

### **BAB III**

#### **TINJAUAN KASUS**

##### **A. PENGKAJIAN**

Pengkajian dilakukan pada hari Selasa tanggal 22 Agustus 2023 di ruang Bugenvil

##### **Identitas Pasien**

Nama	: An. A
TTL	: 30 Desember 2018
Usia	: 4 tahun 7 bulan 22 hari
No. RM	: 0059xxxx
Pendidikan	: Tk
Alamat	: Margorejo Guci 2/3 Godong
Agama	: Islam
Diagnosa Medis	: Demam Typoid Fever
Tanggal Masuk	: 22 Agustus 2023
Nama Ayah/Ibu	: Ny. S
Pekerjaan Ayah	: Swasta
Pekerjaan Ibu	: Ibu ruamah tangga
Agama	: Islam
Suku/Bangsa	: Jawa, Indonesia
Alamat	: Margorejo Guci 2/3 Godong

## **B. KELUHAN UTAMA**

Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu.

## **C. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**

Ibu pasien mengatakan anaknya saat dirumah demam, flu, mual, lemas dan tidak bisa tidur. Kemudian pasien dibawa ke IGD RSUD. Soedjati Purwodadi, dengan keluhan yang sama yaitu demam, flu, mual, lemas tidak bisa tidur dan nangis terus. Pasien terlihat lemas, dan menangis terus saat dibawa ke IGD. kemudian pasien mendapatkan terapi infus RL 12 tpm dan inj. Paracetamol 170 mg/8 jam dan didapatkan hasil TTV : Suhu 39,1 c, RR 22 x/menit, nadi 118 x/menit dan kemudian pasien dipindah ke ruangan bugenvil untuk dilakukan perawatan tindak lanjut.

## **D. RIWAYAT MASA LAMPAU**

### **1. Prenatal :**

Keluhan saat hamil: Ibu pasien mengatakan tidak ada keluhan saat hamil

Tempat ANC: puskesmas

Usia kehamilan: 9 bulan

### **2. Natal :**

Persalinan: Normal

Tempat bersalin: Rumah Sakit

Kondisi kesehatan lahir: menangis

3. Post Natal :

Ibu pasien mengatakan melahirkan An. Dengan BB lahir 2,5 kg, panjang badan 45 cm, ibu pasien memberikan susu asi

4. Penyakit waktu kecil :

Ibu klien mengatakan klien tidak punya riwayat penyakit

5. Pernah dirawat di RS :

Ibu klien mengatakan bahwa klien sebelumnya tidak pernah dirawat di Rumah Sakit.

6. Obat-Obatan yang digunakan :

Ibu klien mengatakan bahwa klien sebelumnya tidak pernah meminum obat-obatan

7. Alergi :

Ibu klien mengatakan bahwa klien tidak mempunyai alergi

8. Kecelakaan :

Tidak pernah mengalami kecelakaan

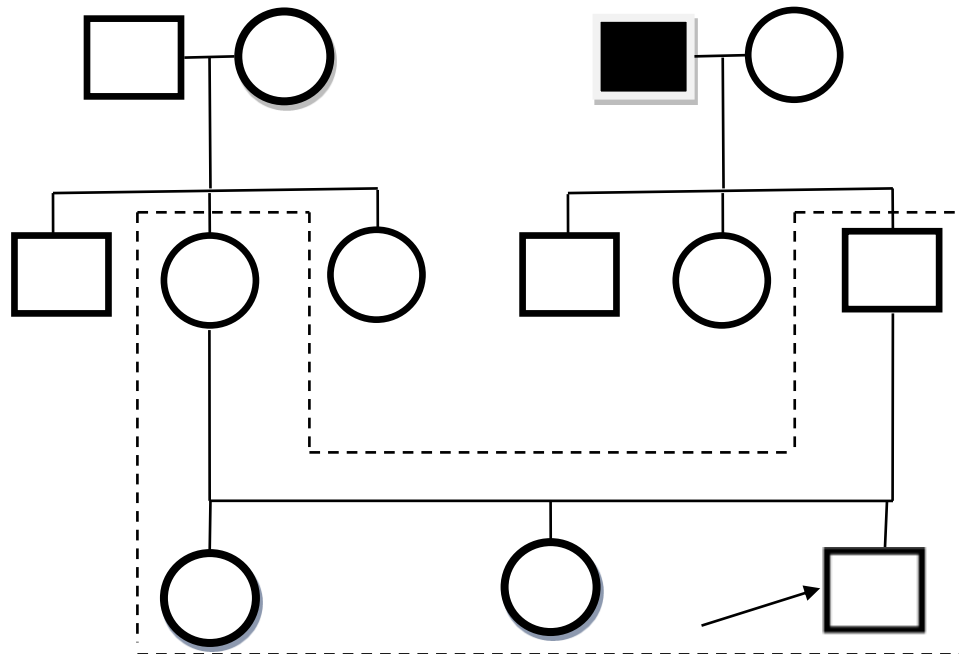
9. Imunisasi :

Ibu klien mengatakan klien sudah melaksanakan imunisasi lengkap seperti, seperti: hepatitis B 1,2,3, polio 1, 2, 3, 4, BCG, DPT 1, 2,3

**E. RIWAYAT KELUARGA**

Ibu klien mengatakan bahwa keluarga tidak ada yang pernah mengalami penyakit yang sama yang diderita oleh pasien.

## F. GENOGRAM



Keterangan:

:Laki-laki

:Perempuan

:Laki laki sudah meninggal

: Pasien

----- : Tinggal serumah

———— : Hubungan keluarga

**Gambar 3.1 Genogram**

## **G. RIWAYAT SOSIAL**

1. Yang mengasuh dan alasannya :

Orang tua, karena klien tinggal bersama orang tua

2. Pembawaan secara umum :

Ibu klien mengatakan pembawaan klien yang periang dan sedikit pemalu

3. Lingkungan rumah :

Lingkungan rumah sehat dan bersih

## **H. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL (GORDON)**

- a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

1. Status kesehatan anak sejak lahir :

Ibu klien mengatakan klien lahir normal, dengan sehat wal afiat. 1 hari 1 malam dipuskesmas setelah itu klien dan anaknya diperbolehkan pulang

2. Pemeriksaan kesehatan secara rutin, imunisasi :

Ibu klien mengatakan untuk pemeriksaan kesehatan dilakukan secara rutin di posyandu dan klien sudah mendapatkan imunisasi seperti : hepatitis B 1,2,3, polio 1, 2, 3, 4 BCG, DPT 1, 2,3

3. Penyakit yang menyebabkan anak absen dari sekolah :

Ibu klien mengatakan anak sudah masuk tk

4. Praktik pencegahan kesehatan :

Ibu klien mengatakan bahwa sejauh ini untuk pencegahan kesehatan sudah dilakukan sebisa mungkin

5. Apakah orangtua merokok? Di dekat anak? :

Ibu klien mengatakan bahwa bapak klien merokok, tapi tidak didekat anak. Sesudah merokok langsung bermain dengan klien.

6. Mainan anak/bayi ? keamanan kendaraan? :

Ibu klien mengatakan untuk mainan anak cukup aman, tidak ada yang membahayakan.

7. Praktik keamanan orangtua :

Ibu klien mengatakan cukup aman

b. Pola nutrisi – metabolic

1. Pemberian ASI/PASI

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa klien sudah tidak minum asi

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa klien sudah tidak minum asi

2. Selera makanan yang disukai atau tidak disukai

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa pasien makan makanan yang diberikan orang tua seperti nasi satu porsi dan minum air putih dan susu juga mau

selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa pasien menyukai makanan yang diberikan orangtua dan minum susu jika diberi makanan dari rumah sakit hanya dimakan 1-2 sendok saja/ sedikit.

3. Kebiasaan makan :

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa kebiasaan pasien makan 2x pagi dan sore dengan nasi dengan porsi sedikit

selama sakit :Ibu pasien mengatakan hanya minum susu dan makanan dari rumah sakit itu pun hanya 1-2 sendok saja.

4. Alat makan yang digunakan :

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan alat makan yang digunakan adalah sendok makan, piring makan pasien dan gelas minum pasien

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan saat dirumah sakit menggunakan alat makan semuanya dari rumah sakit.

5. Pengkajian ABCD :

A (Antropometri)

BB = 17 kg

TB = 108 cm

LILA = 20,5 cm

Lingkar perut = 50 cm

Lingkar kepala = 47 cm

B (Biochemical)

Sebelum sakit: -

Sesudah sakit: - Haemoglobin: 11,1 g/dl

-Hematokrit: 36 %

### C (Clinical Assesment)

Sebelum sakit :Kulit halus dan bersih,mulut dan lidah lembab,mata normal

Selama sakit :Rambut tumbuh dengan sebaran merata, kulit halus dan bersih, mulut dan lidah lembab, ekstermitas atas kiri terpasang infus dan ekstermitas bawah normal

### D (Diit)

Sebelum sakit :pasien minum air putih, dan makan satu porsi nasi.

Selama sakit :pasien minum susu dan 1-2 sendok makan bubur dari Rumah Sakit.

### c. Pola eliminasi

#### 1. Pola defekasi :

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan bahwa urin pasien berwarna kekuningan,BAB Pasien lembek,tidak berlendir dan tidak ada darah dan berbau khas

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa urine pasien berwarna kekuningan. BAB pasien lembek,tidak berlendir, tidak ada darah saat BAB dan berbau khas.



2. Mengganti pakaian dalam/pampers “

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan jika dirumah pasien tidak menggunakan pampers dan mengganti pakaian dalam setelah mandi.

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan jika pampers penuh diganti dan jika pasien BAB diganti.

3. Pola eliminasi urin dan bab :

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAK 5-6x/hari dan BAB 1-2x/hari

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa sehari pasien BAK5-6x/ hari dan bab 1-2 x/ hari.

d. Pola latihan – aktivitas

1. Rutin mandi :

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan saat dirumah pasien rutin mandi setiap pagi dan sore hari

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa selama dirumah sakit pasien hanya disibin setiap pagi dan sore hari.

2. Kebersihan rutin :

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan kebersihan juga dilakukan setiap pagi dan sore hari

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa untuk kebersihan juga dilakukan setiap pagi, sore dan setiap ganti pampers

3. Aktivitas sehari-hari :

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa untuk aktivitas sehari-hari pasien bermain dengan orang tua,nenek dan ponakan yang main kerumah pasien.

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa selama dirumah sakit pasien hanya bermain bersama orang tua

4. Level aktivitas anak/bayi secara umum, toleransi

Ibu klien mengatakan bahwa anak cukup tanggap meskipun baru berusia 4 tahun

5. Persepsi anak terhadap kekuatan (kuat/lemah)

Ibu klien mengatakan untuk persepsi klien sangat kuat.

6. Kemampuan kemandirian anak :

Ibu klien mengatakan bahwa untuk kemandirian belum bisa karena masih butuh bantuan orang tua dan orang di lingkungan sekitar.

e. Pola istirahat tidur

1. Pola istirahat/tidur anak, perkiraan jam/dll

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa pasien beristirahat  $\pm$  10 jam dengan nyenyak dan posisi tidur yang tenang

Selama sakit :ibu pasien mengatakan saat sakit kebutuhan tidur  $\pm$  8 jam dan sering terbangun

2. Perubahan pola istirahat, mimpi buruk, nokturia

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa pasien selama dirumah belum pernah mengalami mimpi buruk.

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa selama dirumah sakit belum pernah mimpi buruk

3. Posisi anak tidur, gerakan tubuh

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa pasien tidur dengan posisi yang nyaman dengan gerakan yang sedikit,

Selama sakit :posisi tidur tidak nyenyak dan sedikit rewel sering menangis.

f. Pola persepsi kognitif

1. Responsif secara umum

Ibu klien mengatakan klien cukup responsive

2. Respon anak untuk bicara, suara, objek, sentuhan

Ibu klien mengatakan bahwa klien mengerti respon yang diberikan.

3. Apakah anak mengikuti objek dengan matanya? Respon untuk meraih mainan

Ibu klien mengatakan iya, tetapi terkadang jika mood nya tidak bagus klien agak cuek.

4. Vokal suara, pola bicara, kata-kata, kalimat ?

Ibu klien mengatakan bahwa klien sudah bisa mengucapkan kata-kata dengan jelas

5. Gunakan stimulus : bicara, mainan, dsb

Ibu klien mengatakan bahwa untuk menstimulus klien dengan bicara dan mainan.

6. Kemampuan anak untuk mengatakan nama, waktu, alamat

Ibu klien mengatakan bahwa klien sudah mampu untuk mengucapkan kata-kata.

7. Kemampuan anak untuk mengidentifikasi kebutuhan :

Ibu klien mengatakan bahwa klien mengidentifikasi kebutuhannya dengan cara menangis dan rewel.

g. Pola persepsi diri – konsep diri

1. Status mood bayi/anak iritabilitas

Ibu klien mengatakan bahwa klien termasuk orang dengan mood yang tidak bisa ditebak.

2. Pemahaman anak terhadap identitas diri, kompetensi, dll

Ibu klien mengatakan bahwa klien sudah sedikit mampu untuk memahami identitas dirinya sendiri.

Anak/bayi :

1. Status mood : berubah-ubah

2. Banyak teman, seperti yang lain ? iyaa, dirumah dan di lingkungan rumah klien memiliki cukup banyak teman karena klien merupakan anak yang periang

3. Kesepian ? tidak, karena setiap hari anak selalu ditemani orangtua dan keluarga

4. Takut ? tidak, karena selalu ada orangtua yang menemani klien, namun semenjak dirumah sakit klien menjadi mudah menangis karena tidak betah.

h. Pola hubungan dan peran

1. Struktur keluarga :

Ibu klien mengatakan bahwa struktur keluarga masi lengkap, yaitu orang tua, nenek, dan kakek.

2. Masalah/stressor keluarga

Ibu klien mengatakan bahwa tidak ada masalah apapun di dalam keluarga.

3. Interaksi anggota keluarga dan anak

Ibu klien mengatakan bahwa interaksi keluarga dengan anak dilakukan setiap hari.

4. Respon anak/ bayi terhadap perpisahan

Ibu klien mengatakan bahwa klien memahami jika ditinggal terkadang ditinggal bekerja oleh ibunya.

5. Anak : ketergantungan ?

Ibu klien mengatakan bahwa klien masih membutuhkan bantuan dalam berbagai hal.

6. Anak : pola bermain ?

Ibu klien mengatakan bahwa dalam bermain klien ceria dan sudah diajarkan untuk merapikan mainannya setelah dipakai bermain

7. Anak : temperature ? masalah disiplin? Penyesuaian sekolah ?

Ibu klien mengatkan bahwa klien sudah mampu menyesuaikan diri dengan teman – temannya.

i. Pola seksual – reproduksi

Tidak terkaji

j. Pola toleransi stress – coping

Sebelum sakit :Ny.S mengatakan An.A menangis saat kebutuhannya/keinginannya tidak diberi,menenangkan An.A dengan cara membujuknya.

Selama sakit :Ny.S mengatakan An.A saat dirawat di rumah sakit sering rewel dan menangis.

k. Pola kepercayaan nilai

Ny.S mengatakan mendidik An.A secara islami

## I. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum :

Kesadaran composmentis (GCS: 15) keadaan umum lemah

b. Tanda Vital :

Tekanan Darah : -

Nadi : 118 x/ menit

RR : 22x/ menit

Suhu : 39,1 c

c. TB : 108 cm

BB : 17 kg

d. LILA : 20,5 cm

Lingkar kepala : 47 cm

Lingkar dada : 50 cm

e. Mata :

Kelopak mata normal, konjungtiva ananemis, isokor, sklera anikterik, reflex cahaya ada, tajam penglihatan normal

f. Hidung :

Simetris kanan dan kiri tidak terpasang alat bantu pernafasan

g. Mulut :

Mukosa bibir kering, tidak ada lesi, Stomatitis tidak ditemukan, gigi sebagian berlubang, kelainan tidak ada

h. Telinga :

Simetris kanan dan kiri, tidak ada penumpukan serumen, membrane timpani normal, pendengaran normal

i. Leher :

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid ataupun getah bening, Simetris, kaku kuduk tidak ada

j. Dada :

Simetris kanan dan kiri, tidak ada lesi.

k. Jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak tampak

Palpasi : ictus cordis teraba pada ICS 4 & 5 di midklavikula sinistra

Perkusi : bunyi pekak

Auskultasi : terdengar S<sub>1</sub> dan S<sub>2</sub>, reguler tidak terdapat suara tambahan

l. Paru-Paru

Inspeksi : simetris kanan dan kiri, tidak ada lesi

Palpasi : paru-paru kanan dan kiri mengembang dengan simetris

tidak ada nyeri tekan

Perkusi : normal

Auskultasi : vesikular.

m. Abdomen

Inspeksi : tidak ada lesi dan tidak ada benjolan pada umbilikus

Auskultasi : bisisng usus 10x/ menit

Perkusi : bunyi timpani

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

n. Punggung

Simetris, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada lesi

o. Genetalia

Bersih,tidak terpasang DC

p. Ekstermitas

Terpasang infus RL 12 tpm ditangan kiri

q. Kulit

Kulit sawo matang, tugor kulit elastis ,akral hangat



## J. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN

**Tabel 3.2 Pemeriksaan Perkembangan**

Sektor	Respon Anak	Kesimpulan
Personal Sosial	1. Sudah bisa memakai T-shirt dan makan (P).	Anak dalam batas normal dan tidak mengalami keterlambatan dalam perkembangan personal sosial.
	2. Belum bisa berpakaian tanpa bantuan (F).	
	3. Sudah bisa bermain ular tangga (P)	
	4. Sudah bisa gosok gigi tanpa bantuan (P)	
Motorik Halus	1. Sudah bisa membuat menara dari 8 kubus (P).	Anak dalam batas normal dan tidak mengalami keterlambatan dalam perkembangan motorik halus.
	2. Sudah bisa menggoyangkan ibu jari (P)	
	3. Sudah bisa mencontoh mewarnai gambar (P)	
	4. Belum bisa menggambar orang 3 bagian (F)	
Bahasa	1. Sudah bisa menghitung 1	Anak dalam batas normal dan tidak

	kubus (P).	mengalami
2.	Sudah bisa mengetahui kegunaan 3 benda (P).	keterlambatan dalam perkembangan Bahasa.
3.	Belum bisa mengetahui kegiatan (F).	4
4.	Sudah bisa bicara semua dimengerti (P).	
Motorik kasar	1. Sudah bisa berdiri 1 kaki 2 detik (P).	Anak dalam batas normal dan tidak mengalami keterlambatan dalam perkembangan motorik kasar.
	2. Sudah bisa melompat dengan 1 kaki (P).	
	3. Sudah bisa berdiri 1 kaki 3 detik (P).	
	4. Sudah bisa berdiri 1 kaki 4 detik (P).	

## K. PEMERIKSAAN PENUNJANG

**Tabel 3.3 Pemeriksaan Penunjang**

Selasa, 22 agustus 2023

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
<b>Hematologi</b>			
<b>Hemoglobin</b>	11	12 – 16	g/dl
<b>Hematokrit</b>	34	37 – 43	%
<b>Leukosit</b>	16.700	4000 – 10000	/uL
<b>Eritrosit</b>	3,97	4,5 - 6,5	Juta/uL

<b>Trombosit</b>	538.000	150.000 - 450.000	/uL
<b>Limfosit</b>	54	2 – 10	%
<b>IMUNOSEROLAGI</b>			
<b>Widal</b>			
<b>Anti S. Typhi O</b>	+1/320	-	+1/80
<b>Anti S. Typhi H</b>	+1/320	-	+1/80

## L. TERAPI OBAT

**Tabel 3.4 Terapi Obat**

<b>Nama Terapi</b>	<b>Rute</b>	<b>Dosis</b>	<b>Indikasi</b>
<b>Infus RL</b>	IV	12 tpm	Sumber cairan & elektrolit
<b>Inj. Ceftriaxone</b>	IV	1 x 400 mg	Antibiotik
<b>Inj.Paracetamol</b>	IV	170 mg	Menurunkan suhu tubuh

## M. ANALISA DATA

**Tabel 3.5 Analisa Data**

<b>No</b>	<b>Hari/Tanggal</b>	<b>Data Fokus</b>	<b>Dx. Keperawatan</b>	<b>Ttd</b>
1.	Selasa 22 agustus 2023	DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>Ibu pasien mengatakan anaknya demam sudah 2 hari yang lalu, demam tidak turun dan semakin naik.</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>Akral hangat</li> <li>KU : lemas</li> <li>S : 39,1</li> </ul>	Hipertermia (D.0130)	Selvyana

---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• N : 118 x/menit</li> <li>• RR : 22 x/menit</li> <li>• Mukosa bibir kering</li> </ul>		
2.	Selasa,22 agustus 2023	DS:	Ansietas (D.0080)	Selvyana
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu pasien mengatakan anaknya nangis terus dan minta untuk pulang karena tidak betah di rumah sakit</li> <li>• ibu pasien mengatakan anaknya selalu rewel sejak masuk RS.</li> <li>• Ibu klien mengatakan anaknya sulit tidur.</li> </ul>		
		DO :		
		Pasien tampak gelisah dan menangis		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelisah</li> <li>• menangis</li> <li>• Rewel</li> </ul>		
		Nadi 118 x/menit		

---

## N. DIAGNOSA KEPERAWATAN

**Tabel 3.6 Diagnosa Keperawatan**

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Ttd
1	Selasa, 22 agustus 2023	Hipertermia b.d proses penyakit (D0130)	Selvyana
2	Selasa, 22 agustus 2023	Ansietas b.d Hospitalisasi (D.0080)	Selvyana

## O. RENCANA KEPERAWATAN

**Tabel 3.7 Rencana Keperawatan**

No	Hari/Tgl	SLKI	Intervensi	Ttd
1	Selasa, 22 agustus 2023	Termoregulasi Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 termoregulasi membaik ditandai dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Takikardi menurun</li> <li>• Takipnea menurun</li> <li>• Suhu tubuh membaik</li> <li>• Suhu kulit membaik</li> <li>• KU membaik</li> </ul>	Manajemen hipertermia Observasi : 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator). 2. Monitor suhu tubuh. 3. Monitor kadar elektrolit. 4. Monitor haluaran urine. 5. Monitor komplikasi akibat hipertermi.	Selvyana

---

Teraupetik :

1. Sediakan lingkungan yang dingin.
2. longgarkan atau lepaskan pakaian pasien.
3. Basahi dan kipasi per Berikan cairan oral.
4. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih).
5. Lakukan pendinginan eksternal ( mis. Selimut hipoermia,atau kompres dingin pada dahi, dada, abdomen, aksila).
6. Hindari pemberian antiperitik atau aspirin.
7. Berikan oksigen, jika perlu.  
mukaan tubuh

Edukasi

---

			1. Anjurkan tirah baring.	
			Kolaborasi	
			1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	
2	Selasa, 22 Agustus 2023	Tingkat Asietas (L.09093) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 8 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :	Terapi Bermain Observasi : 1. Identifikasi perasaan anak yang di ungkapkan selama bermain. 2. Monitor penggunaan peralatan bermain anak. 3. Monitor respons anak terhadap terapi. 4. Monitor tingkat kecemasan. Terapeutik : 1. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman Sediakan waktu yang cukup untuk memungkinkan sesi bermain efektif. 2. Atur sesi bermain untuk memfasilitasi hasil yang diinginkan. 3. Tetapkan batasan	Selvy ana

---

untuk sesi latihan terapeutik.

4. Sediakan peralatan bermain yang aman, sesuai kreatif, tepat guna, peralatan yang merangsang perkembangan anak, yang dapat mendorong ekspresi pengetahuan dan perkembangan anak.
  5. Motivasi anak untuk berbagi perasaan, pengetahuan, dan persepsi.
  6. Komunikasikan penerimaan perasaan, baik positif maupun negatif, yang diungkapkan melalui permainan.
  7. Lanjutkan sesi bermain secara teratur untuk membangun kepercayaan dan mengurangi rasa takut akan peralatan atau pertawatan yang tidak dikenal.
-



- 
8. Dokumentasikan pengamatan yang dilakukan selama sesi bermain.

Edukasi :

1. Jelaskan tujuan bermain bagi anak kepada orangtua.
  2. Jelaskan prosedur bermain kepada anak dan/ atau orangtua dengan bahasa yang mudah dipahami
- 

## P. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

**Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan**

No	Hari/Tgl/Jam	Tindakan	Respon Hasil	Ttd
Dx 1	Selasa, 22 Agustus 2023 09 :00 WIB	Memonitor suhu tubuh status dehidrasi	DS : Ibu pasien mengatakan pasien susah minum, sehingga jarang BAK  DO : Membran mukosa kering, wajah pucat, turgor kulit jelek.  S : 39,1	Selvyana
Dx 2	10 : 00 WIB	Monitor tingkat kecemasan	DS :  • ibu pasien mengatakan anaknya selalu menangis dan	Selvyana

---

			<p>merasa tidak nyaman dengan lingkungan yang baru.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ibu klien bersedia untuk memberikan sesi bermain untuk anaknya.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien terlihat rewel</li> </ul> <p>Klien tidak mau melakukan permainan</p>	
Dx 1	11. 00 WIB	<p>Menganjurkan keluarga klien untuk kompress hangat dan Menganjurkan asupan cairan 2000ml/ hari</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Keluarga pasien mengatakan akan mengompres pasien dengan air hangat dan mengerti apa yang dibicarakan perawat.</li> </ul> <p>DO :</p> <p>S : 39.1</p>	Selvyana
Dx 2	12 : 00 WIB	<p>Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>Menganjurkan asupan cairan 2000ml/ hari</p>	<p>DS : ibu pasien mengatakan bersedia anaknya di berikan obat</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inj.Paracetamol 170 mg.</li> <li>Inj. Ceftriaxon 1x 400 mg</li> </ul>	Selvyana

Dx	13 : 15 WIB	Mengobservasi tanda-	DS : -	Selvyana
.		tanda vital	DO :	
1,			Nadi : 117 x/menit	
2			Suhu : 39.1 c	
			RR : 22 x/menit	
Dx	Rabu, 23	- Memonitor KU	S : -	Selvyana
1	Agustus 2023	dan TTV	O :	
	09 : 00 WIB	- Mengganti cairan	KU : baik	
		iinfus RI 10 tpm	N : 110	
			RR : 20	
			S : 37	
Dx	10 : 00 WIB	Ciptakan lingkungan	DS : pasien mengatakan	Selvyana
2		yang aman dan nyaman	bersedia untuk diajak	
		Sediakan waktu yang	bermain perawat	
		cukup untuk	DO :	
		memungkinkan sesi	Pasien tampak kooperatif	
		bermain efektif	dan tenang	
		- Memonitor KU		
		dan TTV	S : -	
		- Mengganti cairan	O :	
		iinfus RI 10 tpm	KU : baik	
			N : 110	
			RR : 20	
			S : 37	
Dx	11.30 WIB	Memonitor tingkat	DS :	Selvyana
2		kecemasan	• ibu pasien	
			mengatakan anaknya	
			sudah lebih tenang	
			dan jarang menangis	

			DO :	
			Klien terlihat lebih rileks dan tenang	
Dx 1	12.00 WIB	Memonitor suhu tubuh	DS :	Selvyana
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Ibu pasien mengatakan pasien sudah mau minum dibanding kemarin dan demam mereda.</li> </ul>	
			DO :	
			S : 37	
			Membran mukosa sedikit lembab, turgor kulit bagus	
Dx 1	12.15 WIB	Menganjurkan tirah baring.	DS : -	Selvyana
			DO :	
			Pasien tampak kooperatif	
Dx 1	13 : 00 WIB	Memonitor komplikasi akibat hipertermi	DS :	Selvyana
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Ibu pasien mengatakan tidak ada keluhan lain selain demam dan flu. demam sudah mereda namun flu masih, tetapi tidak mengalami hidung tersumbat</li> </ul>	

			DO :	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak lebih rileks</li> </ul>	
Dx	Kamis, 24	Mengobservasi KU dan	DS : -	Selvyana
1,	Agustus 2023	Tanda – tanda vital	DO :	
2	09:00 WIB		KU : Baik	
			Nadi : 110 x/menit	
			RR : 20 x/menit	
			Suhu : 36,5 c	
Dx	10 : 00 WIB	Memonitor suhu tubuh	DS :	Selvyana
1			<ul style="list-style-type: none"> <li>Ibu pasien mengatakan pasien sudah tidak demam, sudah tidak menggigil.</li> </ul>	
			DO :	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>S : 36,5</li> <li>Akral masih hangat</li> <li>Membran mukosa lembab</li> <li>wajah lebih fresh</li> </ul>	
			turgor kulit baik	
Dx	10.30 WIB	Monitor tingkat	DS :	Selvyana
2		kecemasan	<ul style="list-style-type: none"> <li>ibu pasien mengatakan anaknya sudah lebih tenang dan jarang menangis</li> </ul>	
			DO :	
			Klien terlihat lebih rileks dan tenang	

Dx 2	11.00 WIB	Melanjutkan sesi bermain secara teratur untuk membangun kepercayaan dan mengurangi rasa takut akan peralatan atau pertawatan yang tidak dikenal.	DS : pasien mengatakan bersedia untuk bermain DO : Anak tampak kooperatif	Selvyana
Dx 1, 2	12 : 00 WIB	Kolaborasi pemberian analgetik	DS : ibu pasien mengatakan bersedia anaknya di berikan obat DO : - Inj.Paracetamol 100 mg. - Inj. Ceftriaxon 1x 400 mg	Selvyana
Dx 1	13. 15 WIB	Menganjurkan keluarga klien untuk minum hangat dan Menganjurkan asupan cairan 2000ml/ hari	DS : • Keluarga pasien mengatakan akan memberikan minum dengan air hangat dan mengerti apa yang dibicarakan perawat. DO : • S : 36,5	Selvyana

## Q. EVALUASI KEPERAWATAN

**Tabel 3.9 Evaluasi Keperawatan**

No.	Hari/Tgl/Jam	Evaluasi Keperawatan	Ttd
<b>Dx</b>			
<b>Dx</b>	<b>Selasa , 22</b>	<b>S :</b>	<b>Selvyana</b>
<b>1</b>	<b>Agustus 2023</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ibu klien mengatakan pasien demam</li> <li>– Ibu klien mengatakan kulit hangat</li> </ul>	
	<b>14.00 wib</b>	<b>O :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pasien terlihat lemas</li> <li>– Muka pucat</li> <li>– Membran mukosa kering</li> <li>– S : 38,5</li> <li>– Akral Hangat</li> </ul>	
		A : Masalah hipertermia belum teratasi	
		P : Lanjutkan intervensi	
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor KU dan TTV</li> <li>2. Monitor suhu tubuh</li> <li>3. Anjurkan tirah baring</li> <li>4. Monitor komplikasi hipertermi</li> </ol>	
<b>Dx</b>	<b>Selasa, 22</b>	<b>S :</b>	<b>Selvyana</b>
<b>2</b>	<b>Agustus 2023</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ibu pasien mengatakan anaknya selalu rewel sejak masuk RS.</li> <li>• Ibu pasien mengatakan anak sering menangis dan sulit tidur</li> </ul>	
	<b>14.00</b>	<b>O :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak gelisah dan menangis</li> <li>• Nadi 118 x/menit</li> <li>• Muka pucat</li> </ul>	
		A : Masalah belum teratasi	
		P : Lanjutkan intervensi	

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman Sediakan waktu yang cukup untuk memungkinkan sesi bermain efektif.</li> <li>2. Atur sesi bermain untuk memfasilitasi hasil yang diinginkan</li> </ol> <p>- Monitor ansietas</p>	
<b>Dx</b>	<b>Rabu, 23</b>	<b>S :</b>		<b>Selvyana</b>
<b>1</b>	<b>Agustus 2023</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan demam sudah menurun</li> <li>- Ibu klien mengatakan kulit sedikit hangat</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- KU : Baik</li> <li>- Membran mukosa lembab</li> <li>- S : 37</li> <li>- Akral Hangat</li> </ul> <p>A : Masalah hipertermia belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor KU dan TTV</li> <li>2. Monitor suhu tubuh</li> <li>3. Anjurkan keluarga klien untuk minum hangat dan Menganjurkan asupan cairan 2000ml/ hari</li> <li>4. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol>	
<b>Dx</b>	<b>Rabu, 23</b>	<b>S :</b>		<b>Selvyana</b>
<b>2</b>	<b>Agustus 2023</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ibu pasien mengatakan anaknya perlahan mampu mampu menyesuaikan dengan lingkungan yang baru.</li> </ul>	



- 
- Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mulai tidur nyenyak

O :

- Pasien tampak masih gelisah
- Tidak mau ditinggal orang tua
- Nadi : 117 x/menit
- Menangis

A : Masalah belum teratasi

---

<b>Dx</b>	<b>Kamis , 24 S</b>	<b>Selvyana</b>
-----------	---------------------	-----------------

**1 Agustus 2023**  
**14.00 Wib**

- Ibu klien mengatakan demam sudah menurun
- Ibu klien mengatakan kulit sedikit hangat

O

- KU : Baik
- Membran mukosa lembab
- S : 37
- Akral Hangat

A : Masalah hipertermia teratasi sebagian

P : Pertahankan intervensi

---

<b>Dx</b>	<b>Kamis ,24 S</b>	<b>Selvyana</b>
-----------	--------------------	-----------------

**2 Agustus 2023**  
**14 : 00 WIB**

S : ibu pasien mengatakan anaknya sudah mampu beradaptasi dengan lingkungan yang baru.

O :

- Tidur nyenyak
- Tidak mau ditinggal orang tua

A : Masalah Teratasi

P : Pertahankan Intervensi

---