

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK S YANG MENGALAMI
TETRALOGY OF FALLOT DI RUANG MELATI RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh :

DELLA AMANDA PUTRI

NIM : 13. 113082. 1. 0738

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2016

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tetralogi of fallot (kelainan jantung bawaan) adalah penyakit jantung kongenital yang merupakan suatu bentuk penyakit kardiovaskular yang ada sejak lahir dan terjadi karena kelainan perkembangan dengan gejala sianosis karena terdapat kelainan VSD (Defek Septum Ventrikel), stenosis pulmonal (penyempitan pada pulmonalis), hipertrofi ventrikel kanan (penebalan otot ventrikel kanan), dan overriding aorta (katup aorta membesar) Nursalam dkk (2006).

Di Amerika Serikat, 10% kasus penyakit jantung kongenital adalah *Tetralogy Of Fallot (TOF)*, sedikit lebih banyak laki-laki dibandingkan perempuan. Seiring dengan meningkatnya angka kelahiran di Indonesia, jumlah bayi yang lahir dengan penyakit jantung juga meningkat. Dua per tiga kasus penyakit jantung bawaan di Indonesia memperlihatkan gejala pada masa neonatus. Sebanyak 25-30% penderita penyakit jantung bawaan yang memperlihatkan gejala pada masa neonatus meninggal pada bulan pertama usianya jika tanpa penanganan yang baik. Sekitar 25% pasien TOF yang tidak diterapi akan meninggal dalam 1 tahun pertama kehidupan, 40% meninggal sampai usia 4 tahun, 70% meninggal sampai usia 10 tahun, dan 95% meninggal sampai usia 40 tahun, Anonim (2012).

Kelainan ini lebih sering muncul pada laki – laki daripada perempuan. Dan secara khusus katup aorta bikuspid bisa menjadi tebal sesuai usia, sehingga stenosis bisa timbul. Hal ini dapat diminimalkan dan dipulihkan dengan operasi sejak dini. Sehingga deteksi dini penyakit ini pada anak – anak sangat penting dilakukan sebelum komplikasi yang lebih parah terjadi, Guyton dan Arthur C (2006).

Jika dibiarkan kelainan jantung bawaan pada anak ini akan menimbulkan beberapa komplikasi antara lain adalah sebagai berikut, yaitu : 1) trombosis serebri; 2) abses otak; 3) endokarditis bakterialis; 4) gagal jantung kongestif; 5) hipoksia.

Berdasarkan data yang diambil dari catatan medik RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda di ruang Melati terhubung mulai Januari 2016 sampai dengan bulan Mei 2016 jumlah penderita *Tetralogy Of Fallot* sebanyak 11 orang pasien yang dirawat.

Dari latar belakang di atas maka penulis tertarik membuat karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada An. S Yang Mengalami Tetralogy Of Fallot D Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan yang telah diuraikan pada latar belakang, maka rumusan masalah pada penulisan karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana

pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada klien An. S dengan Tetralogy Of Fallot di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie ?”.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengetahui gambaran dan pengalaman nyata secara langsung tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Klien An. S dengan Tetralogy Of Fallot di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Tujuan Khusus dari penulisan karya tulis ilmiah adalah untuk memperoleh pengalaman nyata dalam pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Klien An. S dengan Tetralogy Of Fallot di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, dan menganalisa kesenjangan-kesenjangan antara teori dan kasus khususnya dalam hal :

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien An. S dengan Tetralogy Of Fallot.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan sesuai prioritas pada klien An. S dengan Tetralogy Of Fallot.
- c. Merencanakan tindakan keperawatan pada klien An. S dengan Tetralogy Of Fallot.

- d. Mengimplementasikan rencana tindakan keperawatan pada klien An. S dengan Tetralogy Of Fallot.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan yang telah dilakukan terhadap klien An. S dengan Tetralogy Of Fallot.
- f. Mendemonstrasikan asuhan keperawatan pada klien An. S dengan Tetralogy Of Fallot.

D. Metode Penulisan

Melalui penulisan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan. Adapun metode pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

Melakukan tanya jawab secara langsung antara klien dan juga keluarga klien dengan perawat maupun dokter, untuk mengetahui secara pasti kondisi klien.

2. Observasi

Teknik ini digunakan secara langsung untuk mengenali dan mengamati berbagai masalah yang timbul pada klien.

3. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan yang dilakukan secara keseluruhan dari kepala sampai ujung kaki melalui 4 tahap pemeriksaan yaitu :

- Inspeksi yaitu memeriksa dengan cara melihat klien secara keseluruhan.
- Palpasi yaitu memeriksa dengan meraba klien dari klien hingga kaki dan khususnya pada tekanan bola mata.
- Auskultasi yaitu memeriksa dengan mendengarkan melalui stetoskop bunyi paru, jantung dan abdomen.
- Perkusi yaitu memeriksa dengan mengetuk daerah paru-paru, abdomen dan tubuh klien yang lainnya.

4. Studi Dokumentasi

Data diperoleh dari dokumentasi yang terdapat pada catatan perawatan klien, catatan medis serta catatan dari tim kesehatan lain yang langsung berhubungan.

5. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan digunakan untuk mengumpulkan data teori yang berhubungan dengan isi karya tulis ilmiah tersebut, terdiri dari buku-buku dan beberapa sumber lain yang menunjang penulisan karya tulis ilmiah ini.

E. Sistematika Penulisan

Penyusunan karya tulis ilmiah ini terbagi dalam lima bab, yaitu bab satu pendahuluan yang meliputi latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab dua tinjauan pustaka yang meliputi pengertian, etiologi, patofisiologis, tanda dan gejala,

penatalaksanaan medis, komplikasi (jika ada), pemeriksaan diagnostik dan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan pendokumentasian. Bab tiga tinjauan kasus meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada kasus yang dikelola. Bab empat berisi pembahasan. Bab lima penutup yang meliputi kesimpulan dan saran-saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi Fisiologi Jantung

Menurut Syaifuddin (2009), sistem kardiovaskuler merupakan organ sirkulasi darah yang terdiri dari jantung, komponen darah dan pembuluh darah yang berfungsi memberikan dan mengalirkan suplai oksigen dan nutrisi keseluruhan jaringan tubuh yang diperlukan dalam proses metabolisme. Sistem kardiovaskuler memerlukan banyak mekanisme yang bervariasi agar fungsi regulasinya dapat merespons aktivitas jaringan dapat terpenuhi. Pada keadaan berat, aliran darah tersebut, lebih banyak di arahkan pada organ-organ vital seperti jantung dan otak yang berfungsi memelihara dan mempertahankan sistem sirkulasi itu sendiri.

Jantung berbentuk seperti pir / kerucut seperti piramida terbalik dengan apeks (superior-posterior : C-II) berada di bawah dan basis (anterior-inferior ICS-V) berada diatas. Pada basis jantung terdapat aorta, batang nadi paru, pembuluh balik atas dan bawah dan pembuluh balik. Jantung sebagai pusat sistem kardiovaskuler terletak di sebelah rongga dada (cavum thoraks) sebelah kiri yang terlindung oleh costae tepatnya pada mediastinum. Untuk mengetahui denyutan jantung, kita dapat memeriksa dibawah papilla mammae 2 jari setelahnya. Berat pada orang dewasa sekitar 250-350 gram (Syaifuddin, 2006).

B. Pengertian Tetralogy Of Fallot

Tetralogi Of Fallot (TOF) adalah penyakit jantung bawaan sianotik (warna kulit) yang terdiri dari 4 kelainan khas, yaitu Defek Septum Ventrikel (VSD), Stenosis Infundibulum ventrikel kanan atau biasa disebut stenosis pulmonal, hipertrofi ventrikel kanan, dan *Overriding aorta*, Ibrahim E, dkk (2008). Sebagai konsekuensinya didapatkan adanya empat kelainan anatomi sebagai berikut :

- a. Defek septum ventrikel (VSD) yaitu lubang pada sekat antara kedua rongga ventrikel.
- b. Stenosis pulmonal terjadi karena penyempitan klep pembuluh darah yang keluar dari bilik kanan menuju paru, bagian otot dibawah klep juga menebal dan menimbulkan penyempitan.
- c. Aorta overriding dimana pembuluh darah utama yang keluar dari ventrikel kiri mengangkang sekat bilik, sehingga seolah-olah sebagian aorta keluar dari bilik kanan.
- d. Hipertrofi ventrikel kanan atau penebalan otot di ventrikel kanan karena peningkatan tekanan di ventrikel akibat dari stenosis pulmonal.

Komponen yang paling penting dalam menentukan derajat beratnya penyakit adalah stenosis pulmonal dari sangat ringan sampai berat. Stenosis pulmonal bersifat progresif , makin lama makin berat.

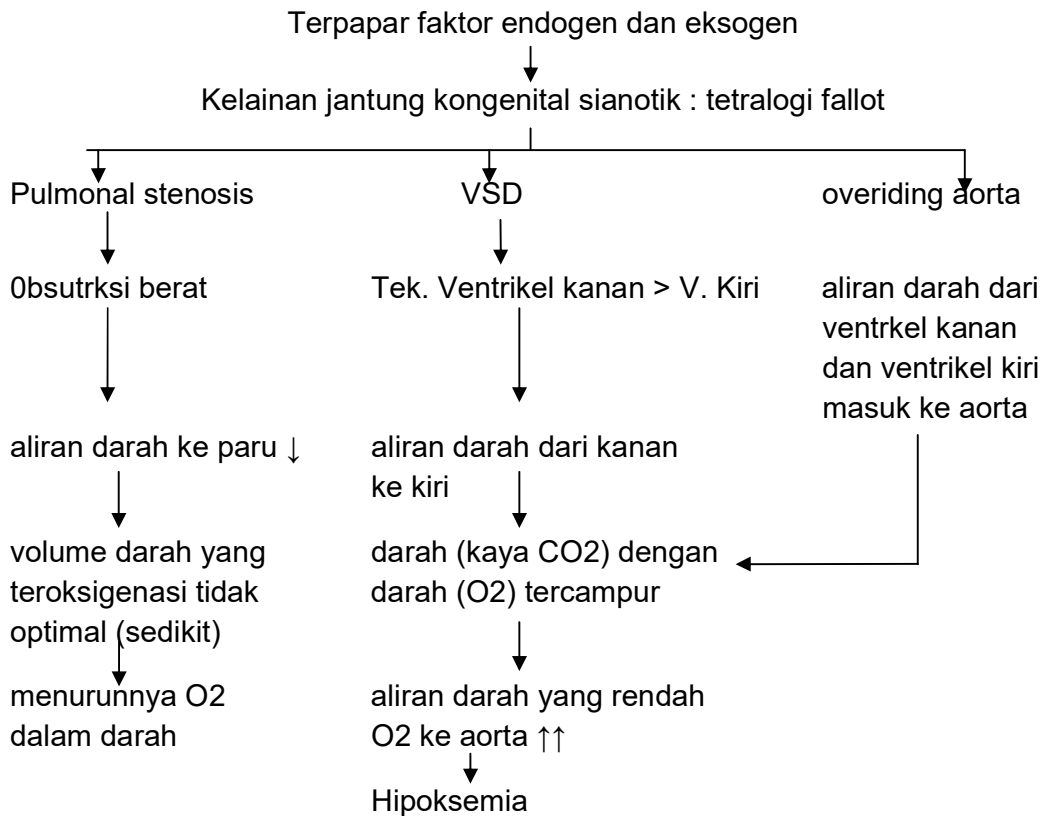
C. Etiologi

Pada sebagian besar kasus, penyebab penyakit jantung bawaan tidak diketahui secara pasti, diduga karena adanya faktor endogen dan eksogen. Faktor –faktor tersebut antara lain adalah 1) Faktor endogen yaitu berbagai jenis penyakit genetik (kelainan kromosom); anak yang lahir sebelumnya menderita penyakit jantung bawaan; adanya penyakit tertentu dalam keluarga seperti diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung dan kelainan bawaan, 2) Faktor eksogen yaitu riwayat kehamilan ibu : sebelum ikut program KB oral atau suntik, minum obat-obatan tanpa resep dokter, (thalidmide, dextroamphetamine, aminopterin, amethopterin, jamu); ibu menderita penyakit infeksi (rubella); pajanan terhadap sinar-X.

Para ahli berpendapat bahwa penyebab endogen dan eksogen tersebut jarang terpisah menyebabkan penyakit jantung bawaan. Diperkirakan lebih dari 90% kasus penyebab adalah multifaktor. Apapun sebabnya, pajanan terhadap faktor penyebab harus ada sebelum akhir bulan kedua kehamilan, oleh karena pada minggu ke delapan kehamilan pembentukan jantung janin sudah selesai.

D. Patofisiologi

Menurut Ilmu Kesehatan Anak (2015), patofisiologi dari penderita TOF pada anak adalah sebagai berikut, yaitu :



Gambar 2.1 Pathway Tetralogy Of Fallot Redington AN, dkk (2009)

Sirkulasi darah penderita TOF berbeda dibanding anak normal. Kelainan yang memegang peranan penting adalah stenosis pulmonal dan VSD. Tekanan antara ventrikel kiri dan kanan pada pasien TOF adalah sama akibat adanya VSD. Hal ini menyebabkan darah bebas mengalir bolak balik melalui celah ini. Tingkat keparahan hambatan pada jalan keluar darah di ventrikel kanan akan menentukan arah aliran darah pasien TOF. Aliran darah

ke paru akan menurun akibat adanya hambatan pada jalan aliran darah dari ventrikel kanan; hambatan yang tinggi di sini akan menyebabkan makin banyak darah bergerak dari ventrikel kanan ke kiri. Hal ini berarti makin banyak darah miskin oksigen yang akan ikut masuk ke dalam aorta sehingga akan menurunkan saturasi oksigen darah yang beredar ke seluruh tubuh, dapat menyebabkan sianosis. Jika terjadi hambatan parah, tubuh akan bergantung pada duktus arteriosus dan cabang-cabang arteri pulmonalis untuk mendapatkan suplai darah yang mengandung oksigen. Onset gejala, tingkat keparahan sianosis yang terjadi sangat tergantung pada tingkat keparahan hambatan yang terjadi pada jalan keluar aliran darah di ventrikel kanan, Redington AN, dkk (2009).

E. Tanda dan Gejala

Menurut Wong, dkk (2009), tanda dan gejala TOF antara lain adalah sebagai berikut :

1. Murmur

Merupakan suara tambahan yang dapat didengar pada denyut jantung bayi. Pada banyak kasus, suara murmur baru akan terdengar setelah bayi berumur beberapa hari.

2. Sianosis

Satu dari manifestasi-manifestasi tetralogi yang paling nyata, mungkin tidak ditemukan pada waktu lahir. Obstruksi aliran keluar ventrikel kanan mungkin tidak berat dan bayi tersebut mungkin mempunyai pintasan dari

kiri ke kanan yang besar, bahkan mungkin terdapat suatu gagal jantung kongesif.

3. Dispneu

Terjadi bila penderita melakukan aktifitas fisik. Bayi-bayi dan anak-anak yang mulai belajar berjalan akan bermain aktif untuk waktu singkat kemudian akan duduk atau berbaring. Anak-anak yang lebih besar mungkin mampu berjalan sejauh kurang lebih satu blok, sebelum berhenti untuk beristirahat. Derajat kerusakan yang dialami jantung penderita tercermin oleh intensitas sianosis yang terjadi. Secara khas anak-anak akan mengambil sikap berjongkok untuk meringankan dan menghilangkan dispneu yang terjadi akibat dari aktifitas fisik, biasanya anak tersebut dapat melanjutkan aktifitasnya kembali dalam beberapa menit.

4. Serangan-serangan dispneu paroksimal (serangan-serangan anoksia “biru”)

Terutama merupakan masalah selama 2 tahun pertama kehidupan penderita. Bayi tersebut menjadi dispneis dan gelisah, sianosis yang terjadi bertambah hebat, penderita mulai sulit bernapas. Serangan-serangan demikian paling sering terjadi pada pagi hari.

5. Pertumbuhan dan Perkembangan

Yang tidak tumbuh dan berkembang secara tidak normal dapat mengalami keterlambatan pada tetralogi Fallot berat yang tidak diobati.

Tinggi badan dan keadaan gizi biasanya berada di bawah rata-rata serta otot-otot dari jaringan subkutan terlihat kendur dan lunak dan masa pubertas juga terlambat.

6. Biasanya Denyut Pembuluh Darah Normal

Seperti halnya tekanan darah arteri dan vena. Hemitoraks kiri depan dapat menonjol ke depan. Jantung biasanya mempunyai ukuran normal dan impuls apeks tampak jelas. Suatu *gerakan sistolis* dapat dirasakan pada 50% kasus sepanjang tepi kiri tulang dada, pada celah parasternal ke-3 dan ke-4.

7. Bising Sistolik

Yang ditemukan seringkali terdengar keras dan kasar, bising tersebut dapat menyebar luas, tetapi paling besar intensitasnya pada tepi kiri tulang dada. Bising sistolik terjadi di atas lintasan aliran keluar ventrikel kanan serta cenderung kurang menonjol pada obstruksi berat dan pintasan dari kanan ke kiri. Bunyi jantung ke-2 terdengar tunggal dan ditimbulkan oleh penutupan katup aorta. Bising sistolik tersebut jarang diikuti oleh bising diastolis, bising yang terus menerus ini dapat terdengar pada setiap bagian dada, baik di anterior maupun posterior, bising tersebut dihasilkan oleh pembuluh- pembuluh darah koleteral bronkus yang melebar atau terkadang oleh suatu duktus arteriosus menetap.

F. Penatalaksanaan Medis

Menurut Haws dan Paulette S (2007), pada serangan sianotik akut, lakukan langkah-langkah sebagai berikut, yaitu : 1) letakkan pasien dalam *knee-chest position*; 2) berikan O₂ masker 5-8 L/menit; 3) morfin sulfat 0, 1-0,2 mg/kg subkutan atau intramuskular; 4) berikan natrium bikarbonat 1 mEq/kgBB intravena untuk koreksi asidosis; 5) berikan transfusi darah bila kadar hemoglobin kurang dari 15 g/dl, sekali pemberian 5 ml/kgBB; 6) berikan propranolol 0,1 mg/kgBB bolus intravena. Jangan berikan digoksin saat pasien dalam serangan sianotik karena akan memperburuk keadaan.

Bila tidak segera dilakukan operasi dapat diberikan propranolol rumat 1 mg/kgBB/hari dalam 4 dosis. Bila pasien mengalami serangan sianotik disertai anemia relatif, diperlukan preparat Fe untuk meningkatkan kadar Hb.

Perhatikan kebersihan mulut dan gigi untuk meniadakan sumber infeksi terjadinya endokarditis infektif atau abses otak.

Cegah dehidrasi, khususnya pada infeksi interkuren.

Terapi pembedahan dibagi menjadi bedah paliatif dan korektif. Bedah paliatif yang biasa dilakukan adalah operasi B – T (Blalock – Taussig) *Shunt* yang bertujuan meningkatkan sirkulasi pulmonal dengan menghubungkan arteri subklavia dengan pulmonalis yang ipsilateral. Umumnya bedah paliatif dilakukan pada bayi kecil atau dengan hipoplasia arteri pulmonalis dan pasien yang sering mengalami serangan sianotik. Pada bedah korektif dilakukan koreksi total yang dapat didahului atau tanpa bedah paliatif. Bila

arteri pulmonalis tidak terlalu kecil, umumnya koreksi total dilakukan pada pasien tetralogi fallot di bawah usia 2 tahun. Di negara maju yang telah berpengalaman operasi sudah dilakukan sebelum umur 1 tahun.

G. Komplikasi

Menurut Wong (2009), komplikasi yang mungkin muncul pada anak dengan TOF adalah sebagai berikut :

1. Trombosis Serebri

Biasanya terjadi dalam vene serebrum atau sinus duralis, dan terkadang dalam arteri serebrum, lebih sering ditemukan pada polisitemia hebat. juga dapat dibangkitkan oleh dehidrasi. trombosis lebih sering ditemukan pada usia di bawah 2 tahun. pada penderita ini paling sering mengalami anemia defisiensi besi dengan kadar hemoglobin dan hematokrit dalam batas-batas normal.

2. Abses Otak

Biasanya penderita penyakit ini telah mencapai usia di atas 2 tahun. Awitan penyakit sering berlangsung tersembunyi disertai demam berderajat rendah. mungkin ditemukan nyeri tekan setempat pada kranium, dan laju endap darah merah serta hitung jenis leukosit dapat meningkat. dapat terjadi serangan-serangan seperti epilepsi, tanda-tanda neurologis yang terlokalisasi tergantung dari tempat dan ukuran abses tersebut.

3. Endokarditis Bakterialis

Terjadi pada penderita yang tidak mengalami pembedahan, tetapi lebih sering ditemukan pada anak dengan prosedur pembuatan pintasan selama masa bayi.

4. Gagal Jantung Kongestif

Dapat terjadi pada bayi dengan atresia paru dan aliran darah kolateral yang besar. Keadaan ini, hampir tanpa pengecualian, akan mengalami penurunan selama bulan pertama kehidupan dan penderita menjadi sianotis akibat sirkulasi paru yang menurun.

5. Hipoksia

Keadaan kekurangan oksigen dalam jaringan akibat dari stenosis pulmonal sehingga menyebabkan aliran darah dalam paru menurun.

H. Pemeriksaan Diagnostik

1. Pemeriksaan Laboratorium

- Darah

Ditemukan adanya peningkatan hemoglobin dan hematokrit (Ht) akibat saturasi oksigen yang rendah. Pada umumnya hemoglobin dipertahankan 16-18 gr/dl dan hematokrit antara 50-65 %.

- BGA

Nilai BGA menunjukkan peningkatan tekanan partial karbondioksida (PCO₂), penurunan tekanan parsial oksigen (PO₂) dan penurunan

PH.pasien dengan Hn dan Ht normal atau rendah mungkin menderita defisiensi besi.

- Analisa Gas Darah

PCV meningkat lebih besar 65% dapat menimbulkan kelainan koagulasi ; waktu perdarahan memanjang, fragilitas kapiler meningkat, umur trombosit yang abnormal.

- Desaturasi darah arterial
- Anemia hipokrom mikrositer (karena defisiensi besi)

2. X foto dada (radiologi)

- Jantung tidak membesar
- Arkus aorta sebelah kanan (25%)
- Aorta ascendens melebar
- Konus pulmonalis cekung
- Apeks terangkat
- Vaskularitas paru berkurang
- Jantung berbentuk sepatu

3. EKG

Defisiensi sumbu QRS ke kanan (RAD) hipertrofi ventrikel kanan (RVH): gelombang P diantara II sering tinggi.

4. Ekokardiogram

- Overiding aorta
- Defect septum ventrikel

- Jalan keluar ventrikel kanan menyempit
- Kateterisasi

Diperlukan sebelum tindakan pembedahan untuk mengetahui defek septum ventrikel multiple, mendeteksi kelainan arteri koronari dan mendeteksi stenosis pulmonal perifer. Mendeteksi adanya penurunan saturasi oksigen, peningkatan tekanan ventrikel kanan, dengan tekanan pulmonalis normal atau rendah.

I. Konsep Tumbuh Kembang Usia Anak Sekolah

Menurut Wong (2008), sejalan dengan pertumbuhan anak, dimensi eksternal mereka juga di ubah. Perubahan ini disertai dengan perubahan yang berkaitan dengan struktur dan fungsi organ internal dan jaringan yang mencerminkan diperolehnya kompetensi fisiologis yang bertahap. Kecenderungan umum penambahan tinggi dan berat badan selama masa kanak-kanak khususnya pada usia sekolah yaitu penambahan berat badan setiap tahun 2-3 kg dan penambahan tinggi badan setiap tahun setelah 7 tahun adalah 5 cm (inci). Beberapa teori perkembangan menurut Wong (2008).

1. Perkembangan Psikoseksual (Freud, 2008)

Freud menganggap insting seksual sebagai sesuatu yang signifikan dalam perkembangan kepribadian. Ia menggunakan psikoseksual untuk menjelaskan segala kesenangan seksual. Selama masa kanak-kanak bagian tubuh tertentu memiliki makna psikologik yang menonjol sebagai sumber

kesenangan baru dan konflik baru yang secara bertahap bergeser dari satu bagian tubuh ke bagian tubuh lainnya pada tahap-tahap tertentu.

Pada anak usia sekolah yaitu 6-12 tahun, anak memasuki periode laten. Selama periode laten anak-anak melakukan sifat dan keterampilan yang telah diperoleh. Energi fisik dan psikis diarahkan pada mendapatkan pengetahuan dan bermain.

2. Perkembangan Psikososial (Erikson, 2008)

Teori perkembangan psikososial yang dikemukakan Erikson menekankan pada kepribadian yang sehat, bertentangan dengan patologik. Erikson juga menggunakan konsep biologis tentang periode kritis dan epigenesis, menjelaskan konflik atau masalah inti yang harus dikuasai individu selama periode kritis dalam perkembangan pribadi.

Menurut Erikson anak sekolah masuk dalam tahap industri vs inferioritas. Tahap industri adalah periode laten dari Freud. Setelah mencapai tahap yang lebih penting dalam perkembangan kepribadian, anak-anak siap bekerja berproduksi. Mereka mau terlibat dalam bertugas dan aktivitas yang dapat mereka lakukan sampai selesai, mereka memerlukan dan menginginkan pencapaian yang nyata. Anak-anak belajar berkompetisi dan bekerjasama dengan orang lain. Rasa ketidakadekuatan atau inferioritas dapat terjadi jika terlalu banyak yang diharapkan dari mereka atau jika mereka percaya bahwa mereka tidak dapat memenuhi standar yang

ditetapkan orang lain untuk mereka. Kualitas yang berkembang dari rasa industri adalah kompetensi.

3. Perkembangan Kognitif (Plaget, 2008)

Menurut Plaget, intelegensi memungkinkan individu melakukan adaptasi terhadap lingkungan sehingga meningkatkan kemungkinan bertahan hidup, dan melalui perilakunya, individu membentuk dan mempertahankan keseimbangan dengan lingkungan. Pada usia 7-11 tahun, anak-anak masuk dalam tahap *Operasional* konkret (perkembangan kognitif). Pada usia ini cara berpikir menjadi semakin logis dan masuk akal. Anak-anak mampu mengklasifikasikan, mengurutkan, mengatur dan menyusun fakta tentang dunia untuk menyelesaikan masalah mereka menyadari bahwa faktor-faktor fisik seperti volume, berat badan dan jumlah tetap sama sekalipun tampilan luarnya berubah. Mereka menyelesaikan masalah secara konkret dan sistematis berdasarkan apa yang mereka rasakan. Cara berpikir bersifat induktif. Cara berpikir tidak lagi berpusat pada diri sendiri, mereka dapat mempertimbangkan sudut pandang orang lain yang berbeda dengan sudut pandang mereka.

4. Perkembangan Moral

Menurut Kohlberg (2008), mengemukakan bahwa anak-anak juga mendapatkan cara berfikir moral dalam urutan perkembangan. Berdasarkan teori anak usia 6-12 tahun masuk dalam tahap konvensional. Pada tahap ini anak-anak berfokus pada kepatuhan dan loyalitas. Mereka menghargai

pemeliharaan harapan keluarga, kelompok atau negara tanpa tahu konsekuensinya. Perilaku yang disetujui dan disukai akan membantu orang lain dianggap sebagai perilaku yang baik. Seseorang mendapatkan persetujuan dengan bersikap “Baik” mematuhi aturan, melakukan tugas seseorang. Menunjukkan rasa hormat terhadap wewenang, dan menjaga aturan sosial merupakan perilaku yang tepat. Tingkat ini berkaitan dengan tahap operasional konkret dalam perkembangan kognitif.

J. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan pasien TOF pada anak menurut Wong, dkk (2009), adalah sebagai berikut antara lain :

1. Pengkajian

- Riwayat kehamilan ibu
 - Ditanyakan sesuai dengan yang terdapat pada etiologi (faktor endogen dan eksogen yang mempengaruhi).
- Riwayat pertumbuhan
 - Biasanya anak cenderung mengalami keterlambatan pertumbuhan karena fatiq selama makan dan peningkatan kebutuhan kalori sebagai akibat dari kondisi penyakit.
- Riwayat psikososial / perkembangan
 - a) Kemungkinan mengalami masalah perkembangan
 - b) Mekanisme koping anak / keluarga
 - c) Pengalaman hospitalisasi sebelumnya

- Pemeriksaan fisik
 - a) Pada awal bayi baru lahir biasanya belum ditemukan sianotik, bayi tampak biru setelah tumbuh.
 - b) Clubbing finger (jari tabuh) tampak setelah usia 6 bulan.
 - c) Serang sianotik mendadak (blue spells/cyanotic spells/paroxysmal hiperpnea, hypoxic spells) ditandai dengan dyspnea, napas cepat dan dalam, lemas, kejang, sinkop (kehilangan kesadaran) bahkan sampai koma dan kematian.
 - d) Anak akan sering Squatting (jongkok) setelah anak dapat berjalan, setelah berjalan beberapa lama anak akan berjongkok dalam beberapa waktu sebelum ia berjalan kembali.
 - e) Pada auskultasi terdengar bising sistolik yang keras di daerah pulmonal yang semakin melemah dengan bertambahnya derajat obstruksi.
 - f) Bunyi jantung I normal. Sedang bunyi jantung II tunggal dan keras.
 - g) Bentuk dada bayi masih normal, namun pada anak yang lebih besar tampak menonjol akibat pelebaran ventrikel kanan.
 - h) Ginggiva hipertrofi, gigi sianotik.
- Pengetahuan anak dan keluarga
 - a) Pemahaman tentang diagnosis
 - b) Pengetahuan dan penerimaan terhadap prognosis

- c) Regimen pengobatan
- d) Rencana perawatan ke depan
- e) Kesiapan dan kemauan untuk belajar

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut Nanda NIC-NOC (2015), setelah pengumpulan data, menganalisa data dan menentukan diagnosa keperawatan yang tepat sesuai dengan data yang ditemukan, kemudian direncanakan membuat prioritas diagnosa keperawatan, membuat kriteria hasil, dan intervensi keperawatan.

- 1) Gangguan pertukaran gas b.d penurunan aliran darah ke pulmonal.
- 2) Penurunan kardiak output b.d sirkulasi yang tidak efektif sekunder dengan adanya malformasi jantung.
- 3) Gangguan perfusi jaringan b.d penurunan sirkulasi (anoxia kronis, serangan sianotik akut).
- 4) Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d fatiq selama makan dan peningkatan kebutuhan kalori, penurunan nafsu makan.
- 5) Gangguan pertumbuhan dan perkembangan b.d tidak adekuatnya suplai oksigen dan zat nutrisi ke jaringan.
- 6) Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.
- 7) Koping keluarga tidak efektif b.d kurang pengetahuan keluarga tentang diagnosis/prognosis penyakit anak.

8) Resiko gangguan perfusi jaringan serebral b.d peningkatan tekanan intrakranial sekunder abses otak, CVA (*Cerebrovaskular Accident*) trombosis.

Teori Hierarki Kebutuhan Maslow adalah teori yang diungkapkan oleh Abram Maslow. Ia beranggapan bahwa kebutuhan-kebutuhan di tingkat rendah harus terpenuhi atau paling tidak cukup terpenuhi terlebih dahulu sebelum kebutuhan-kebutuhan di tingkat tinggi menjadi hal yang memotivasi Feist J (2010).



Gambar 2.2 Teori Kebutuhan Maslow

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah kategori perilaku keperawatan dimana tujuan yang terpusat pada pasien dan hasil yang di perkirakan ditetapkan dan intervens keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Selama perencanaan, dibuat prioritas. Selain berkolaborasi dengan pasien dan

keluarganya, perawat berkonsul dengan anggota tim kesehatan lainnya, menelaah literature yang berkaitan, modifikasi asuhan dan mencatat informasi yang relevan tentang kebutuhan perawatan kesehatan pasien dan penatalaksanaan klinik (Speer, 2008).

Adapun perencanaan berdasarkan diagnosa menurut Nanda NIC-NOC (2015), yang mungkin timbul pada pasien TOF yaitu :

a. Gangguan pertukaran gas b.d penurunan aliran darah ke pulmonal

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pertukaran gas kembali adekuat.

Kriteria Hasil

NOC : Respiratory status : Gas exchange

- 1) Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat
- 2) Memelihara kebersihan paru-parudan bebas dari tnda-tanda distress pernafasan
- 3) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)
- 4) Tanda-tanda vital dalam rentang normal

Intervensi

NIC : Airway management

1.1 Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan

1.2 lakukan fisioterapi dada jika perlu

1.3 keluarkan sekret dengan batuk atau suction

1.4 auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan

1.5 Monitor respirasi dan status O₂

Respiratory Montoring

1.6 Monitor rata-rata, kedalaman, irama dan usaha respirasi

1.7 Auskultasi suara nafas, catat area penurunan / tidak adanya ventilasi dan suara tambahan

1.8 Auskultasi suara paru setelah tindakan untuk mengetahui hasilnya

b. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan anak menunjukkan peningkatan kemampuan dalam melakukan aktivitas (tekanan darah, nadi, irama dalam batas normal) tidak adanya angina.

Kriteria Hasil

NOC : Activity tolerance

- 1) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
- 2) Tanda-tanda vital normal
- 3) Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantuan alat
- 4) Status kardiopulmonari adekuat
- 5) Status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat

Intervensi

NIC : Activity therapy

- 2.1 Bantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan
 - 2.2 Bantu untuk memilih aktifitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial
 - 2.3 Bantu untuk mengidentifikasi aktifitas yang disukai
 - 2.4 bantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktifitas
 - 2.5 Bantu untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
 - 2.6 Monitor respon fisik, emosi, sosial, dan spiritual
- c. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d fatiq selama makan dan peningkatan kebutuhan kalori,penurunan nafsu makan.**

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan anak dapat makan secara adekuat dan cairan dapat dipertahankan sesuai dengan berat badan normal dan pertumbuhan normal.

Kriteria Hasil

NOC : Nutritional status

- 1) Anak menunjukkan penambahan BB sesuai dengan umur
- 2) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
- 3) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
- 4) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
- 5) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

Intervensi

NIC : Nutrition management

- 3.1 Kaji adanya alergi makanan
- 3.2 kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan klien
- 3.3 Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
- 3.4 Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
- 3.5 Kaji kemampuan klien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan

Nutrition monitoring

- 3.6 BB klien dalam batas normal

3.7 monitor adanya penurunan berat badan

3.8 Monitor mual dan muntah

3.9 Monitor pertumbuhan dan perkembangan

3.10 Monitor kadar albumin, total protein Hb, dan kadar Ht

4. Implementasi

Pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan (Nursalam, 2011).

Komponen tahap implementasi diantaranya sebagai berikut :

a. Tindakan keperawatan mandiri

Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa peranan dokter, tindakan keperawatan mandiri ini ditetapkan dengan *Standart Practice American Nurses Associaton*, undang-undang praktek perawatan Negara bagian dan kebijakan institusi perawatan kesehatan.

b. Tindakan Keperawatan Kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat bila perawat bekerja dengan anggota kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertahap untuk mengatasi masalah pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah hasil yang didapatkan dengan menyebutkan item-item atau perilaku yang dapat diamati dan dipantau untuk menentukan apakah hasilnya sudah tercapai atau belum dalam jangka waktu yang telah ditentukan (Doengoes, 2010).

Evaluasi adalah penilaian akhir dari proses keperawatan berdasarkan tujuan keperawatan yang ditetapkan. Evaluasi merupakan indikator keberhasilan dalam proses keperawatan.

Menurut Asmadi (2008), evaluasi terdiri dari dua jenis, yaitu :

a. Evaluasi Proses (Formatif)

Evaluasi proses ini merupakan kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai menilai respon pasien. Evaluasi formatif terus-menerus dilaksanakan sampai tujuan yang direncanakan tercapai. System penulisan pada tahap evaluasi ini bisa menggunakan system "SOAP" atau model dokumentasi lainnya.

b. Evaluasi Hasil (Sumatif)

Evaluasi hasil merupakan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan. Fokus evaluasi hasil adalah perubahan perilaku atau status kesehatan pasien pada akhir tindakan keperawatan pasien. Tipe evaluasi yang ini dilaksanakan

pada akhir tindakan keperawatan secara paripurna. Sumatif evaluasi adalah objektif, fleksibel, dan efisien.

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian	32
1. Biodata	32
2. Riwayat Kesehatan	33
3. Riwayat Psikososial	34
4. Riwayat Hospitaslisasi	35
5. Riwayat aktifitas	35
6. Pemeriksaan Fisik	36
7. Pemeriksaan Diagnostik	38
8. Penatalaksanaan Terapi	38
9. Web Of Caution	39
10. Analisa Data	40
B. Diagnosa Keperawatan	42
C. Rencana Keperawatan.....	43
D. Implementasi	46
E. Evaluasi	48

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian	51
B. Diagnosa Keperawatan	54
C. Perencanaan	57
D. Penatalaksanaan	58
E. Evaluasi	59

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan uraian dari bab-bab terdahulu, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan saran-saran yang mungkin berguna untuk pemberian asuhan keperawatan yang akan datang.

A. Kesimpulan

Asuhan Keperawatan pada Anak S di ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dilaksanakan pada tanggal 09 Juni sampai 11 Juni 2016.

Asuhan keperawatan yang diberikan sesuai dengan metode dan proses keperawatan, yaitu melalui tahap-tahap yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Adapun kesimpulan yang dapat diambil sebagai berikut :

1. Pada saat pengkajian penulis menemukan berbagai masalah. Masalah yang dialami pasien yaitu sesak, anak kurang dari berat badan ideal yaitu 14 kg, keluarga pasien cemas dan sedih terhadap hospitalisasi anak.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul antara lain : Ketidakefektifan pola nafas b/d keletihan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis, defisit perawatan diri : mandi b/d kelemahan, Ansietas b/d perubahan dalam status kesehatan, Intoleransi aktifitas b/d kelemahan.

3. Perencanaan disusun dengan cara menentukan prioritas masalah, tujuan dan kriteria hasil dan berdasarkan kebutuhan teori Maslow. Pada kasus Anak S, penulis menyusun perencanaan disesuaikan dengan kondisi, situasi, fasilitas, sarana, dan kebijakan yang ada di Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahrani Samarinda.

4. Implementasi keperawatan yang diberikan kepada Anak W, sesuai dengan intervensi. Intervensi dilakukan dengan cara cermat dan efisien pada situasi yang tepat. Ada tiga implementasi keperawatan yaitu fase pertama meliputi pengetahuan tentang rencana, validasi rencana, pengetahuan dan keterampilan mengimplementasi rencana. Adapun tindakan yang dilakukan pada Anak S adalah memberikan terapi nebulizer setiap 12 jam $2x \pm 15$ menit, memberikan obat, injeksi IV 3 x 500 mg, melakukan TTV, melakukan antropometri, memandikan / menyeka pasien, melakukan penyuluhan pendidikan kesehatan tentang Tetralogy Of Fallot.

5. Evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan. Hal-hal yang dievaluasi keakuratan, kelengkapan dan validasi data yang teratasi atau tidak, satu dari lima diagnosa yang ditemukan teratasi. Hal ini pasien Anak S, memerlukan perawatan lebih lanjut di rumah. Diagnosa pada Anak S yang teratasi adalah defisit perawatan diri, sedangkan yang belum teratasi adalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

B. Saran-saran

1. Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit untuk memudahkan memberikan pelayanan asuhan keperawatan dengan tepat hendaknya pihak rumah sakit lebih memperhatikan sumber daya perawat dan menyediakan fasilitas yang lengkap sesuai dengan kebutuhan pasien.

2. Bagi Perawat

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami tetralogy of fallot hendaknya perawat meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan secara lebih profesional terutama dalam menangani pasien dengan tetralogy of fallot.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Keluarga hendaknya dapat mengetahui sejauh mana prognosa penyakit yang dialami pasien bila tidak dirawat, dan keluarga harus mau menjaga batasan-batasan sesuai dengan kondisi penyakit pasien.

4. Bagi Institusi

Institusi diharapkan agar bisa memberikan, menambahkan dan memperbarui referensi yang ada dipustaka sehingga didalam penyusunan karya tulis ilmiah dan mahasiswa tidak mengalami kesusahan dalam mencari literatur.

5. Bagi Mahasiswa kesehatan

Mahasiswa diharapkan agar lebih aktif mencari informasi dan ilmu pengetahuan agar dapat diharapkan dalam praktik dan mempermudah dalam penyusunan tahap akhir.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Konsep Keperawatan Dasar*. Jakarta : EGC
- Doenges. Marlynn E. *Rencana Asuhan Keperawatan*. 2010. Jakarta : EGC.
- Feist, Jess; Gregory J. Feist. 2010. Teori Kepribadian : *Theories Of Personality*. Salemba Humanika. p. 331. ISBN 978-602-8555-18-0. Diambil pada 22 Juni 2016.
- https://id.m.wikipedia.org/wiki/Teori_hierarki_kebutuhan_Maslow#Cit.
- Guyton, Arthur C. 2006. *Buku Ajar Fisiolog Kedokteran*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Haws, Paulette S. 2007. *Asuhan Monatus: rujukan cepat, alih bahasa HY Kuncoro*, Jakarta EGC.
- Nurarif H, Kusuma H. 2015. *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC*. Jilid 1. Jogjakarta. Mediacion.
- Nursalam. (2006). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Salemba Medika. Jakarta.
- Nursalam. (2011). *Proses Dokumentasi Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta.
- Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FK UI. 2007. *Ilmu Kesehatan Anak jilid 2*. Jakarta: Infomedika.
- Speer, K.M. (2007) *Rencana Asuhan Keperawatan Pediatrik dengan Clinical Patway*. Edisi 3. Jakarta : EGC
- Syarifuddin, Haji. 2006. *Anatomi fisiologi mahasiswa keperawatan*. Jakarta. Penerbit : EKG
- Syarifuddin. 2009. *Fisologi tubuh manusia untuk mahasiswa keperawatan*. Jakarta. Penerbit : Salemba Medika.
- Wong Donna L. dkk. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Pediatri*. Edisi 6 Vol 2; Jakarta. 2009. Penerbit Buku Kedokteran EGC.