

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 Hemorhagic 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 RI 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

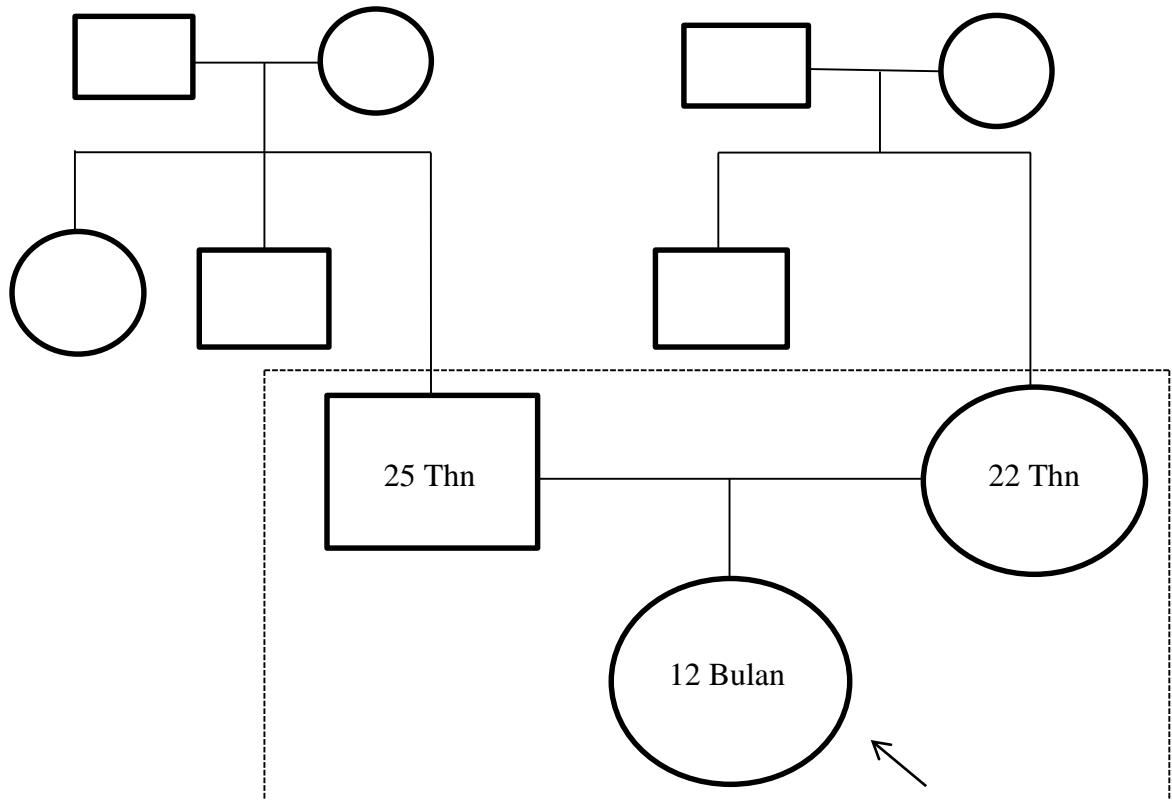
Ibu pasien mengatakan ini adalah kehamilan anak pertama saat hamil rutin melakukan pemeriksaan antenatal care (ANC) setiap satu bulan sekali di puskesmas, tidak ada keluhan atau masalah. Nutrisi terpenuhi dengan mengonsumsi buah - buahan, susu ibu hamil, tidak ada pantangan dalam makanan selama kehamilan 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 memperiksakannya 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 coping

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) Genitalia

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, Cappillary refil 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, membentukkan 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 berdiri, 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
Hematokrit	32.5	%	35 – 43
Lekosit	25810	/ul	6000 - 17000
Trombosit	100000	/ul	229000 - 553000
Eritrosit	4.50	$10^6/\mu\text{L}$	3.7 - 5.7

19) Terapi

- 1) Infus RL 10 tpm
- 2) Infus paracetamol 80mg/jam
- 3) Injeksi ondansteron 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 (D.0130)	Hipertermi	Eva
Jam 11.00 WIB	selama 3 hari, kurang minum air putih sehari hanya minum 3 gelas air putih		
	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	Hipovolemia (D.0023)	Eva
Jam 11.00 WIB	putih tetapi tidak muntah, sehari hanya minum 3 gelas air putih.		
	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 DS: ibu mengatakan By. A Intoleransi Eva

2024 sesak napas, lelah, lemas aktivitas (D.0056)

Jam 11.00 WIB setelah bermain

DO: tampak sesak napas,

lelah, 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 kelelahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemah, dispnea setelah aktivitas (D.0056)	Eva

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosis keperawatan	Kriteria hasil SLKI	Intervensi SIKI
Hipertermi (D.0130)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan termoregulasi (L.14134) membaik sesuai kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh (Membalik) 2. Suhu kulit (Membalik) 3. Kadar glukosa darah (Membalik) 4. Menggigil (Menurun) 5. Kejang (Menurun) 6. Kulit merah (Menurun) 	<p>Manajemen hipertermia</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)</p> <p>2. Monitor suhu tubuh</p> <p>3. Monitor kadar elektrolit</p> <p>4. Monitor haluan urine</p> <p>5. Monitor komplikasi akibat hipertemia</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang dingin

-
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 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 (Memb baik)	
	2. Frekuensi nadi (Memb baik)	
	3. Membran mukosa (Memb baik)	
	4. Tekanan nadi (Memb baik)	
	5. Intake cairan (Memb baik)	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 Glukosa 2,5%, NACL 0,4%)	(mis.
Intoleransi (D.0056)	aktivitas keperawatan 3x24 jam diharapkan aktivitas meningkat sesuai dengan kriteria hasil :	Setelah dilakukan asuhan selama (L.05047)	Manajemen (I.05178) Observasi	energi	
	1. Frekuensi nadi (Meningkat)		1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan		
	2. Saturasi oksigen (Meningkat)		2. Monitor kelelahan fisik dan emosional		
	3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Meningkat)		3. Monitor pola dan jam tidur		
	4. Kecepatan berjalan (Meningkat)		Terapeutik		
	5. Jarak berjalan (Meningkat)		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	NO DX	IMPLEMENTASI	RESPON	TTD
Rabu, 19 Juni 2024	1	<p>a. Mengidentifikasi penyebab hipertermi anaknya demam 3 hari,</p> <p>Jam 11.00 WIB</p> <p>b. Memonitor suhu badan panas, kurang tubuh</p>	<p>DS: ibu pasien mengatakan Eva</p> <p>minum air putih</p> <p>DO: kulit terlihat kemerahan, terasa hangat, trombosit turun</p> <p>S : 38,2°C</p>	
Jam 11.13 WIB	1	<p>a. Memberikan cairan oral</p> <p>b. Mengganti linen minum air putih hanya setiap hari atau lebih sedikit, anak jarang sering jika berkeringat</p>	<p>mengatakan jika anaknya</p> <p>berkeringat</p>	

DO : mukosa kering,

pakaian dan linen terlihat

kering

Jam	11.26	1	Mengkolaborasikan	DS : ibu pasien bersedia Eva
WIB			pemberian cairan IV	jika anaknya diberikan
				cairan melalui IV

DO : terpasang RL 10 tpm

Jam	11.34	1	Memberikan	DS : ibu bersedia diberikan Eva
WIB			pada ibu pentingnya skin edukasi	
			to skin	DO : tampak

memperhatikan, kooperatif

Jam	11.37	1	Memberikan	DS : ibu mengatakan Eva
WIB			tindakan	bersedia melakukan skin to
			skin	

DO : ibu dan bayi terlihat belum nyaman saat melakukan tindakan

Jam	12.19	2	a. Memeriksa tanda dan	DS: ibu pasien mengatakan Eva
WIB			gejala hipovolemia	anaknya lemas, demam
			b. Memonitor intake dan	DO: tampak lemah,

output cairan nadi : 125 x/menit, suhu : 38,2°C, CRT 4 detik, mukosa kering

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

			yang mengakibatkan beraktivitas terkadang
		kelelahan	sesak
			DO: tampak lemah,
			Nadi : 125 x/menit
			RR : 30 x/menit
			Spo2 : 96%
14.30 WIB	3	1. memonitor kelelahan fisik dan emosional	DS : ibu mengatakan Eva anaknya sering kelelahan
		2. memonitor pola dan jam tidur	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	1	Memonitor suhu tubuh	DS: ibu mengatakan Eva anaknya masih demam
Jam 08.00 WIB			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 DS: ibu pasien mengatakan Eva
gejala hipovolemia 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 DS : ibu bersedia Eva
cairan oral memberikan air putih 2 L/hari

DO : pasien minum 1000 ml/hari

10.32 WIB	2	manganjurkan memperbanyak asupan cairan oral	DS : ibu pasien bersedia Eva memberikan minum 2 L/hari DO : ibu kooperatif
10.42 WIB	2	Mengkolaborasikan pemberian cairan IV isotonis (mis. NACL,RL) melalui IV	DS : ibu bersedia jika Eva diberikan cairan DO : masih terpasang infus RL 10 tpm
11.21 WIB	3	mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh anaknya sering merasa yang mengakibatkan lelah, lemas, setelah kelelahan beraktivitas seperti bermain, sesak napas berkurang	DS: ibu mengatakan Eva DO: tampak lemah, Nadi : 121 x/menit RR : 26 x/ menit Spo2 : 98%
11. 43 WIB	3	memonitor kelelahan fisik dan emosional	DS : ibu mengatakan Eva anaknya sering kelelahan setelah bermain

DO : kelelahan berkurang,

pasiens 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 kesukaannya yaitu sosis
			DO : makanan yang disajikan sosis

Jumat, 21	1	Memonitor suhu tubuh	DS: ibu mengatakan Eva demam anaknya berkurang
Juni	2024		
Jam 09.00			DO: kulit kemerahan
WIB			berkurang, terasa hangat,
			S : 36,5°C

Jam 10.00	1	Memberikan tindakan skin to skin	DS : ibu mengatakan Eva bersedia melakukan skin to skin
WIB			

DO : ibu dan bayi terlihat

nyaman saat melakukan

skin to skin, anak tidak

rewel

11.00 WIB 2 Memeriksa tanda dan DS: ibu pasien mengatakan Eva

gejala hipovolemia demam anaknya, mau

minum

DO: tampak membaik,

nadi : 112 x/menit, suhu :

37,4°C, CRT <2 detik,

mukosa lembab

12.34 WIB 2 Memberikan asupan DS : ibu bersedia Eva

cairan oral memberikan air putih 2

L/hari

DO : pasien minum 2000

ml/hari, mukosa lembab

13. 54 WIB 3 memonitor kelelahan DS : ibu mengatakan Eva

fisik dan emosional kelelahan berkurang, sesak

napas berkurang setelah

bermain

DO : kelelahan berkurang,

sesak napas berkurang

RR : 24 x/menit

Spo2 : 99%

F. EVALUASI KEPERAWATAN

HARI/ TANGGAL	NO DX	EVALUASI	TTD
Rabu, 19 Juni 2024	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 teratas</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi penyebab hipertermi b. Memonitor suhu tubuh c. Memberikan cairan oral d. Mengganti linen setiap hari atau lebih sering jika berkeringat e. Mengkolaborasikan pemberian cairan IV 	Eva

-
- f. Memberikan edukasi pada ibu pentingnya skin to skin

- g. Memberikan tindakan skin to skin
-

Jam 21.10 2 S: ibu pasien mengatakan anaknya lemas, demam, Eva WIB minum hanya 3 gelas sehari

O: tampak lemah, nadi : 125 x/menit, suhu : 38,2°C,

CRT 4 detik, mukosa kering

A : masalah hipovolemia belum teratasi

P : lanjutkan intervensi

- a. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia
- b. Memonitor intake dan output cairan
- c. Memberikan asupan cairan oral
- d. menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- e. menganjurkan menghindari perubahan posisi mendadak
- f. Mengkolaborasikan pemberian cairan IV isotonis (mis. NACL,RL)

Jam 21.13 3 S: ibu mengatakan anaknya sering merasa lelah, lemas, Eva WIB setelah beraktivitas terkadang sesak

O: tampak lemah, Nadi : 125 x/menit, RR : 30 x/menit,

Spo2 : 96%

A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

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 Eva
WIB 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)

Jam 14.25 3 S: ibu mengatakan anaknya sering merasa lelah, lemas, Eva
WIB 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

-
- c. Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)
 - d. mengkolaborasikan dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Jumat, 21 1	S: ibu mengatakan demam anaknya berkurang	Eva
Juni 2024	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	
