

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

1. Waktu pengkajian : Rabu, 19 Juni 2024 Jam 11.00 WIB
2. Tanggal masuk : 19 Juni 2024 Jam 03.30 WIB
 - a. Identitas Klien :
 - 1) Nama : By. A
 - 2) Alamat : Kandangan Rt 02 Rw 04 Purwodadi
 - 3) Tanggal lahir : 19 Juni 2023
 - 4) Umur : 1 tahun, 0 bulan, 0 hari
 - 5) Jenis kelamin : Perempuan
 - 6) Agama : Islam
 - 7) Diagnosa medis : *Dengue Hemorrhagic Fever*
 - 8) Penanggung jawab :
 - 9) Nama Orang tua
 - 10) Ayah : Tn. R
 - 11) Ibu : Ny. A
 - 12) Pekerjaan :
 - 13) Ayah : Wiraswasta
 - 14) Ibu : Ibu rumah tangga
 - 15) Alamat : Kandangan Rt 02 Rw 04 Purwodadi

16) No telp : +62 896-8418-6800

b. Keluhan utama :

Ibu pasien mengatakan bayinya panas

c. Riwayat kesehatan sekarang

Ibu pasien mengatakan bayinya panas 3 hari naik turun, mual, muntah setiap makan nasi lembek dengan sayur, kurang minum air putih lemas lalu pada tanggal 19 juni 2024 pasien dibawa oleh kedua orang tua pasien ke IGD RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi dengan pemeriksaan tanda - tanda vital : S :38,2°C, Spo2:99%, Nadi : 125x/menit, RR : 22x/menit, BB : 8 Kg. Kemudian pasien diberikan terapi infus Rl 10 tpm, Infus paracetamol 80mg/jam, paracetamol drip 3 x 0,8cc dan dipindah ke ruang Gladiol untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.

d. Riwayat Masa Lampau

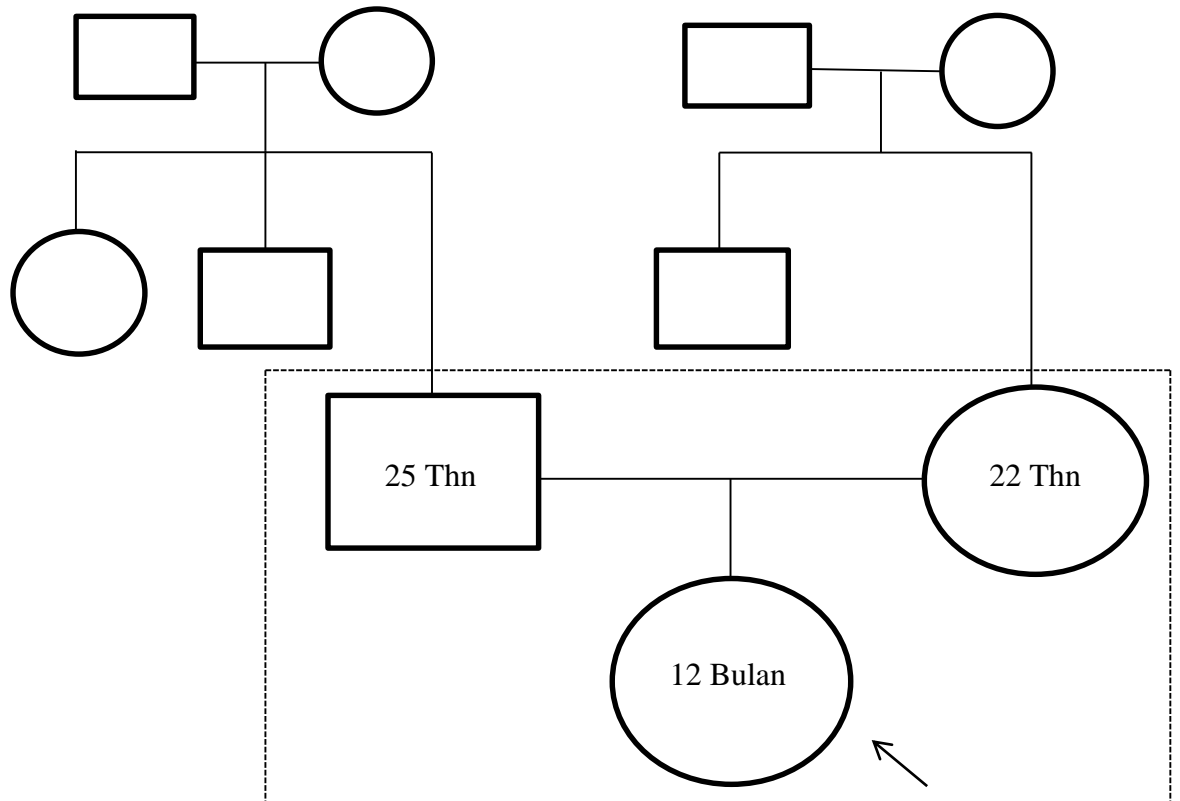



Ibu pasien mengatakan ini adalah kehamilan anak pertama saat hamil rutin melakukan pemeriksaan antenatal care (ANC) setiap satu bulan sekali di puskesmas, tidak ada keluhan atau masalah. Nutrisi terpenuhi dengan mengonsumsi buah - buahan, susu ibu hamil, tidak ada pantangan dalam makanan selama kehamilan dan tidak mengonsumsi obat - obatan selama hamil, saat melahirkan By. A dengan proses persalinan secara normal di Rumah Sakit Islam Purwodadi dengan berat badan lahir 3200 gram panjang badan 49 cm, pada tanggal 19

juni 2023 jam 10.25 WIB. Dirawat bersama ibunya tidak di ruang neoristi, keadaan ibu pasien pasca melahirkan tidak mengalami perdarahan, air susu ibu (ASI) ibu pasien dapat keluar dan banyak, setelah 3 hari perawatan di Rumah sakit Islam Purwodadi bayi dan ibunya diperbolehkan pulang. Ibu pasien mengatakan By. A sudah mendapatkan imunisasi BCG, polio I, polio II, polio III, hepatitis B I, hepatitis B II, hepatitis B III, DPT I, II, III, Campak. Ibu pasien mengatakan bahwa By. A belum pernah di rawat di rumah sakit dan tidak memiliki riwayat alergi.


e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu pasien mengatakan bahwa dikeluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan penyakit yang dialami pasien dan tidak ada anggota keluarga lainnya yang memiliki penyakit hipertensi, diabetes melitus, jantung dan penyakit lainnya.

f. Genogram

Laki – Laki : Perempuan : Meninggal :  

Menikah : _____

Keturunan : 

Serumah : - - - - -

Pasien : 

g. Riwayat Sosial

Ibu pasien mengatakan By. A di asuh olehnya dan suaminya. Ibu pasien mengatakan pembawaan secara umum By. A periang dan aktif bermain. Ibu pasien mengatakan bahwa lingkungan rumah terjaga

kebersihannya, terdapat jendela dan ventilasi di dalam rumah, keamanan By. A terjamin.

h. PENGKAJIAN FUNGSIONAL MENURUT GORDON

1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan bahwa status kesehatan By. A sejak lahir baik hingga sekarang, ibu pasien rutin memeriksakan kesehatan anak di posyandu, ibu pasien mengatakan bahwa ayah By. A tidak merokok, ibu pasien mengatakan selalu memberikan mainan anak sesuai umur dan tentunya aman untuk dimainkan.

Selama sakit : Ibu pasien selalu mempertahankan kesejahteraan dan kesehatan By. A. Bila By. A sakit ibu pasien segera memeriksakannya ke pelayanan kesehatan terdekat dan berharap lekas sembuh.

2) Pola nutrisi metabolic

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan bahwa sebelum sakit kebiasaan makan baik, sehari makan 3 kali sehari, 1 porsi habis nasi lembek dengan lauk sayur bayam dan telur, makanan yang disukai yaitu sosia. Suka minum air putih 8 gelas sehari, masih minum asi

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan anaknya mual tapi sudah tidak muntah, selera makan menurun, makanan dari rumah sakit berupa bubur, telur dan sayur sop hanya menghabiskan 6 sendok

makan 1/2 dari porsi yang diberikan, kurang minum air putih sehari hanya mau minum 3 gelas air putih, masih minum asi

A : TB : 75 cm

BB : 8 Kg

Z - Score : -2 (normal)

B : Hemoglobin : 12.0

Trombosit : 100000

C : Lemah

D : Bubur

3) Pola eliminasi

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1 kali dalam sehari, warna feses kecoklatan dengan konsistensi lunak dan padat. BAK 4 sampai 5 kali dalam sehari, warna kuning jernih, bau pesing

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam BAB dan BAK, tetapi hari ini belum BAB, BAK tidak tau berapa kali tetapi sudah mengganti popok dua kali dari jam 03. 30 WIB sampai jam 11. 00 WIB

4) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan pasien rutin mandi 2 kali sehari dibantu orang tua pasien, aktivitas sehari - hari suka bermain sendiri ataupun bermain dengan orang tua dan teman - temannya.

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan pasien aktivitas dibantu orang tua, tetapi setelah bermain seperti bermain kubus dan mecoret - coret gambar By. A terlihat sesak napas dan terlihat lelah, lemas setelah bermain, RR 30 x/menit. Ibu pasien mengatakan By. A sesak napas, lelah, dan lemas setelah bermain tetapi jika tidak bermain hanya menonton hp By. A tidak sesak napas.

5) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan By. A tidur siang selama 1 jam dan tidur malam selama 8 jam.

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan By. A lebih banyak tidur siang selama 3 jam dan tidur malam selama 7 jam kadang terbangun.

6) Pola persepsi kognitif

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan belum memahami penyakit yang dialami By. A

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan sudah memahami penyakit yang dialami By. A

7) Pola persepsi konsep diri

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan By. A aktif bermain

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan By. A lebih banyak tidur siang dan menonton hp

8) Pola hubungan dan peran

Sebelum sakit dan selama sakit : Ibu pasien mengatakan By. A anak yang periang namun tidak mudah dekat dengan orang lain.

9) Pola seksual reproduksi

Sebelum sakit dan selama sakit : Ibu pasien mengatakan By. A selalu diberikan kasih sayang oleh kedua orang tuanya.

10) Pola toleransi dan stress koping

Sebelum sakit : Ibu pasien belum memahami penyakit yang dialami By. A

Selama sakit : Ibu pasien sudah memahami penjelasan tentang penyakit yang dialami By. A

11) Pola kepercayaan nilai

Sebelum dan selama sakit : Ibu pasien mengatakan anaknya selalu diajarkan berbuat baik.

i. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum : Lemah

Kesadaran : Composmentis

2) Tanda vital

S : 38,2 °C

N : 125 x/menit

RR : 30 x/menit

Spo2 : 96%

3) Antropometri

TB : 75 cm

BB : 8 Kg

Z - score : -2 (normal)

4) Mata

Inspeksi : Sklera putih, konjungtiva anemis, bentuk simetris, reflek pupil isokor

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

5) Hidung

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak terdapat secret, tidak ada sinusitis, tidak ada napas tambahan, tidak menggunakan alat bantu pernapasan, tidak mengalami perdarahan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

6) Mulut

Inspeksi : Bibir simetris, mukosa bibir kering, bibir berwarna pink, tidak ada sariawan, tidak ada perdarahan pada gusi, tidak mengalami kesulitan menelan, tidak mengalami kesulitan berbicara

7) Telinga

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada secret

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

8) Leher

Inspeksi : Tidak ada pembesaran limfe dan kelenjar tiroid

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, arteri karotis teraba lemah

9) Dada

Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak terdapat lesi

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : Pernafasan mengembang simetris antara dada kanan dan kiri, payudara normal

Perkusi : Thorax sonor, tidak ada alat bantu pernapasan, tidak ada retraksi otot bantu napas

10) Jantung

Inspeksi : Tidak ada lesi, tidak terlihat ictus cordis

Palpasi : Teraba ictus cordis di intercosta V

Perkusi : Terdengar pekak

Auskultasi : Irama jantung teratur

11) Paru – paru

Inspeksi : Simetris

Palpasi : Tidak ada retraksi dinding dada

Perkusi : Terdengar suara perkusi sonor

Auskultasi : Terdengar vesikuler, tidak ada bunyi napas tambahan

12) Abdomen

Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat bekas operasi

Palpasi : Tidak ada pembesaran pada perut, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Terdengar bunyi tympani

Auskultasi : Terdengar bunyi bising usus 18 x/menit

13) Punggung

Inspeksi : Tidak ada lesi, bentuk simetris, tidak terdapat kelainan tulang belakang

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

14) Genetalia

Inspeksi : Bersih, tidak ada luka atau lesi, tidak terpasang kateter

15) Ekstremitas

Inspeksi : Kuku bersih, kuku berwarna putih, permukaan halus tidak terdapat lesi, tidak sianosis, Capillary refill time 4 detik, turgor kulit menurun, tidak terdapat oedema, terpasang infus di ekstremitas kiri atas, terdapat bintik merah disekitar tangan, akral hangat.

16) Kulit

Inspeksi : Kulit bersih, berwarna sawo matang, tidak terdapat oedema, terdapat bintik-bintik merah ditangan, turgor kulit menurun, kulit terasa hangat, kulit terlihat kemerahan.

17) Pemeriksaan perkembangan

1). Penilaian personal sosial :

By. A sudah bisa tepuk tangan, menyatakan keinginan, dada - dada dengan tangan, main dengan pemeriksa, menirukan kegiatan, minum dengan cangkir tetapi belum bisa membantu dirumah.

2) Penilaian motoric halus :

By. A sudah bisa mengambil 1 kubus, memegang dengan ibu jari dan jari, membentuk 2 kubus, menaruh kubus dicangkir, mencorat coret, tetapi menolak di ambil manik-manik dan ditunjukkan dan belum bisa membuat menara dari 2 kubus

3) Penilaian bahasa :

By. A sudah bisa kombinasi silabel, mengoceh, papa/nama spesifik, 1 kata, 2 kata, 3 kata, 5 kata, tetapi belum bisa menunjuk 2 gambar

4) Penilaian motorik kasar

By. A sudah bisa bangkit untuk berdiri, bangkit terus duduk, berdiri 2 detik, berdiri sendiri, membungkuk kemudian beridiri, berjalan dengan kaki, tetapi belum bisa berjalan mundur.

Kesimpulan : Perkembangan By. A sesuai dengan umurnya.

18) Hasil laboratorium

Hasil laboratorium pada tanggal 19/04/2024

Nama pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hematologi			
Hemoglobin	12.0	g/dl	10.8 - 12.8
Hematrokit	32.5	%	35 – 43
Lekosit	25810	/ul	6000 - 17000
Trombosit	100000	/ul	229000 - 553000
Eritrosit	4.50	10 ⁶ /uL	3.7 - 5.7

19) Terapi

- 1) Infus RL 10 tpm
- 2) Infus paracetamol 80mg/jam
- 3) Injeksi ondasteron 2x1 ml
- 4) Injeksi amoxicilin 3x250 mg

B. ANALISA DATA

Hari / Tanggal	Data	Problem	Ttd
Rabu, 19 Juni 2024	DS: ibu pasien mengatakan By. A demam naik turun selama 3 hari, kurang minum air putih sehari hanya minum 3 gelas air putih	Hipertermi (D.0130)	Eva
Jam 11.00 WIB	DO: - kulit terlihat kemerahan - kulit terasa hangat Suhu tubuh diatas nilai normal, trombosit turun S : 38,2°C,		
Rabu, 19 Juni 2024	DS: ibu pasien mengatakan By. A mual setiap minum air putih tetapi tidak muntah, sehari hanya minum 3 gelas air putih.	Hipovolemia (D.0023)	Eva
Jam 11.00 WIB	DO: - Tampak lemah -Membran mukosa kering - Suhu tubuh meningkat - Turgor kulit menurun		

- Frekuensi nadi meningkat

- Nadi teraba lemah

Hasil TTV

N : 125 x/menit

S : 38,2°C

RR : 30x/menit

Spo2 : 96%

CRT : 4 detik

Rabu, 19 Juni 2024	DS: ibu mengatakan By. A Intoleransi	Eva
Jam 11.00 WIB	sesak napas, lelah, lemas aktivitas (D.0056)	
	setelah bermain	
	DO: tampak sesak napas,	
	lemah, dan lelah	
	Nadi : 125 x/menit	
	RR : 30 x/ menit	
	Spo2 : 96%	

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No Dx	Diagnosa keperawatan	TTD
1	Hipertermi berhubungan dengan Infeksi virus dengue ditandai dengan suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, takikardi, kulit terasa hangat, trombosit turun (D.0130)	Eva
2	Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler ditandai dengan frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, merasa lemah, mengeluh haus, suhu tubuh meningkat (D.0023)	Eva
3	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemah, dispsnea setelah aktivitas (D.0056)	Eva

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosis keperawatan	Kriteria hasil SLKI	Intervensi SIKI
Hipertermi (D.0130)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan termoregulasi (L.14134) membaik sesuai kriteria hasil :	Manajemen hipertermia (I.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertemia Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang dingin
	1. Suhu tubuh (Membaik)	
	2. Suhu kulit (Membaik)	
	3. Kadar glukosa darah (Membaik)	
	4. Menggigil (Menurun)	
	5. Kejang (Menurun)	
	6. Kulit merah (Menurun)	

-
2. Longgarkan atau lepaskan pakaian
 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh
 4. Berikan cairan oral
 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)
 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
 7. Berikan tindakan skin to skin
 8. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin

Edukasi

1. Anjurkan tirah baring
-

		Kolaborasi
		1. Kolaborasi
		pemberian cairan dan
		elektrolit intravena,
		jika perlu
Hipovolemia (D.0023)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan status cairan (L.03028) membaik sesuai dengan kriteria hasil :	Manajemen hipovolemia (I.03116)
		Observasi
		1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, haus, lemah)
	1. Suhu tubuh (Membaik)	
	2. Frekuensi nadi (Membaik)	
	3. Membran mukosa (Membaik)	
	4. Tekanan nadi (Membaik)	
	5. Intake cairan (Membaik)	2. Monitor intake dan output cairan
		Terapeutik

1. Hitung kebutuhan cairan

2. Berikan posisi modified trendelenburg

3. Berikan asupan cairan oral

Edukasi

1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NACL,RL)

2. Kolaborasi pemberian cairan IV

				hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NACL 0,4%)	
Intoleransi (D.0056)	aktivitas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan toleransi aktivitas (L.05047) meningkat sesuai dengan kriteria hasil :	Manajemen (I.05178)	energi	
		1. Frekuensi nadi (Meningkat)	Observasi		
		2. Saturasi oksigen (Meningkat)	1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan		
		3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Meningkat)	2. Monitor kelelahan fisik dan emosional		
		4. Kecepatan berjalan (Meningkat)	3. Monitor pola dan jam tidur		
		5. Jarak berjalan (Meningkat)	Terapeutik		
			1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)		

-
2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif
 3. Berikan aktivitas dikstraksi yang menyenangkan

Edukasi

1. Anjurkan tirah baring
2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Kolaborasi

1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
-

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

HARI/ TANGGA L	NO DX	IMPLEMENTASI	RESPON	TTD
Rabu, 19 Juni 2024 Jam 11.00 WIB	1	a. Mengidentifikasi penyebab hipertermi b. Memonitor suhu tubuh	DS: ibu pasien mengatakan anaknya demam 3 hari, badan panas, kurang minum air putih DO: kulit terlihat kemerahan, terasa hangat, trombosit turun S : 38,2°C	Eva
Jam 11.13 WIB	1	a. Memberikan cairan oral b. Mengganti linen setiap hari atau lebih sering jika berkeringat berkeringat	DS : ibu pasien mengatakan jika anaknya minum air putih hanya sedikit, anak jarang berkeringat	Eva

				DO : mukosa kering, pakaian dan linen terlihat kering	
Jam	11.26	1	Mengkolaborasikan pemberian cairan IV	DS :ibu pasien bersedia jika anaknya diberikan cairan melalui IV DO : terpasang RL 10 tpm	Eva
WIB					
Jam	11.34	1	Memberikan edukasi pada ibu pentingnya skin to skin	DS : ibu bersedia diberikan edukasi DO : tampak memperhatikan, kooperatif	Eva
WIB					
Jam	11.37	1	Memberikan tindakan skin to skin	DS : ibu mengatakan bersedia melakukan skin to skin DO : ibu dan bayi terlihat belum nyaman saat melakukan tindakan	Eva
WIB					
Jam	12.19	2	a. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia b. Memonitor intake dan output cairan	DS: ibu pasien mengatakan anaknya lemas, demam DO: tampak lemah, nadi : 125 x/menit, suhu : 38,2°C, CRT 4 detik, mukosa kering	Eva
WIB					

Jam	12.30	2	Memberikan asupan	DS : ibu bersedia	Eva
WIB			cairan oral	memberikan air putih 2 L/hari	
				DO : pasien hanya meminum 750 ml	
Jam	13.05	2	menganjurkan	DS : ibu pasien bersedia	Eva
WIB			memperbanyak asupan cairan oral	memberikan minum 2 L/hari	
				DO : ibu melakukan sesuai anjuran	
13.40 WIB		2	menganjurkan	DS : ibu mengatakan	Eva
			menghindari perubahan posisi mendadak	anaknya selalu ganti posisi tidur dengan perlahan	
				DO : ibu pasien sudah paham	
14.00 WIB		2	Mengkolaborasikan	DS : ibu bersedia jika	Eva
			pemberian cairan IV	anaknya diberikan cairan	
			isotonis (mis. NACL,RL)	melalui IV	
				DO : terpasang infus RL 10 tpm	
14.15 WIB		3	mengidentifikasi	DS: ibu mengatakan	Eva
			gangguan fungsi tubuh	anaknya sering merasa	
				lelah, lemas, setelah	

		yang mengakibatkan kelelahan	beraktivitaas terkadang sesak
			DO: tampak lemah, Nadi : 125 x/menit RR : 30 x/menit Spo2 : 96%
14.30 WIB	3	1. memonitor kelelahan fisik dan emosional 2. memonitor pola dan jam tidur	DS : ibu mengatakan Eva anaknya sering kelelahan setelah bermain, tidur 7 jam/hari DO : tampak lelah setelah beraktifitas, tidur mulai dari jam 19.00 -06.00 namun sering terbangun
16.23 WIB	3	menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)	DS : ibu pasien Eva mengatakan anaknya mudah tidur saat tidak ada suara bising DO : banyak pengunjung yang masuk ruangan
18.10 WIB	3	menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	DS : ibu pasien Eva mengatakan anaknya

			sering beraktivitas misalnya bermain DO : pasien tampak kelelahan setelah bermain
19.25 WIB	3	mengkolaborasikan dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	DS : ibu mengatakan Eva anaknya makan sedikit hanya memilih telur DO : telur habis setengah
Kamis, 20 Juni 2024 Jam 08.00 WIB	1	Memonitor suhu tubuh	DS: ibu mengatakan Eva anaknya masih demam DO: kulit terlihat kemerahan, terasa hangat, S : 37,7°C
09.00 WIB	1	Memberikan cairan oral	DS : ibu pasien Eva mengatakan jika anaknya mau minum air putih sedikit-sedikit DO : mukosa lembab, pakaian dan linen terlihat kering dan bersih
09.32 WIB	1	Mengkolaborasikan pemberian cairan IV	DS : ibu pasien bersedia Eva jika anaknya diberikan cairan melalui IV

				DO : masih terpasang RL 10 tpm	
10.00 WIB	1	Memberikan tindakan	DS : ibu mengatakan Eva skin to skin bersedia melakukan skin to skin DO : ibu dan bayi terlihat nyaman saat melakukan skin to skin, anak masih rewel		
10.13 WIB	2	Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia	DS: ibu pasien mengatakan Eva anaknya demam, mau minum sedikit-sedikit, DO: tampak lemah, nadi : 121 x/menit, suhu : 37,7°C, CRT <3 detik, mukosa lembab		
10.25 WIB	2	Memberikan asupan cairan oral	DS : ibu bersedia Eva memberikan air putih 2 L/hari DO : pasien minum 1000 ml/hari		

10.32 WIB	2	menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral	DS : ibu pasien bersedia memberikan minum 2 L/hari DO : ibu kooperatif	Eva
10.42 WIB	2	Mengkolaborasikan pemberian cairan IV isotonis (mis. NACL,RL)	DS : ibu bersedia jika anaknya diberikan cairan melalui IV DO : masih terpasang infus RL 10 tpm	Eva
11.21 WIB	3	mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan	DS: ibu mengatakan anaknya sering merasa lelah, lemas, setelah beraktivitas seperti bermain, sesak napas berkurang DO: tampak lemah, Nadi : 121 x/menit RR : 26 x/ menit Spo2 : 98%	Eva
11.43 WIB	3	memonitor kelelahan fisik dan emosional	DS : ibu mengatakan anaknya sering kelelahan setelah bermain	Eva

			DO : kelelahan berkurang, pasien banyak istirahat
13.12 WIB	3	Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)	DS : ibu pasien Eva mengatakan anaknya sudah mudah tidur DO : membatasi jam kunjung
14.00 WIB	3	mengkolaborasikan dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	DS : ibu mengatakan Eva anaknya mau makan habis hampir satu porsi karena makan dengan lauk kesukaannya yaitu sosis DO : makanan yang disajikan sosis
Jumat, 21 Juni 2024 Jam 09.00 WIB	1	Memonitor suhu tubuh	DS: ibu mengatakan Eva demam anaknya berkurang DO: kulit kemerahan berkurang, terasa hangat, S : 36,5°C
Jam 10.00 WIB	1	Memberikan tindakan skin to skin	DS : ibu mengatakan Eva bersedia melakukan skin to skin

			DO : ibu dan bayi terlihat nyaman saat melakukan skin to skin, anak tidak rewel	
11. 00 WIB	2	Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia	DS: ibu pasien mengatakan demam anaknya, mau minum DO: tampak membaik, nadi : 112 x/menit, suhu : 37,4°C, CRT <2 detik, mukosa lembab	Eva
12.34 WIB	2	Memberikan asupan cairan oral	DS : ibu bersedia memberikan air putih 2 L/hari DO : pasien minum 2000 ml/hari, mukosa lembab	Eva
13. 54 WIB	3	memonitor kelelahan fisik dan emosional	DS : ibu mengatakan kelelahan berkurang, sesak napas berkurang setelah bermain DO : kelelahan berkurang, sesak napas berkurang RR : 24 x/menit	Eva

Spo2 : 99%

F. EVALUASI KEPERAWATAN

HARI/ TANGGAL	NO DX	EVALUASI	TTD
Rabu, Juni 2024 Jam 21.05 WIB	19 1	<p>S: ibu pasien mengatakan anaknya demam 3 hari, badan panas, kurang minum air putih</p> <p>O: kulit terlihat kemerahan, terasa hangat, S : 38,2°C, dehidrasi</p> <p>A : masalah hipertermia belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi penyebab hipertermi Memonitor suhu tubuh Memberikan cairan oral Mengganti linen setiap hari atau lebih sering jika berkeringat Mengkolaborasikan pemberian cairan IV 	Eva

			<p>f. Memberikan edukasi pada ibu pentingnya skin to skin</p> <p>g. Memberikan tindakan skin to skin</p>
Jam	21.10	2	<p>S: ibu pasien mengatakan anaknya lemas, demam, Eva minum hanya 3 gelas sehari</p> <p>O: tampak lemah, nadi : 125 x/menit, suhu : 38,2°C, CRT 4 detik, mukosa kering</p> <p>A : masalah hipovolemia belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>a. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia</p> <p>b. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>c. Memberikan asupan cairan oral</p> <p>d. menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral</p> <p>e. menganjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</p> <p>f. Mengkolaborasikan pemberian cairan IV isotonis (mis. NACL,RL)</p>
WIB			
Jam	21.13	3	<p>S: ibu mengatakan anaknya sering merasa lelah, lemas, Eva setelah beraktivitaas terkadang sesak</p> <p>O: tampak lemah, Nadi : 125 x/menit, RR : 30 x/menit, Spo2 : 96%</p> <p>A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p>
WIB			

P : lanjutkan intervensi

- a. mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b. memonitor kelelahan fisik dan emosional
- c. memonitor pola dan jam tidur
- d. menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)
- e. menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- f. mengkolaborasikan dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Kamis, 20 1	S: ibu mengatakan anaknya masih demam	Eva
Juni 2024	O: kulit terlihat kemerahan, terasa hangat, S : 37,7°C	
Jam 14.07	A : masalah hipertermia belum teratasi	
WIB	P : lanjutkan intervensi	

- a. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia
- b. Memberikan asupan cairan oral
- c. menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- d. Mengkolaborasikan pemberian cairan IV isotonis (mis. NACL,RL)
- e. Memberikan tindakan skin to skin

Jam	14.15	2	S: ibu pasien mengatakan anaknya demam, mau minum sedikit-sedikit, minum 4 gelas sehari O: tampak lemah, nadi : 121 x/menit, suhu : 37,7°C, CRT <3 detik, mukosa lembab A : masalah hipovolemia belum teratasi P : lanjutkan intervensi a. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia b. Memberikan asupan cairan oral c. menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral d. Mengkolaborasikan pemberian cairan IV isotonis (mis. NACL,RL)	Eva
WIB				
Jam	14.25	3	S: ibu mengatakan anaknya sering merasa lelah, lemas, setelah beraktivitaas, sesak berkurang O: tampak lemah, Nadi : 121 x/menit, RR : 26 x/menit, Spo2 : 98 % A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P : lanjutkan intervensi a. mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan b. memonitor kelelahan fisik dan emosional	Eva
WIB				

			c. Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)	
			d. mengkolaborasikan dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	
Jumat, 21 Juni 2024	1	S: ibu mengatakan demam anaknya berkurang		Eva
		O: kulit kemerahan berkurang, terasa hangat,		
Jam 14.07		S : 36,5°C		
WIB		A : masalah hipertermia teratasi		
		P : intervensi dihentikan		
Jam 14.15	2	S: ibu pasien mengatakan anaknya sudah mau minum 8 gelas sehari		Eva
WIB		O: tampak membaik, nadi : 112 x/menit, suhu : 36,5°C, CRT <2 detik, mukosa lembab		
		A : masalah hipovolemia teratasi		
		P : intervensi dihentikan		
Jam 14.25	3	S : ibu mengatakan kelelahan anaknya berkurang, sesak napas berkurang		Eva
WIB		O : kelelahan berkurang, RR : 24 x/menit, Spo2 : 99%		
		A : masalah intoleransi aktivitas teratasi		
		P : intervensi dihentikan		