / L, (normal 15-46), SGPT 20 unit/L, normal 13-69).

8. Pola Fungsional Menurut Gordon

a. Persepsi kesehatan

Orang tua klien mengatakan tentang pendapatnya mengenai persepsi kesehatan bahwa kesehatan itu sangat penting dan harus dijaga salah satunya dengan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan sesuatu pekerjaan. Jika ada anggota keluarga yang sakit segera membawanya ke puskesmas, ayah An. A tidak merokok.

b. Pola nutrisi / metabolik

Ibu klien mengatakan bahwa anaknya 3x sehari baik selama di rumah ataupun perawatan di rumah sakit. Klien bisa minum vitamin scoot emulsion. Klien tidak suka makan sayur-sayuran. Klien suka makan buah apel dan pisang, klien makan dengan menggunakan sendok dan piring, klien makan sendiri tapi kadang kala disuapi oleh ibunya. Berat badan klien sekarang 14.5 kg.

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit, orang tua klien mengatakan, klien sering kencing setelah minum susu ideal. An A BAB 2x sehari dengan konsistensi padat, bau khas dan warna kuning. Selama sakit, ibu klien mengatakan klien sering kencing (6-7x sehari), An A BAB 3x sehari dengan konsistensi cair kadang padat, bau khas, warna kuning. Orang tua klien ayah dan ibu An A BAB 1x sehari dengan konsistensi padat, bau khas, warna kuning.

d. Pola Aktifitas dan Latihan atau Mobilisasi

Sebelum sakit, ibu klien mengatakan klien mandi 2x sehari setiap pagi dan sore. Klien biasanya dimandikan oleh ibu klien. Klien

mandi di kamar mandi, klien sering bermain bersama teman-temannya. Orang tua klien sering mengajak klien untuk berolah raga bareng di setiap hari minggu. Selama sakit, klien mandi dengan disibin oleh ibunya di tempat tidur. Klien lebih sering di tempat tidur, namun jika bosan klien diajak keluar ruangan oleh ibunya atau kakaknya sambil digendong. Jika perut klien terasa kembung dan keras disertai dengan muntah, klien menjadi pendiam. Dalam setiap aktivitasnya klien dibantu oleh orang tuanya.

e. Pola Istirahat Tidur

Ibu klien mengatakan istirahat klien setiap hari tidur selama 6-8 jam sehari. Setiap malam tidur selama \pm 6 jam dan siang \pm 2 jam per hari. Selama dirawat di rumah sakit klien tidur nyenyak baik pada malam hari maupun siang hari. An A tidak pernah mimpi buruk. Posisi tidur klien miring ke kanan dan kiri, kadang terlentang. Orang tua klien tidur selama 6-7 jam dan tidak pernah mengonsumsi obat tidur.

f. Pola Persepsi dan Kognitif

Ibu klien mengatakan respon klien secara umum baik. Pola bicara anak baik. Klien serorang periang setiap harinya. Jika keluhan perutnya datang, klien menjadi seorang pendiam. Jika klien lapar, haus, nyeri, atau tidak nyaman sering mengatakan kepada ibunya. Orang tua klien tidak mempunyai masalah pada penglihatan, pendengaran, dan perabaan. Dalam setiap mengambil keputusan selalu dimusyawarahkan kepada keluarganya.

g. Pola Persepsi/konsepsi diri

Ibu klien mengatakan klien sering ngambek apabila kemauannya tidak dipenuhi. Klien takut sama suara kucing pada malam hari dan

mati lampau. Klien sekarang menjadi anak pendiam, wajah klien tampak murung dan pendiam. Klien diam saat ditanya keluhannya, yang menjawab pertanyaan ibu klien. Menurut orang tua klien anak itu adalah anugerah dan amanah dari Allah SWT yang harus selalu dijaga, dilindungi, dididik supaya menjadi anak yang berguna bagi agama, bangsa dan negara. Pandangan orang klien terhadap identitas diri yakni identitas diri itu siapa diri kita dan bagaimana kepribadian kita sebenarnya.

h. Pola peran atau hubungan

Ibu klien mengatakan selama ini interaksi antara anggota keluarga tidak ada masalah, Ibu An A seorang ibu rumah tangga dan seorang karyawan selama di rumah sakit klien merindukan adiknya untuk diajak bermain. Klien sangat dekat dengan ibunya, kedua orang tua An A bekerja, kalau siang hari An A dan adiknya diasuh oleh neneknya.

j. Pola Toleransi Stress – mekanisme koping

Ibu klien mengatakan klien sering marah jika permintaannya tidak dipenuhi. Ibu klien mengalihkan perhatian dengan cara mengajak klien bermain atau nonton televisi kesukaannya. Klien juga pernah diajak liburan bersama keluarga ke kebun binatang

k. Pola – nilai keyakinan

Klien sering diberi nasehat atau diajarkan oleh orang tua untuk hidup sehat dengan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, pentingnya nilai asupan bagi tubuh. Orang tua klien juga menanamkan keyakinan bagi terhadap Allah SWT bahwa segala sesuatu itu baik atau buruk itu anugerah dari Allah SWT. Bagi orang tua hanya Allah

yang dapat menyembuhkan penyakit anaknya, dengan disertai dōā, tawakal, dan ikhtiar.

9. Pemeriksaan Fisik.

a. Keadaan Umum

Kesadaran klien composmentis, postur tubuh klien kurus dengan perut besar dan teraba keras. Tanda-tanda vital klien yaitu: suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, N 90 x / menit.

b. Pemeriksaan Fisik Lengkap

Bentuk kepala klien mesocephal. Rambut warna hitam, bersih dan tidak rontok. Mata normal, konjungtiva tidak anemis, isokor, simetris dan reflek cahaya baik. Hidung bersih, simetris, tidak ada nyeri tekan, telinga simetris, tidak ada serumen, pendengaran baik, mulut tidak ada stomatisis, lidah dan gigi agak kotor, leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

c. Pemeriksaan Dada

Dada simetris, suara paru sonor, perkusi bunyi pekak, auskultasi terdapat suara tambahan wheezing, penyempitan pada bronchus.

d. Abdomen

Inspeksi perut tampak besar, datar, tidak ada luka bekas operasi, palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada perut klien, perkusi bunyi thympani.

e. **Pemeriksaan Ekstremitas**

Ekstremitas atas simetris, tidak ada oedema, kuku kotor, tidak terpasang infus. Ekstremitas bawah simetris tidak ada oedema kaki, kuku kotor.

f. **Kulit**

Warna kulit klien sawo matang, turgor jelek.

B. Analisa Data

Pada hari Selasa tanggal 14 Agustus 2008, jam 10.00 WIB diperoleh data sebagai berikut, data subjektif ibu klien mengatakan klien sering muntah 3x sehari. Data objektifnya, kulit klien kering, turgor kulit jelek, perut besar dan teraba keras. Problemnya yaitu perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan. Etiologi, perubahan metabolisme nutrien makan oleh hepar, penurunan nafsu makan.

Pada jam 10.30 WIB diperoleh data subjektif ibu klien mengatakan anaknya sering cepat lelah dan lemas saat bermain. Data objektifnya terjadi penurunan masa otot atau tonus pada tubuh klien, klien tampak lemah. Dari data tersebut maka problemnya intoleransi aktivitas. Etiologinya gangguan metabolisme nutrien sekunder terhadap disfungsi hepar.

Pada jam 11.00 WIB diperoleh data subjektif ibu klien mengatakan klien sering sesak napas saat kelelahan, data objektifnya saat bernafas pengembangan dada klien tidak maksimal, saat takut pola nafas klien takipnea. Dari data tersebut maka problemnya resiko terhadap fungsi pernapasan. Etiologinya tekanan pada diafragma sekunder terhadap ansietas penurunan energi, kelemahan.

Pada jam 12.00 WIB diperoleh data subjektif ibu klien mengatakan klien sekarang menjadi anak pendiam. Data objektifnya wajah klien tampak murung dan pendiam, klien diam saat ditanya mengenai keluhannya yang menjawab ibu klien. Dari data tersebut maka problemnya adalah gangguan citra tubuh. Etiologinya penyakit yang dialami klien.

C. Diagnosa keperawatan

1. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan perubahan metabolisme nutrien makan oleh hepar, penurunan nafsu makan yang ditandai dengan data subjektif ibu klien mengatakan klien sering muntah 3x sehari. Data objektifnya, kulit klien kering, turgor kulit jelek, perut besar dan teraba keras.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan gangguan metabolisme nutrien sekunder terhadap disfungsi hepar yang ditandai dengan data subjektif ibu klien mengatakan anaknya sering cepat lelah dan lemas saat bermain. Data objektifnya terjadi penurunan masa otot / tonus pada tubuh klien, klien tampak lemah.
3. Resiko terhadap fungsi pernapasan berhubungan dengan terjadi tekanan pada diafragma sekunder terhadap ansietas penurunan energi, kelemahan. Data subyektifnya ibu klien mengatakan klien sering sesak napas saat kelelahan. Data obyektifnya klien takut pola napasnya cepat (takipnea).
4. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan penyakit yang dialami klien yang ditanda dengan data subjektif ibu klien mengatakan klien sekarang menjadi anak pendiam. Data subjektifnya ibu klien mengatakan sekarang

menjadi anak yang pendiam, malu terhadap orang lain. Data objektifnya wajah klien tampak murung dan pendiam, klien diam saat ditanya mengenai keluhannya yang menjawab ibu klien, menghindari dari orang lain.

E. Intervensi Keperawatan

Pada tanggal 14 Agustus 2008 jam 10.00 WIB penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa pertama yaitu Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan perubahan metabolisme nutrien makan oleh hepar, penurunan nafsu makan, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali 24 jam kebutuhan nutrisi klien tercukupi dengan kriteria hasil, data subjektif ibu klien mengatakan klien sudah muntah lagi. Data objektifnya kulit klien tidak kering dan turgor kulit baik. Intervensi pertama yang akan dilakukan yaitu menjelaskan kepada ibu klien pentingnya nutrisi bagi tubuh, rasionalnya meningkatkan pengetahuan ibu klien mengenai pentingnya nutrisi bagi tubuh. Intervensi yang kedua memberikan makan halus, dan menghindari makanan kasar sesuai indikasi, rasionalnya untuk mengurangi resiko perdarahan dari varises esofagus. Intervensi yang ketiga melakukan perawatan mulut, terutama sebelum makan, rasionalnya untuk mengurangi rasa tidak enak pada mulut klien. Intervensi yang keempat berkolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit, rasionalnya untuk menentukan porsi diit yang tepat bagi klien.

Pada tanggal 14 Agustus 2008 jam 10.30 WIB penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan gangguan metabolisme nutrien sekunder terhadap disfungsi

hepar dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali 24 jam aktivitas klien kembali normal, dengan kriteria hasil data subjektifnya klien tidak cepat lelah dan lemas saat bermain. Data objektifnya tidak ada penurunan masa otot atau tonus pada tubuh klien, klien tampak tidak lemah. Intervensi pertama yang dilakukan adalah mengkaji tingkat aktivitas klien, rasionalnya untuk mengetahui kemampuan aktivitas klien. Intervensi kedua membatasi aktivitas klien, rasionalnya untuk mengurangi pengeluaran energi yang berlebihan. Intervensi yang ketiga menjelaskan aktivitas-aktivitas yang dapat dilakukan klien, rasionalnya menambah pengetahuan klien. Intervensi keempat mengajarkan kepada klien aktivitas-aktivitas yang dapat dilakukan, rasionalnya agar klien dapat beraktivitas secara mandiri sesuai kemampuannya.

Pada tanggal 14 Agustus 2008 jam 11.00 WIB penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa ketiga yaitu resiko terhadap fungsi pernapasan berhubungan dengan terjadi tekanan pada diafragma sekunder terhadap ansietas penurunan energi, kelemahan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali 24 jam pola napas klien kembali normal, dengan kriteria hasil data subjektif klien tidak sesak nafas lagi saat kelelahan. Data obyektifnya pengembangan dada klien maksimal, pola nafas klien tidak cepat lagi. Intervensi pertama yang dilakukan mengatur posisi semi fowler, miring, rasionalnya untuk menurunkan tekanan pada diafragma. Intervensi kedua yaitu melatih klien bernapas dalam, rasionalnya membantu ekspansi paru. Intervensi yang ketiga menjelaskan kepada klien tentang cara bernafas yang efektif, menambah tingkat pengetahuan dan mengurangi kecemasan klien. Intervensi keempat yaitu mengkaji status

pernafasan, frekuensi, kedalaman, dan upaya pernafasan, rasionalnya untuk mengetahui sejauh mana keefektifan pola nafas klien.

Pada tanggal 14 Agustus 2008 jam 12.00 WIB penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa keempat yaitu gangguan citra tubuh berhubungan dengan penyakit yang dialami klien dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali 24 jam kembali menjadi anak yang periang dan tidak pemalu, dengan data objektifnya ibu klien mengatakan klien mau bermain lagi sama teman-temannya, data objektifnya klien mau mengungkapkan dan mendemonstrasikan penerimaan penampilan. Intervensi pertama yang dilakukan yaitu mengajarkan klien mengenai nama-nama dan fungsi tubuh, rasionalnya untuk meningkatkan pengetahuan bagi klien dan orang tua. Intervensi kedua yaitu mengajarkan kepada klien untuk menerima perubahan, rasionalnya agar klien bisa menerima perubahan fisiknya. Intervensi yang ketiga yaitu meminta kepada klien untuk menggambarkan tubuhnya, rasionalnya agar anak tidak malu dengan perubahan tubuhnya.

F. Implementasi Keperawatan

Pada tanggal 14 Agustus 2008 berkaitan dengan diagnosa pertama yaitu perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan perubahan metabolisme nutrien makan oleh hepar, penurunan nafsu makan, pada jam 12.00 WIB implementasi pertama yang dilakukan yaitu menjelaskan kepada ibu klien pentingnya nutrisi bagi tubuh, respon subjektifnya ibu klien bersedia mendengarkan penjelasan tentang pentingnya nutrisi. Respon objektifnya ibu klien mau bertanya bila belum paham. Implementasi kedua memberikan makan halus, dan menghindari makanan kasar sesuai indikasi, dengan respon

subjektif klien bersedia makan makanan halus, respon objektifnya klien mau makan makanan halus namun tidak habis. Implementasi yang ketiga melakukan perawatan mulut, terutama sebelum makan, respon subjektifnya klien bersedia gosok gigi sebelum makan, respon objektifnya klien mau menggosok gigi sebelum makan.

Pada tanggal 14 Agustus 2008 berkaitan dengan diagnosa kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan gangguan metabolisme nutrien sekunder terhadap disfungsi hepar, pada jam 12.30 WIB implementasi pertama yang dilakukan adalah mengkaji tingkat aktivitas klien, dengan respon subjektif ibu klien mengatakan segala aktivitas yang dilakukan klien, respon objektifnya klien tidak bersedia melakukan aktivitas yang diminta. Implementasi kedua yaitu membatasi aktivitas klien, respon subjektifnya ibu klien bersedia membatasi aktivitas klien, respon objektifnya ibu klien memberi nasehat kepada klien. Implementasi yang ketiga yaitu menjelaskan aktivitas-aktivitas yang dapat dilakukan klien, respon subjektifnya ibu klien bersedia mendengarkan penjelasan mengenai aktivitas yang bisa dilakukan oleh klien, respon objektif ibu klien mau mendengarkan dan menerapkan kepada klien. Implementasi yang keempat mengajarkan kepada klien aktivitas-aktivitas yang dapat dilakukan, dengan respon subjektifnya ibu klien bersedia diajari aktivitas yang dapat dilakukan klien, respon objektifnya klien mau melakukan aktivitas yang diajarkan dengan didampingi ibu klien.

Pada tanggal 14 Agustus 2008 berkaitan dengan diagnosa ketiga yaitu resiko terhadap fungsi pernapasan berhubungan dengan terjadi tekanan pada diafragma sekunder terhadap ansietas penurunan energi, kelemahan, pada jam 12.00 WIB implementasi pertama yang dilakukan yaitu mengatur posisi semi

fowler, miring, dengan respon subjektifnya klien bersedia tidur miring, semi fowler, respon objektifnya klien tampak tidur miring. Implementasi kedua yaitu melatih klien bernapas dalam, respon subjektifnya klien bersedia dilatih nafas dalam, dengan respon objektifnya klien mau berlatih nafas dalam. Implementasi yang ketiga menjelaskan kepada klien tentang cara bernafas yang efektif, respon subjektifnya ibu klien bersedia mendengarkan penjelasan cara bernafas efektif, respon objektifnya ibu klien mau bertanya jika belum paham.

Pada tanggal 14 Agustus 2008 jam 12.00 WIB berkaitan diagnosa keempat yaitu gangguan citra tubuh berhubungan dengan penyakit yang dialami klien pada jam 15.00 WIB implementasi pertama mengajarkan klien mengenai nama-nama dan fungsi tubuh, respon subjektifnya ibu klien bersedia mendengarkan penjelasan, respon objektifnya klien bersedia menyebutkan salah satu fungsi organ tubuh. Implementasi kedua yaitu mengajarkan kepada klien untuk menerima perubahan, dengan respon subjektif ibu klien bersedia mendengarkan penjelasan, respon objektifnya ibu klien kooperatif. Implementasi ketiga yaitu meminta kepada klien untuk menggambarkan tubuhnya, respon subjektifnya klien tidak mau menggambarkan tubuhnya, respon objektifnya klien tidak kooperatif.

G. Evaluasi Keperawatan

Diagnosa keperawatan pertama diagnosa pertama yaitu perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan perubahan metabolisme nutrien makan oleh hepar, penurunan nafsu makan, evaluasinya diperoleh data sebagai berikut : subjektif : ibu klien mengatakan klien tidak muntah lagi,

obyektif : perut klien masih tampak besar dan teraba keras, kulit kering, turgor kulit jelek, analisa : masalah teratasi sebagian, planning : lanjutkan intervensi.

Diagnosa kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan gangguan metabolisme nutrien sekunder terhadap disfungsi hepar, evaluasinya diperoleh data sebagai berikut : subjektif : ibu klien mengatakan klien masih cepat lelah dan lemas, obyektif : klien masih tampak lemah, analisa : masalah belum tertasi, planning : merubah intervensi.

Diagnosa ketiga yaitu Resiko terhadap fungsi pernafasan berhubungan dengan terjadi tekanan pada diafragma sekunder terhadap ansietas penurunan energi, kelemahan, evaluasinya diperoleh data sebagai berikut : subjektif: Ibu klien mengatakan klien tidak sesak nafas lagi, tapi saat kelelahan klien masih sesak nafas. Obyektif : klien kesulitan untuk bernafas, pengembangan dada kurang maksimal, analisa : masalah teratasi sebagian. Planning : lanjutkan intervensi.

Diagnosa keempat yaitu gangguan citra tubuh berhubungan dengan penyakit yang dialami klien, evaluasinya diperoleh data sebagai berikut : subjektifnya : ibu klien mengatakan masih minder terhadap orang lain, obyektifnya : klien tampak diam saat diberi pertanyaan, analisa : masalah belum teratasi, planning : merubah intervensi dan membujuk klien dengan membicarakan sesuatu yang disukai.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan kardiomegali pada An. A dilakukan selama 2x24 jam di ruang baitul athfal RSI Sultan Agung Semarang pada tanggal 14 Agustus 2008. Dimana dalam memberikan asuhan keperawatan penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi. Namun pada saat melakukan pengkajian penulis banyak kekurangan sebab penulis masih belum tahu detail bagaimana cara melakukan pengkajian pada kasus kardiomegali terlebih pada anak. Oleh karena itu masih belum lengkap pada pengkajian, pemeriksaan fisik, tumbuh kembang pada An. A serta pada saat menegakkan diagnosa dari data yang sudah didapatkan. Data yang sudah aktual seharusnya ditetapkan menjadi diagnosa tetapi penulis tidak mengangkatnya, sebab keterbatasan pengetahuan dan pengalaman dari penulis dalam memberikan asuhan keperawatan.

Pada awal masuk diagnosa klien hepatomegali akan tetapi selama dirawat diruangan, diagnosa berubah setelah menjalani berbagai pemeriksaan laboratorium seperti pemeriksaan thoraks dengan hasil yang menunjukkan kardiomegali. Berikut hasil dari rontgen Thoraks : cor membesar, paru TB sin. Pemeriksaan imunologi HBSAg negatif. Pengkajian ada banyak kekurangan seperti pada kesinambungan waktu antara klien masuk keruangan

Baitul athfal dengan saat pengkajian. Pada pengkajian dilaksanakan tanggal 14 Agustus 2008 pukul 10.00 WIB sedangkan pasien masuk pukul 10.00 WIB. Sebenarnya klien masuk lewat UGD terlebih dahulu pukul 05.00 WIB setelah itu klien dibawa ke ruang Baitul Athfal pada pukul 05.30 WIB, jadi penulis tetap melakukan pengkajian pada pukul 10.00 WIB tidak bersamaan dengan masuknya klien ke ruangan. Ini merupakan kesalahan dari penulis yang kurang teliti terhadap waktu pengkajian dan masuknya klien ke ruangan.

Dikeluhan utama yang dirasakan oleh klien yakni An. A sering muntah. Dalam sehari bisa 3 kali dengan komposisi cair dan ampas nasi yang sudah dimakan, warnanya kadang merah itu merupakan keterangan dari muntahnya tersebut. Dan seharusnya keterangan ini masuk kedalam munculnya keluhan. Pada karakteristik di riwayat penyakit sekarang terdapat susu kaleng cair bubuk ideal ini maksudnya susunya berupa cair dalam kemasan kaleng bermerk bubuk ideal. Kemudian saat An. A mengalami rasa nyeri, namun saat diberi obat nyerinya hilang. Disini penulis belum mencantumkan dan menanyakan obat apa yang diberikan kepada An. A saat An. A tersebut mengeluh nyeri pada perutnya. Sebab penulis kurang mencermati atau peka saat melakukan pengkajian terhadap An. A.

Ibu An. A mengatakan anaknya mendapat imunisasi setiap 6 bulan sekali. Sedangkan dalam teori jarak antara imunisasi pertama ke yang kedua tidak 6 bulan. Pada imunisasi BCG dilakukan pada umur 2 bulan dengan dosis 0.05 ml lewat intrakutan. Polio diberikan umur 3 bulan dengan dosis 2 tetes lewat oral, umur 5 bulan sebanyak 2 tetes, 7 bulan 2 tetes, 1,5 tahun 2 tetes, 5

tahun 2 tetes, 10 tahun 2 tetes. DPT diberikan pada usia 3 bulan 0.50 ml, 4 bulan 0.50 ml, 5 bulan 0,50 ml, 1,5-2 tahun 0,50 ml, 5 tahun sampai masuk SD 0,50 ml lewat intramuskuler atau subkutan. Tifus Abdominalis dan Paratifus A, B, C (TIPA) diberikan lewat subkutan usia 15 bulan dengan dosis 0,25 ml, 21 bulan 0,25 ml, 5 tahun sampai masuk SD 0,25 ml, 10 tahun sampai tamat SD 0,50 ml. Campak diberikan pada usia 9 bulan atau lebih lewat subkutan dengan dosis 0,50 ml tetapi penulis tidak mencantumkan karena penulis tidak melakukan pengkajian lebih mendalam.

Obat yang didapat An. A berupa primperan yang diminumkan 3X1/2 sehari setiap minum An. A mendapatkan obat sebanyak 5mg. Pada pola eliminasi maksudnya An. A BAB 2X sehari dengan konsistensi padat bau khas dan warna kuning. Sedangkan saat minum susu ideal tadi An. A BAB bisa 3X sehari dengan konsistensi cair, bau khas, warna kuning.

Di persepsi atau konsep diri penulis tidak mencantumkan kalau An. A malu terhadap perutnya yang besar dan sering kelelahan. Akan tetapi An. A tidak mengatakan langsung kepada penulis. Penulis tahu ini dari ibu An. A, menurut ibu An. A sebelum mengalami penyakit ini anaknya merupakan anak yang periang dan suka bergaul dengan teman-temannya. Data ini perlu dicantumkan untuk menegakkan diagnosa yang keempat Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan penyakit yang dialami oleh klien.

Selain itu pada pemeriksaan fisik terdapat kekurangan misalnya pada paru-paru : inspeksi seharusnya ditemukan nafas dangkal dan penggunaan otot bantu pernafasan, palpasi tidak dicantumkan taktil fremitus atau vocal fremitus

untuk melihat atau memastikan keseimbangan antara paru kanan dan paru kiri, perkusi sonor, auskultasi tedengar bunyi whezing. Pada jantung saat inspeksi ditemukan denyut jantung pada apek jantung, palpasi teraba denyut jantung, perkusi bunyi pekak, aukultasi ditemukan bunyi jantung S_3 (gallop) dan S_4 sedangkan pada S_1 dan S_2 biasanya melemah. Pada abdomen tidak dicantumkan bising usus, ini untuk mengetahui pengaruh pada tidak teraturnya bising usus akibat dari pembesaran hati, inspeksi abdomen tampak besar, auskultasi seharusnya dicantumkan bising usus, palpasi abdomen ditemukan tidak nyeri tekan akan tetapi seharusnya ada nyeri tekan, perkusi bunyi thimpani terkadang ditemukan pekak alih bila terjadi asites.

Pemeriksaan mata kurang dicantumkan sklera ikterik, dibutuhkan untuk melihat pada pemeriksaan penunjang tentang peningkatan bilirubin. Penulis kurang mencantumkan ini karena kurangnya ketelitian dan kejelian saat melakukan pengkajian, untuk menunjang menegakkan diagnosa perubahan pertukaran gas pada konjungtiva harus anemis. Sebab klien sering mengeluh sesak nafas saat bermain dalam hal ini akan kekurangan suplai oksigen didalam tubuh.

Saat pengkajian ditemukan data yang aktual tentang seperti pada pemeriksaan dada terdapat suara paru sonor, perkusi bunyi pekak, auskultasi terdapat bunyi tambahan wheezing, penyempitan dada pada bronkhus seharusnya ini muncul masalah keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan retraksi pengembangan thoraks akibat distensi abdomen dan sesak nafas. Sedangkan pada pemeriksaan ekstremitas ditemukan data

kuku tangan dan kaki kotor ini muncul masalah keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelelahan atau ketidaksanggupan klien merawat diri.

Setelah dilakukan pengkajian ditemukan empat diagnosa yaitu sebagai berikut:

- 1. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perubahan metabolisme nutrien makanan oleh hepar, penurunan nafsu makan.**

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah intake nutrisi tidak cukup untuk keperluan metabolisme tubuh. Dengan batasan karakteristik mayor (harus terdapat) individu yang tidak puasa melaporkan atau mengalami; masukan makanan tidak adekuat kurang lebih yang dianjurkan dengan atau tanpa penurunan berat badan atau kebutuhan-kebutuhan metabolik aktual atau potensial dalam masukan yang berlebihan. Dimanifestasikan oleh gejala-gejala dari faktor-faktor yang berhubungan seperti patofisiologis, berhubungan dengan tindakan, situasional, maturasional (Carpenito, 2001).

Diagnosa keperawatan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perubahan metabolisme nutrient makanan oleh hepar, penurunan nafsu makan. Penulis angkat karena pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data-data ibu An. A mengatakan An. A sering muntah 3X sehari, kulit kering, perut besar dan teraba keras, turgor kulit jelek. Data-data yang dicantumkan oleh penulis kurang tepat dikarenakan kurang pengetahuan dan pengalaman memberikan asuhan keperawatan pada kasus hepatomegali yang dilakukan oleh penulis. Data yang tepat tentang diagnosa ini meliputi;

penurunan berat badan, tidak nafsu makan, saat makan mudah menjadi kenyang, tonus otot jelek, membran mukosa dan konjungtiva pucat, alasan klien tidak mau makan, kendala klien untuk mencukupi kebutuhan nutrisinya.

Etiologi yang penulis tegakkan untuk diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah perubahan metabolisme nutrien makanan oleh hepar, penurunan nafsu makan. Disini ada kesenjangan antara etiologi dan data subjektif, data objektif. Data yang penulis dapatkan kurang menunjang untuk menegakkan etiologi pada diagnosa tersebut. Ini merupakan pengalaman pertama penulis memberikan asuhan keperawatan.

Penulis memprioritaskan diagnosa keperawatan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perubahan metabolisme nutrien makanan oleh hepar, penurunan nafsu makan. Penulis menempatkan diagnosa tersebut pada prioritas ketiga, karena menurut Hierarki Maslow perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh termasuk dalam kebutuhan dasar (fisiologis) yang kedua setelah oksigen dan cairan sehingga bila tidak segera ditangani akan menyebabkan penurunan berat badan yang cepat, dehidrasi, tubuh terasa lemas dan tidak punya energi untuk aktivitas. Selain itu juga akan timbul masalah keperawatan kekurangan volume cairan akibat dari muntah tadi yang tidak segera ditangani. Sehingga muncul turgor kulit jelek atau kurang elastis, kulit kering. Alasan penulis tidak mengambil diagnosa kekurangan volume cairan karena kurang ketelitian dan kejelian dari penulis. Sebab data yang ditemukan pada An. A sudah akurat untuk menegakkan diagnosa kekurangan volume cairan.

Menegakkan diagnosa kekurangan volume cairan membutuhkan diperlukan data sebagai berikut : data mayor (ketidacukupan masukan oral, keseimbangan negatif antara masukan dan haluaran, penurunan berat badan, kulit atau membran mukosa kering), data minor (peningkatan natrium serum, penurunan haluaran serum atau haluaran urine berlebihan, urine memekat atau sering berkemih, penurunan turgor kulit, haus, mual, anoreksia), sedangkan An. A mendapatkan cairan hanya lewat minum air putih saja. Selain itu penulis juga tidak melakukan penghitungan output dari An. A setiap harinya. Memang dari segi kebutuhan menurut Hierarki maslow cairan merupakan kebutuhan kedua setelah oksigen. Penulis lebih menegakkan diagnosa kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang akan berpengaruh pada kondisi penyakit An. A serta kekuatan tubuh klien juga tidak kalah pentingnya dampak terhadap tumbuh kembangnya. Pada diagnosa ini seharusnya dicantumkan antropometri (tinggi badan, berat badan saat ini 14.5 kg, lingkaran lengan, lingkaran dada). Biokimia (SGOT 66 unit / L, SGPT 20 unit / L, Bilirubin total 1.88 mg/100, Bilirubin direk 0.41 mg / 100, Bilirubin indirek 1.47 mm / 100 ml). Clinical sign (Nadi 90 X / menit, suhu 36,5). Diet nasi tim.

Masalah keperawatan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perubahan metabolisme nutrisi makanan oleh hipar, penurunan nafsu makan. Penulis membuat rencana tindakan keperawatan yang bertujuan agar status nutrisi klien tercukupi. Rencana tindakan keperawatannya antara lain : jelaskan kepada ibu klien pentingnya nutrisi bagi tubuh, memberikan makan halus, dan menghindari makanan kasar sesuai indikasi,

rasionalnya untuk mengurangi resiko perdarahan dari varises esofagus. Intervensi yang ketiga melakukan perawatan mulut, terutama sebelum makan, rasionalnya untuk mengurangi rasa tidak enak pada mulut klien. Intervensi yang keempat berkolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit, rasionalnya untuk menentukan porsi diit yang tepat bagi klien.

Implementasi yang dilakukan penulis sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat yakni : pertama yang akan dilakukan yaitu menjelaskan kepada ibu klien pentingnya nutrisi bagi tubuh, rasionalnya meningkatkan pengetahuan ibu klien mengenai pentingnya nutrisi bagi tubuh. Intervensi yang kedua memberikan makan halus seperti nasi tim , dan menghindari makanan kasar sesuai indikasi, rasionalnya untuk mengurangi resiko perdarahan dari varises esofagus. Intervensi yang ketiga melakukan perawatan mulut, terutama sebelum makan, rasionalnya untuk mengurangi rasa tidak enak pada mulut klien. Intervensi yang keempat berkolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit, rasionalnya untuk menentukan porsi diit yang tepat bagi klien.

Hasil evaluasi yang didapat dengan melihat tujuan dan kriteria hasil ditemukan catatan perkembangan : subjektif : Ibu klien mengatakan klien tidak muntah lagi, obyektif : perut klien masih tampak besar dan teraba keras, kulit kering, turgor kulit jelek, analisa : masalah teratasi sebagian, planning : lanjutkan intervensi : jelaskan kepada ibu klien pentingnya nutrisi bagi tubuh, memberikan makan halus, dan menghindari makanan kasar sesuai indikasi, rasionalnya untuk mengurangi resiko perdarahan dari varises esofagus. Intervensi yang ketiga melakukan perawatan mulut, terutama sebelum makan,

rasionalnya untuk mengurangi rasa tidak enak pada mulut klien. Intervensi yang keempat berkolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit, rasionalnya untuk menentukan porsi diit yang tepat bagi klien.

Selain itu juga, ibu An. A mengatakan asupan cairan atau minuman yang diminum oleh anaknya sehari mencapai 6-7 gelas. Sedangkan asupan nutrisi An. A kurang sebab saat makan perut terasa lebih cepat kenyang dan mudah muntah. Menurut penulis masalah ini lebih menonjol dari pada kekurangan volume cairan. Jika masalah ini diangkat maka akan menjadi prioritas kedua oleh penulis untuk memberikan asuhan keperawatan. Dengan alasan pada Hierarki Maslow cairan merupakan kebutuhan kedua setelah oksigen. Maka diagnosanya kekurangan volume cairan berhubungan dengan mual muntah. Sebenarnya pada kasus kardiomegali diagnosa keperawatan yang sering muncul adalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya laju filtrasi glomerulus (menurunnya curah jantung) atau meningkatnya produksi ADH dan retensi natrium atau air.

Intervensi yang akan dilakukan oleh penulis pada diagnosa ini adalah pantau berat badan, suhu tubuh, kelembaban pada rongga oral, volume dan konsentrasi urine rasionalnya untuk mengetahui penurunan berat badan dan cairan yang dikeluarkan oleh tubuh lewat keringat, uap, urine. Berikan : bentuk-bentuk cairan yang menarik (es krim bertangkai, jus dingin, es berbentuk kerucut, susu dengan ditambah sayur-sayuran berwarna), wadah yang tidak biasa (cangkir berwarna, sedotan), sebuah permainan atau aktivitas (suruh anak minum jika giliran anak) rasionalnya membujuk anak atau

membuat anak tertarik supaya mau minum. Namun intervensi ini tidak dapat diimplementasikan karena tidak ada pasiennya atau asuhan keperawatan ini dilakukan pada tahun 2008 dan sekarang pasiennya ada dirumah.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan gangguan metabolisme sekunder terhadap disfungsi hepar

Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi secara fisiologis maupun psikologis untuk meneruskan atau menyelesaikan aktivitas yang diminta atau aktivitas sehari-hari (Mahasiswa PSIK B FK UGM, 2002). Dengan batasan karakteristik : melaporkan secara verbal adanya kelelahan atau kelemahan, respon abnormal dari tekanan darah atau nadi terhadap aktivitas, perubahan EKG yang menunjukkan aritmia atau iskemia, adanya dispnea atau ketidaknyamanan saat beraktivitas.

Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan gangguan metabolisme sekunder terhadap disfungsi hepar. Penulis angkat karena pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data-data subjektifnya klien tidak cepat lelah dan lemas saat bermain. Data objektifnya tidak ada penurunan masa otot atau tonus pada tubuh klien, klien tampak lemah. Karena kasus ini berubah menjadi kardiomegali penulis merubah etiologinya menjadi berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen atau kebutuhan, kelemahan umum. Didukung dengan data klien sering sesak nafas saat bermain, klien tampak lemah.

Pengkajian yang dilakukan penulis belum cukup untuk menegakkan diagnosa diatas sebab belum ada data-data yang harus ada didalam teori belum

ditemukan pada An. A seperti data mayor yang harus terdapat selama aktivitas kelemahan , pusing, dispnea 3 menit setelah aktivitas, kelelahan akibat aktivitas, frekuensi pernafasan >24, frekuensi nadi >95. Data minornya : pucat atau sianosis, konfusi, vertigo. Penulis tidak jeli saat melakukan pengkajian sehingga data-data yang dibutuhkan kurang menunjang untuk menegakkan diagnosa.

Penulis memprioritaskan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen atau kebutuhan, kelemahan umum menjadi diagnosa ketiga karena menurut Hierarki Maslow intoleransi aktivitas merupakan kebutuhan istirahat atau keamanan dan keselamatan agar tubuh bisa menjadi lebih segar untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Selain itu tercukupinya oksigen ke otak yang dapat membantu kita dalam melakukan kegiatan.

Penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan klien tidak mengalami intoleransi aktivitas intervensi pertama yang dilakukan adalah mengkaji tingkat aktivitas klien, rasionalnya untuk mengetahui kemampuan aktivitas klien. Intervensi kedua membatasi aktivitas klien, rasionalnya untuk mengurangi pengeluaran energi yang berlebihan. Intervensi yang ketiga menjelaskan aktivitas-aktivitas yang dapat dilakukan klien seperti bermain puzzle ditempat tidur, rasionalnya menambah pengetahuan klien. Intervensi keempat mengajarkan kepada klien aktivitas-aktivitas yang dapat dilakukan, rasionalnya agar klien dapat beraktivitas secara mandiri sesuai kemampuannya.

Implementasi asuhan keperawatan pada diagnosa tersebut penulis tidak mengalami hambatan, sebab klien dan keluarga kooperatif. Implementasi pertama yang dilakukan adalah mengkaji tingkat aktivitas klien, dengan respon subjektif ibu klien mengatakan segala aktivitas yang dilakukan klien, respon objektifnya klien tidak bersedia melakukan aktivitas yang diminta. Implementasi kedua yaitu membatasi aktivitas klien, respon subjektifnya ibu klien bersedia membatasi aktivitas klien, respon objektifnya ibu klien memberi nasehat kepada klien. Implementasi yang ketiga yaitu menjelaskan aktivitas-aktivitas yang dapat dilakukan klien, respon subjektifnya ibu klien bersedia mendengarkan penjelasan mengenai aktivitas yang bisa dilakukan oleh klien, respon objektif ibu klien mau mendengarkan dan menerapkan kepada klien. Implementasi yang yaitu keempat mengajarkan kepada klien aktivitas-aktivitas yang dapat dilakukan, dengan respon subjektifnya ibu klien bersedia diajari aktivitas yang dapat dilakukan klien, respon objektifnya klien mau melakukan aktivitas yang diajarkan dengan didampingi ibu klien.

Evaluasi diagnosa kedua ditemukan catatan perkembangan subjektif : ibu klien mengatakan klien masih cepat lelah dan lemas, objektif : klien masih tampak lemah, analisa : masalah belum teratasi, planning : merubah intervensi.

3. Resiko terhadap fungsi pernafasan berhubungan dengan tekanan pada diafragma sekunder terhadap ansietas, penurunan energi, kelemahan.

Resiko terhadap fungsi pernafasan adalah keadaan dimana seorang individu beresiko mengalami suatu ancaman pada jalannya udara yang melalui

saluran pernapasan dan pada pertukaran gas (CO₂ dan O₂) antara paru-paru dan sistem vaskuler (Carpenito, 2001).

Diagnosa resiko terhadap fungsi pernafasan berhubungan dengan tekanan pada diafragma sekunder terhadap ansietas, penurunan energi, kelemahan. Penulis angkat karena pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data-data subjektif ibu klien mengatakan klien sering sesak nafas saat kelelahan, data objektifnya saat bernafas pengembangan dada klien tidak maksimal, saat takut pola nafas klien takipnea. Terdapat kesenjangan dalam teori dan kasus pada An. A. Seperti An. A kelelahan dan sesak nafas yang data-data ini tidak sesuai jika dimasukkan kediagnosa resiko fungsi pernafasan. Hal ini disebabkan karena kurang ketelitian dari penulis.

Pengkajian yang dilakukan penulis kurang tepat untuk menegakkan diagnosa diatas karena data-data yang muncul pada An. A kurang sesuai dimasukkan ke diagnosa resiko fungsi pernafasan Tetapi keluhan yang dirasakan oleh klien bukan resiko lagi melainkan sudah aktual. Ini dikarenakan penulis kurang teliti dan kurang mencari informasi saat menegakkan diagnosa.

Penulis memprioritas diagnosa ini ketiga tetapi seharusnya diagnosa ini menjadi diagnosa pertama menurut Hierarki Maslow sebab jika tidak segera ditangani akan menyebabkan kematian atau kecacatan organ karena tidak tercukupinya kebutuhan oksigen oleh sel-sel tubuh.

Penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa ketiga yaitu resiko terhadap fungsi pernafasan berhubungan dengan terjadi tekanan pada diafragma sekunder terhadap ansietas penurunan energi, kelemahan

dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 X 24 jam pola nafas klien kembali normal, dengan kriteria hasil data subjektif klien tidak sesak nafas lagi saat kelelahan. Data obyektifnya pengembangan dada klien maksimal, pola nafas klien tidak cepat lagi. Intervensi pertama yang dilakukan mengatur posisi semi fowler, miring, rasionalnya untuk menurunkan tekanan pada diafragma. Intervensi kedua yaitu melatih klien bernafas dalam, rasionalnya membantu ekspansi paru. Intervensi yang ketiga menjelaskan kepada klien tentang cara bernapas yang efektif, menambah tingkat pengetahuan dan mengurangi kecemasan klien. Intervensi keempat yaitu mengkaji status pernafasan, frekuensi, kedalaman, dan upaya pernafasan, rasionalnya untuk mengetahui sejauh mana keefektifan pola nafas klien.

Implementasi pertama yang dilakukan yaitu mengatur posisi semi fowler, miring, dengan respon subjektifnya klien bersedia tidur miring, semi fowler, dengan respon subjektifnya klien bersedia tidur miring, semi fowler, respon subjektifnya klien tampak tidur miring. Implementasi kedua yaitu melatih klien bernapas dalam, respon subjektifnya klien bersedia dilatih napas dalam, dengan respon obyektifnya klien mau berlatih napas dalam. Implementasi yang ketiga menjelaskan kepada klien tentang cara bernapas yang efektif, respon subjektifnya ibu klien bersedia mendengarkan penjelasan cara bernafas efektif, respon obyektifnya ibu klien mau bertanya jika belum paham.

Evaluasi ditemukan catatan perkembangan subjektif: Ibu klien mengatakan klien tidak sesak napas lagi, tapi saat kelelahan klien masih sesak

napas. Objektif : klien kesulitan untuk bernapas, pengembangan dada kurang maksimal, Analisa : masalah teratasi sebagian. Planning: Lanjutkan intervensi.: mengatur posisi semi fowler, miring, melatih klien bernapas dalam, menjelaskan kepada klien tentang cara bernapas yang efektif, menambah tingkat pengetahuan dan mengurangi kecemasan klien. mengkaji status pernapasan, frekuensi, kedalaman, dan upaya pernafasan, rasionalnya untuk mengetahui sejauh mana keefektifan pola nafas klien.

Sebenarnya diagnosa ini kurang sesuai dengan masalah atau data yang penulis dapatkan saat pengkajian. Masalah yang seharusnya muncul adalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan retraksi pengembangan thoraks akibat distensi abdomen dan sesak nafas. Masalah ini juga bukan resiko lagi tetapi sudah aktual jadi harus segera ditangani. Ketidakefektifan pola nafas adalah keadaan dimana seorang individu mengalami kehilangan ventilasi yang aktual atau potensial yang berhubungan dengan perubahan pola nafas. Dengan data mayor (harus terdapat) perubahan dalam frekuensi atau pola pernafasan (dari nilai dasar), perubahan pada nadi. Data minor ortopnea, takipnea, hiperventilasi, pernafasan disritmik, pernafasan sukar atau berhati-hati. Menurut Hierarki Maslow masalah ini merupakan masalah utama yang berkaitan dengan kecukupan atau terpenuhinya oksigen didalam tubuh (Carpenito, 2001).

Intervensi untuk diagnosa ini yaitu meninggikan bagian kepala tempat tidur, rasionalnya : mengurangi tekanan abdominal pada diafragma dan memungkinkan pengembangan thoraks dan ekspansi paru yang maksimal. Hemat tenaga pasien rasionalnya : mengurangi kebutuhan metabolik dan

oksigen pada pasien. Ubah posisi dengan interval rasionalnya meningkatkan ekspansi (pengembangan dan oksigenasi pada semua bagian paru). Diagnosa ini tidak ditegakkan oleh penulis karena kurangnya pengalaman dan skilil dari penulis untuk memberikan asuhan keperawatan. Selain itu juga disebabkan oleh kurang tanggap dan cermatnya penulis dalam menegakkan diagnosa keperawatan saat memberikan asuhan keperawatan pada An. A.

4. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan penyakit yang dialami klien

Gangguan citra tubuh adalah gangguan pada seseorang menerima gambaran tubuhnya. Dengan batasan karakteristik (harus terdapat). Respon negative verbal ataupun non verbal terhadap perubahan aktual atau dalam struktur dan atau fungsi. Misal : malu, keadan yang memalukan, bersalah, reaksi mendadak. Data minor tidak melihat bagian tubuh, tidak menyentuuh bagian tubuh, bersembunyi atau memajukan bagian tubuh secara berlebihan, perubahan dalam keterlibatan sosial, perasaan negatif terhadap tubuh, perasaan ketidakberdayaan, keputusasaan, tidak ada kekuatan, kerentanan, laut dalam perubahan atau kehilangan, penolakan untuk membuktikan perubahan aktual, depersonalisasi bagian tubuh atau kehilangan, tingkah laku atau menarik diri (misalnya mutilasi, usaha bunuh diri, makan berlebihan, kurang makan) (Carpenito, 2001).

Diagnosa gangguan citra tubuh berhubungan dengan penyakit yang dialami klien. Penulis angkat karena pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data-data ibu klien mengatakan An. A sekarang menjadi anak yang pendiam, malu terhadap orang lain. Data objektifnya wajah klien tampak murung dan

pendiam, klien diam saat ditanya mengenai keluhannya yang menjawab ibu klien, menghindar dari orang lain.

Pengkajian yang dilakukan penulis sudah cukup untuk menegakkan diagnosa diatas karena data-data yang harus ada didalam teori ditemukan pada An. A.

Penulis memprioritaskan diagnosa ini ke diagnosa terakhir sebab tidak begitu mengancam kecacatan. Menurut Hierarki Maslow sebab jika tidak segera ditangani akan menyebabkan gangguan jiwa dan sangat berpengaruh pada hidupnya mendatang. Dan akan berpengaruh terhadap tumbuh kembangnya pada psikososial An. A. Seperti An. A tidak mau bergaul dengan temannya yang menyebabkan klien menghindar dari orang lain dan tidak percaya diri. Jika hal ini berlanjut maka akan membuat klien terganggu pada pembentukan karakter dan kepribadian klien.

Penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa keempat yaitu gangguan citra tubuh berhubungan dengan penyakit yang dialami klien dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali 24 jam kembali menjadi anak yang periang dan tidak pemalu, dengan data objektifnya ibu klien mengatakan klien mau bermain lagi sama teman-temannya, data objektifnya klien mau mengungkapkan dan mendemonstrasikan penerimaan penampilan. Intervensi pertama yang dilakukan yaitu mengajarkan klien mengenai nama-nama dan fungsi tubuh, rasionalnya untuk meningkatkan pengetahuan bagi klien dan orang tua. Intervensi kedua yaitu mengajarkan kepada klien untuk menerima perubahan, rasionalnya agar klien bisa menerima

perubahan fisiknya serta untuk tetap mempertahankan kepercayaan diri An. A. Hal ini akan mempengaruhi aktualisasi diri An. A yang masih duduk di taman kanak-kanak yang masih dalam tahap mengeksplor dirinya. Selain itu juga akan menghambat kreativitas An. A, sedangkan An. A masih dalam masa belajar sambil bermain. Intervensi yang ketiga yaitu meminta kepada klien untuk menggambarkan tubuhnya, rasionalnya agar anak tidak malu dengan perubahan tubuhnya.

Implementasi pertama mengajarkan klien mengenai nama-nama dan fungsi tubuh, respon subjektifnya ibu klien bersedia mendengarkan penjelasan, respon objektifnya klien bersedia menyebutkan salah satu fungsi organ tubuh. Implementasi kedua yaitu mengajarkan kepada klien untuk menerima perubahan, dengan respon subjektif ibu klien bersedia mendengarkan penjelasan, respon objektifnya ibu klien kooperatif. Implementasi ketiga yaitu meminta kepada klien untuk menggambarkan tubuhnya, respon subjektifnya klien tidak mau menggambarkan tubuhnya, respon objektifnya klien tidak kooperatif.

Pada evaluasi ditemukan perkembangan sebagai berikut : Subjektifnya : ibu klien mengatakan masih minder terhadap orang lain, Objektifnya : klien tampak diam saat diberi pertanyaan. Analisa : masalah belum teratasi, Planning : merubah intervensi dan membujuk klien dengan membicarakan sesuatu yang disukai.

Saat melakukan asuhan keperawatan pada anak tetap atau selalu melibatkan orang tua dan saudara kandungnya. Sebab anak merupakan seorang

individu yang unik dan tidak dapat lepas dari orang tuanya. Hal ini dibutuhkan untuk mencari data berkaitan dengan penyakit yang dialami oleh klien seperti kebiasaan orang tua akan mempengaruhi pola kesehatan anaknya, cara mengasuh serta keadaan lingkungan. Selain itu, juga mempermudah untuk menjalin hubungan saling percaya terhadap klien dan perawat, dan mempermudah memberikan asuhan keperawatan.

Pada pengkajian ditemukan data kuku tangan dan kaki kotor seharusnya ini muncul suatu diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan keletihan atau ketidakmampuan klien merawat diri. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena kurang pemahaman dan sumber informasi untuk menegakkan diagnosa ini. Data yang harus dicantumkan pada diagnosa ini yakni : kurang mandi sendiri (meliputi membasuh keseluruhan tubuh, menyisir rambut, menggosok gigi, melakukan perawatan kulit dan kuku serta menggunakan tata rias). Tidak dapat atau tidak ada keinginan untuk membasuh tubuh atau bagian tubuh. Tidak dapat untuk mendapatkan suatu sumber air. Tidak dapat untuk mengatur suhu atau aliran air. Ketidak mampuan untuk menerima kebutuhan akan teknik kebersihan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari penjelasan yang telah dipaparkan penulis dapat disimpulkan bahwa dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa kardiomegali adalah pembesaran pada organ jantung sebagai akibat dari keadaan jantung yang tidak sanggup memompakan darah secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan tubuh, sedangkan *venousfilling pressure* cukup baik.

Pada karya tulis yang telah disusun penulis, dapat disimpulkan bahwa penulis belum mampu melakukan pengkajian secara komprehensif dan sistematis. Sebab penulis kurang pengalaman dan pengetahuan tentang pemberian asuhan keperawatan kardiomegali. Akan tetapi pada awalnya asuhan keperawatan ini dengan kasus hepatomegali, dan ini berubah seiring dengan dilakukannya pemeriksaan laboratorium untuk menunjang ditegakkannya diagnosa baru.

Dari pengkajian yang telah dilakukan, penulis mampu menyusun analisa data untuk menentukan adanya masalah keperawatan yang kemudian penulis menetapkan enam diagnosa keperawatan meliputi :

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan kelelahan retraksi pengembangan thoraks akibat distensi abdomen dan sesak nafas.
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan mual muntah

3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual muntah, penurunan nafsu makan.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai oksigen atau kebutuhan, kelemahan umum.
5. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan penyakit yang dialami klien.
6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan keletihan atau ketidakmampuan klien merawat diri.

Dari diagnosa yang telah ditetapkan penulis, penulis menyusun rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi ke enam diagnosa tersebut. Rencana tindakan keperawatan disusun untuk mengatasi ke enam diagnosa yang telah ditetapkan oleh penulis.

Penulis mampu mengimplementasikan empat rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat dan mendapatkan respon yang baik dari keluarga. Implementasi untuk dua diagnosa lainnya tidak bisa dilaksanakan karena tidak ada pasiennya. Setelah berhasil mengimplementasikan empat rencana tindakan keperawatan, penulis melakukan evaluasi yang digunakan sebagai tolok ukur keberhasilan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien kardiomegali.

B. Saran

1. Penulis

Dalam melakukan asuhan keperawatan penulis harus mampu menguasai konsep medis maupun konsep keperawatan secara menyeluruh dan

mencari informasi yang lebih untuk memberikan asuhan keperawatan.

Supaya menghasilkan asuhan keperawatan yang komprehensif.

2. Medis Institusi

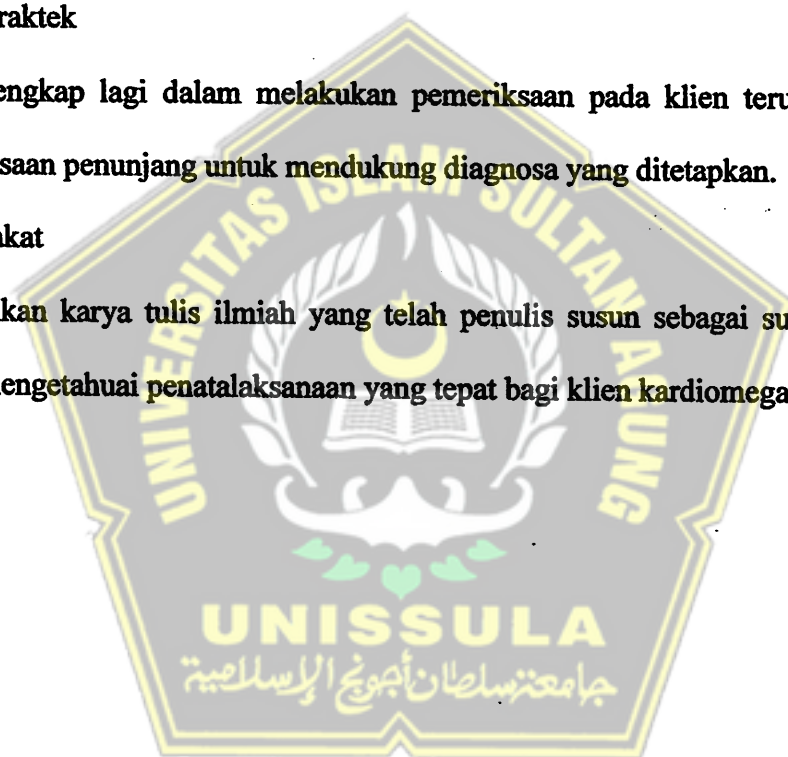
Menjadikan karya tulis ilmiah yang telah disusun penulis sebagai kepastakaan untuk menopang penyusunan karya tulis ilmiah pada kasus kardiomegali.

3. Lahan praktek

Lebih lengkap lagi dalam melakukan pemeriksaan pada klien terutama pemeriksaan penunjang untuk mendukung diagnosa yang ditetapkan.

4. Masyarakat

Menjadikan karya tulis ilmiah yang telah penulis susun sebagai sumber untuk mengetahui penatalaksanaan yang tepat bagi klien kardiomegali.



DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, LJ. 2001. *Buku saku diagnosa keperawatan* (terjemahan Monica Ester, S.Kep). Jakarta : EGC
- Doengoes, Marylin. 2000. *Diagnosa keperawatan edisi 3* (terjemahan I Made Kariase, & Ni Made Sumarwati). Jakarta : EGC
- Hasan, Dr. Rusepno dan Dr. Husein Alatas. 2005. *Ilmu kasehatan anak jilid 2*. Jakarta : Fakultas kedokteran universitas Indonesia
- Hidayat, Aziz Alimul. 2005. *Pengantar ilmu keperawatan anak 1*. Jakarta : Salemba Medika
- Price, Sylvia Anderson, dan Lorraine M. Wilson. 2006. *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit*. Jakarta : EGC
- Rilantono, Lily Ismudiati, dan Faisal Baraas. 2004. *Kardiologi*. Jakarta : Fakultas kedokteran universitas indonesia
- Salam, Nur, & Rekawati Susilo Ningrum. 2005. *Asuhan keperawatan bayi dan anak*. Jakarta : Salemba Medika
- Sudoyo, Bambang Setiyohadi, dkk. 2007. *Buku ajar ilmu penyakit dalam Jilid III Edisi IV*, Jakarta : Fakultas kedokteran universitas indonesia
- Wong, Donna L, David Wilson, dkk. 2009. *Buku ajar keperawatan pediatrik* (terjemahan Hartono Andri, Sari Kurnianingsih, dkk). Jakarta : EGC