

**BAB III
STUDI KASUS**

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK
PROGRAM PROFESI NERS STIKES SUAKA INSAN
BANJARMASIN 2023**

I. Biodata

A. Identitas Klien	
1. Nama>Nama panggilan	:An. A
2. Tempat tgl lahir/usia	: Banjarmasin, 7 Juli 2015 (7 tahun. 6 bulan
3. Jenis kelamin	: Perempuan
4. A g a m a	: Islam
5. Pendidikan	: Sekolah Dasar (SD)
6. Alamat	: Jln. Sutoyo Komp. Pondok Indah
7. Tgl masuk	: Kamis. 2 Februari 2023 Jam 14.00 WITA
8. Tgl pengkajian	: Jum'at. 3 Februari 2023
9. Diagnosa medik	: DHF
10. Rencana terapi	: Evaluar Darah Rutin

Gambar tabel 3.1 biodata

B. Identitas Orang tua

1. Ayah

- a. N a m a : Tn. Y
- b. U s i a : 37 tahun
- c. Pendidikan : Sarjana
- d. Pekerjaan/sumber penghasilan : Karyawan Swasta
- e. A g a m a : Islam
- f. Alamat : Jln. Sutoyo Komp. Pondok Indah

2. Ibu

- a. N a m a : Ny. R
 b. U s i a : 33 Tahun
 c. Pendidikan : Sarjana
 d. Pekerjaan/Sumber penghasilan : Karyawan Swasta (BUMN)
 e. Agama : Islam
 f. Alamat : Jln. Sutoyo Komp. Pondok Indah

C. Identitas Saudara Kandung

No	N A M A	U S I A	HUBUNGAN	STATUS KESEHATAN
	Anak tunggal			

II. Riwayat Kesehatan

- A. Riwayat Kesehatan Sekarang: badan anak panas
 B. Keluhan Utama : orang tua mengatakan jika suhu tubuh anak nya masih panas tinggi suhu tubuh Temp : 38°C/ axila

Riwayat Keluhan Utama :

Ibu klien mengatakan demam sudah 2 hari yang lalu, mual dan ada muntah 2 x kemarin, makan minum kurang, perdarahan tidak ada, nyeri perut tidak ada

Keluhan Pada Saat Pengkajian :

Ibu klien mengatakan hari ini pada pagi tadi ada demam masih naik turun, makan dan minum agak kurang hanya sedikit-sedikit makanan bubur yang disediakan Rumah Sakit hanya ¼ porsi saja tapi tidak ada mual, buang air kecil lancar, minum hari ini masih agak kurang, buang air besar tidak ada,

☒ Klien pernah mengalami penyakit demam batuk, pilek saja pada Umur 6 tahun diberikan obat sanmol sirup dan tremenza sirup

☒ Riwayat kecelakaan :

Tidak ada

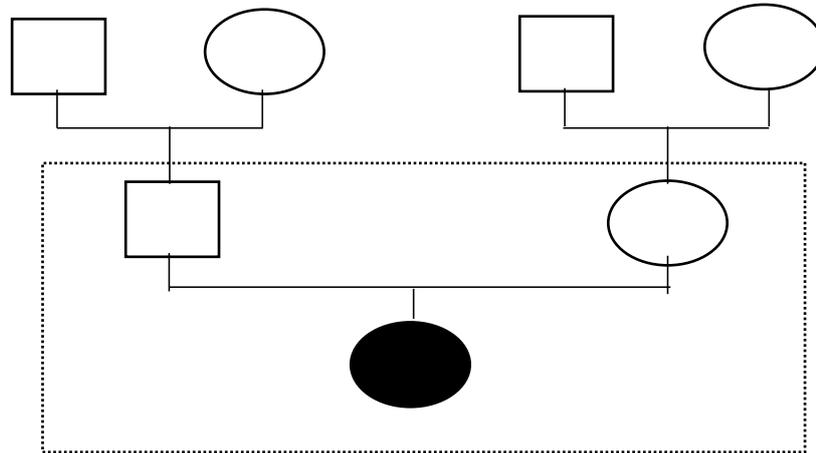
☒ Riwayat mengkonsumsi obat-obatan berbahaya tanpa anjuran dokter

dan menggunakan zat/subtansi kimia yang berbahaya : tidak ada

☒ Perkembangan anak dibanding saudara- saudaranya : tidak ada punya saudara

C. Riwayat Kesehatan Keluarga

☒ Genogram:



Gambar 3.2 skema genogram

Ket :



: Laki-laki



: Garis Serumah



: Perempuan



: Garis perkawinan



: Klien



: Garis keturunan

IV. Riwayat Immunisasi (imunisasi lengkap)

NO	Jenis imunisasi	Waktu pemberian	Frekuensi	Reaksi setelah pemberian
1.	BCG	Saat baru lahir dan 1 bulan	1x	Tidak ada
2.	DPT (I,II,III)	0 bulan 18 bulan 6 tahun	1x	Demam s/d 24 jam
3.	Polio (I,II,III,IV)	Saat baru lahir dilanjutkann usia 2.4.6 bulan	4x	Tidak ada
4.	Campak	Saat umur usia 9 bulan	1x	Tidak ada
5.	Hepatitis	Saat baru lahir Usia 1 dan 6 bulan	3x	Tidak ada

Tabel 3.1 riwayat imunisasi

V. Riwayat Tumbuh Kembang

A. Pertumbuhan Fisik

1. Berat badan 19 kg
2. Tinggi badan 126 cm.
3. Waktu tumbuh gigi : -
4. $IMT : \frac{\text{berat badan}}{\text{tinggi badan} \times \text{tinggi badan}} = \frac{19 \text{ kg}}{1,29 \times 1,29} = 11,41 \text{ kg}$

Setelah dimasukkan nila berat dan tingginya, didapatkan indeks tubuh anak tersebut sebesar 11,41 kg, dengan demikian bisa mengatakan bahwa klien memiliki berat badan kurang karena rentang nilai IMT adalah antara 18,4 kebawah berat badan kurang.

B. Perkembangan Tiap tahap

Usia anak saat 7 tahun, 6 bulan

1. Kognitif / Perseptual :

Ibu klien mengatakan “ anak masih belum bisa sepenuhnya memahami penjelasan terhadap sakit yang sedang dialaminya. Klien juga akan spontan menoleh dan mencari siapa yang memanggil namanya. Klien sudah bisa menyebutkan namanya. Klien akan mengeluh, merintih sebagai simbol bila merasa tidak nyaman pada badannya.

2. Persepsi diri/ Konsep diri :

Ibu klien mengatakan sebelum dirawat klien adalah anak aktif, suka bermain dengan teman-temannya disekolah, tetapi saat dirawat klien lebih banyak diam, ibu klien juga mengatakan bahwa ayah dan ibunya selalu ada untuknya supaya anak tidak merasa takut ketika berada dirumah sakit.

3. Peran / hubungan :

Ibu klien mengatakan bahwa klien adalah anak yang periang namun tidak mudah dekat dengan orang lain

4. Seksualitass / Reproduksi :

Ibu klien mengatakan bahwa anaknya selalu diberukan kasih sayang penuh oleh kedua orang tuanya dan keluarga, kebutuhan kasih sayang klien sudah terpenuhi karena anak satu-satunya.

5. Koping / Toleransi stres:

Ibu klien mengatakan anak masih belum sepenuhnya memahami tentang penyakit yang sedang dideritanya, klien mampu mengeluh dan merintih bila merasa tidak nyaman.

6. Nilai/ kepercayaan

Ibu klien mengatakan anak keyakinan yang dimiliki dengan membiasakan anaknya untuk berkegiatan ruti mengaji disore hari.

7. Kemandirian dan bergaul atau personal sosial:

Ibu klien mengatakan bahwa anak sedikit pemalu orangnya terhadap orang-orang baru, ketika bermain klien bermain dengan teman sebayanya

disekolah itu sendiri.

8. Motorik halus:

Ibu klien mengatakan bahwa anak sudah bisa menulis, membaca sedikit-sedikit dan juga berhitung.

9. Kognitif dan bahasa:

Ibu klien mengatakan anak sudah bisa memberitahu berapa umurnya. Klien sedang belajar membaca huruf hijaiyah (bahasa arab), klien juga sekarang ada mengikuti pelajaran les disekolah.

VI. Riwayat Nutrisi

- A. Ibu klien mengatakan biasanya anak suka makan-makanan seperti ayam goreng chiki-chikian dan juga anak kurang suka makanan yang tersedia dirumah karena mudah bosan, selama dirumah sakit anak hanya diberikan bubur dan sayur yang disediakan rumah sakit , kadang dibelikan susu dari luar untuk tambahan vitamin

VII. Riwayat Psikososial

- ☒ Anak tinggal bersama :ibu klien mengatakan anak dirumah tinggal bersama ayah dan ibu beserta adaa anggota keluarga lain yaitu tante anak.
- di : rumah orang tua
- ☒ Lingkungan berada di : daerah lokasi yang banyak air terutama daerah rawa, disekitar rumah banyak air mengandung kadang air pasang dan juga hujan yang tidak menentu
- ☒ Rumah dekat dengan fasilitas layanan kesehatan Rumah Sakit,tempat bermain dengan teman sekolah dan tetangga
- kamar klien : anak tidur bersama orang tua
- ☒ Rumah ada tangga : tidak ada
- ☒ Hubungan antar anggota keluarga : anak sendiri
- ☒ Pengasuh anak : tidak ada

VIII. Riwayat Spiritual

- ☒ Support sistem dalam keluarga : ibu klien mengatakan ayah nya mengajarkan selalu didalam beraktivitas diawali dengan doa
- ☒ Kegiatan keagamaan : ibu klien mengatakan anak diberikan belajar sholat 5

waktu untuk membiasakan ayah dan ibu dirumah

IX. Reaksi Hospitalisasi

A. Pengalaman keluarga tentang sakit dan rawat inap

- Ibu membawa anaknya ke RS karena : ibu klien mengatakan dari dulu keluarga selalu diRumah Sakit Suaka Insan Banjamasin, dan anak suka dengan dokter yang merawat nya sebagai acuan anak menjadi tenang dan dokter suka bercanda , petugas kesehatan yang ada dirumah sakit sekarang juga membuat anak tidak takut terhadap anak lainnya, mampu mengalihkan suasana agar anak kooperatif terhadap tindakan petugas kesehatan.
- Apakah dokter menceritakan tentang kondisi anak : ibu klien mengatakan menjelaskan tentang penyakit dan gejala apa yang diderita anak sekarang
- Perasaan orang tua saat ini : ibu klien mengatakan mudahan anak cepat keluar dari rumah sakit, dirumah sakit kadang anak merasa bosan karena keterbatasan untuk bermain dan suasana dirumah sakit sangat jaug berbeda ingin bebas dari terpasangnya infus
- Orang tua selalu berkunjung ke RS : ibu klien mengatakan anaknya tidak merasa takut asalkan ada salah satu anggota keluarga yang menemani selain ayah dan ibu contoh nenek dan tante , ayah dan ibu selalu berkunjung kecuali saat kerja, nenek yang jaga dirumah sakit
- Yang akan tinggal dengan anak : ibu klien mengatakan selalu menjaga anak dirumah sakit kecuali saat bekerja

X. Aktivitas sehari-hari

A. Nutrisi

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Selera makan	Ibu klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit selera makan 2x sehari dan suka makan nasi, dan snack ciki-cikian Untuk makan berat tidak selera	Ibu klien mengatakan saat ini selera makan mau hanya sedikit-sedikit porsi yang disediakan rumah sakit hanya ¼ saja namun tidak langsung habis, BB IMT : 11,41 kg

Masalah keperawatan : defisit nutrisi

B. Cairan

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Jenis minuman 2. Frekuensi minu 3. Kebutuhan cairan 4. Cara pemenuhan	Ibu klien mengatakan klien minum air putih dan susu formula \pm 1000cc/ hari	Ibu klien mengatakan sekarang minum air putih hanya sedikit kira-kira 500cc/ hari dan tambahan infus RL 500 ml habis dalam 6-8 jam

Masalah keperawatan : tidak ada

C. Eliminasi (BAB&BAK)

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Tempat Pembuangan 2. Frekuensi (waktu) 3. Konsistens 4. Kesulitan 5. Obat pencahar	Ibu klien mengatakan klien bab dan bak langsung ke kamar mandi, biasanya 2-3x / hari banyak bab biasanya 1x/hari konsistensi lembek warna kuning, tidak ada kesulitan BAB dan tidak pernah menggunakan pencahar	Ibu klien mengatakan BAK masih 1x/ hari Cuma kadang 2x/ hari oleh minum masih sedikit-sedikit dan bab kadang sehari tidak ada oleh makan kurang dan sedikit, konsistensi BAB masih lembek

D. Istirahat tidur

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Jam tidur - Siang - Malam 2. Pola tidur 3. Kebiasaan sebelum tidur 4. Kesulitan tidur	Ibu klien mengatakan tidur siang setelah sekolah 2-3 jam / hari dan kalau malam mulai jam 10 sampai 6 pagi Ibu klien juga mengatakan sebelum tidur diajarkan untuk membaca doa tidur dan tidak ada kesulitan tidur	Ibu klien mengatakan waktu dirumah sakit tidur seperti biasa sama dirumah hanya saja kalau badan demam kadang terbangun

E. Olah Raga

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Program olah raga 2. Jenis dan frekuensi 3. Kondisi setelah olah raga	Ibu klien mengatakan untuk program olahraga tidak ada kecuali pada saat belajar sekolah	Ibu klien mengatakan tidak ada jadwal untuk olahraga karena perlu istirahat

F. Personal Hygiene

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Mandi - Cara - Frekuensi - Alat mandi 2. Cuci rambut - Frekuensi - Cara 3. Gunting kuku - Frekuensi - Cara 4. Gosok gigi - Frekuensi	Ibu klien mengatakan mandi biasanya 2x sehari sendiri dengan menggunakan bak mandi dirumah Ibu klien mengatakan cuci rambut biasa nya sekalian mandi kadang 1x sehari dan gunting kuku siminggu sekali, gosok gigi 2x sehari pada saat pagi dan malam hari sebelum tidur	Ibu klien mengatakan saat sakit ini untuk mandi dibantu kamar mandi dan dimandikan dengan menggunakan air biasa

G. Aktifitas/Mobilitas Fisik

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Kegiatan sehari-hari 2. Pengaturan jadwal harian 3. Penggunaan alat Bantu aktifitas 4. Kesulitan pergerakan Tubuh	Ibu klien mengatakan tidak ada kegiatan untuk keseharian Cuma saat sehat kembali belajar disekolah	Ibu klien mengatakan saat ini berada dirumah sakit tidak ada kegiatan saya suruh untuk istirahat total

H. Rekreasi

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Perasaan saat sekolah 2. Waktu luang	Ibu klien mengatakan saat sekolah anak senang belajar dan meluangkan waktu untuk belajar dirumah	Ibu klien mengatakan sekarang waktu dirumah sakit hanya perlu istirahat saja
3. Perasaan setelah rekreasi 4. Waktu senggang keluarga 5. Kegiatan hari Libur	Ibu klien mengatakan kadang Cuma jalan didaerah kota banjarmasin saja kadang ke mall dan anak merasa senang dibawa ketempat bermain	Ibu klien mengatakan sekarang keadaan masih sakit tidak adad rencana untuk rekreasi dan jalan-jalan

XI. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum : tampak sakit sedang
2. Kesadaran : Composmetis (CM) GCS : E4 M5 V6
3. Tanda – tanda vital :
 - a. Tekanan darah 100/ 60 mmHg
 - b. Denyut nadi 80 x / menit
 - c. Suhu 38. ° C
 - d. Pernapasan 26 x/ menit
4. Berat Badan : 19 Kg
5. Tinggi Badan : 126 Cm
6. Kepala
 - Inspeksi
 - Keadaan rambut & Hygiene kepala : Rambut tampak bersih
 - a. Warna rambut : Hitam
 - b. Penyebaran : Hitam merata dan tebal
 - c. Mudah rontok : Tidak ada
 - d. Kebersihan rambut : Bersih

Palpasi

Benjolan : ada / tidak ada : Tidak ada

Nyeri tekan : ada / tidak ada : Tidak ada

Tekstur rambut : kasar/halus : Halus dan Lembut

7. Muka

Inspeksi

a. Simetris / tidak : Tampak simetris

b. Bentuk wajah : Lonjong dan simetris

c. Gerakan abnormal : Tidak ada

d. Ekspresi wajah : Normal tampak bersih

Palpasi

Nyeri tekan / tidak : Tidak ada

Data lain : Tidak ada

8. Mata

Inspeksi

a. Pelpebra : ~~Edema~~ / tidak~~Radang~~ / tidakb. Sclera : ~~Icterus~~ / tidakc. Conjunctiva : ~~Radang~~ / tidak~~Anemis~~ / tidak

d. Pupil : - Isokor

- Refleks pupil terhadap cahaya : +/+

e. Posisi mata :

Simetris / tidak : Simetris pada tempatnya

f. Gerakan bola mata : simetris gerakan keduanya

g. Penutupan kelopak mata : Simetris gerakan keduanya

h. Keadaan bulu mata : bulu kecil tumbuh pada tempatnya

i. Keadaan visus : +/+

j. Penglihatan : - ~~Kabur~~ / tidak~~Diplopi~~ / tidak

Palpasi

Tekanan bola mata : Tidak ada kelainan dikedua mata

Data lain : Tidak ada

9. Hidung & Sinus

Inspeksi

a. Posisi hidung : Tampak simetris kedua hidung

b. Bentuk hidung : Tampak simetris kedua hidung

c. Keadaan septum : Tidak tampak adanya septum

d. Secret / cairan : Tidak ada tampak secret atau cairan

Data lain : Tidak ada

10.

Telinga

Inspeksi

a. Posisi telinga :Tampak simetris kedua telinga

b. Ukuran / bentuk telinga :Tampak simetris kedua ukuran telinga

c. Aurikel : Tidak ada

d. Lubang telinga : Bersih

e. Pemakaian alat bantu : Tidak ada

Palpasi

Nyeri tekan / tidak

Pemeriksaan uji pendengaran

a. Rinne : Tidak ada

b. Weber : Tidak ada

c. Swabach : Tidak ada

Pemeriksaan vestibuler : Tidak ada

Data lain : Tidak ada

11. Mulut

Inspeksi

a. Gigi

- Keadaan gigi : Tampak gigi lengkap

- Karang gigi / karies : Tidak tampak karang gigi/ karies

- Pemakaian gigi palsu : Tidak ada
- b. Gusi
 - Merah / radang / tidak : Tidak tampak adanya peradangan dan kelainan
- c. Lidah
 - Kotor / tidak : Tampak bersih
- d. Bibir
 - Cianosis / pucat / tidak : Tak tampak pucat
 - Basah / kering / pecah : Tampak bibir kering
 - Mulut berbau / tidak : tidak berbau
 - Kemampuan bicara : Lancar dan fasih
- Data lain : Tidak ada
- 12. Tenggorokan
 - a. Warna mukosa : Tampak merah muda
 - b. Nyeri tekan : Tidak ada
 - c. Nyeri menelan : Tidak ada
- 13. Leher
 - Inspeksi
 - Kelenjar thyroïd : ~~Membesar~~ / tidak
 - Palpasi
 - a. Kelenjar thyroïd : ~~Teraba~~ / tidak
 - b. Kaku kuduk / tidak : Tidak tampak kaku
 - c. Kelenjar limfe : tidak membesar
 - Data lain : Tidak ada
- 14. Thorax dan pernapasan
 - a. Bentuk dada : Tampak Simetris
 - b. Irama pernafasan : Suara nafas Normal
 - c. Pengembangan di waktu bernapas : Simetris
 - d. Tipe pernapasan : Pernafasan dada vesikuler
 - Data lain : Tidak ada
 - Palpasi

- a. Vokal fremitus : Tidak terkaji
- b. Massa / nyeri : Tidak nyeri
- Auskultasi
- a. Suara nafas : Vesikuler /
- Bronchial / Bronchovesikuler : Tidak /
- b. Suara tambahan
- Wheezing / Rales
- Perkusi
- Redup / pekak / hypersonor / tympani
- Data lain : Tidak ada
15. Jantung
- Palpasi
- Ictus cordis : Tidak ada
- Perkusi
- Pembesaran jantung : Tidak ada pembesaran jantung
- Auskultasi
- a. BJ I : Lup
- b. BJ II : Dup
- c. BJ III : Tidak ada
- d. Bunyi jantung tambahan : Tidak ada
- Data lain : Tidak ada
16. Abdomen
- Inspeksi
- a. Membuncit : Tidak tampak membesar
- b. Ada luka / tidak : Tidak ada luka
- Palpasi
- a. Hepar : Tidak teraba pembesaran
- b. Lien : Tidak ada pembesaran
- c. Nyeri tekan : Tidak ada nyeri tekan
- Auskultasi
- Peristaltik : Bising usus 20x/menit

Perkusi	
a. Tympani	: Tympani
b. Redup	: Redup diberbagai arah
Data lain	: Tidak ada
17. Genitalia dan Anus	: Tidak terkaji
18. Ekstremitas	
Ekstremitas atas	
a. Motorik	
- Pergerakan kanan / kiri kelainan	: Berjalan normal tidak ada
- Pergerakan abnormal	: Tidak ada
- Kekuatan otot kanan / kiri	: kekuatan otot normal
- Tonus otot kanan / kiri	: kekuatan tonus normal
- Koordinasi gerak	: Replek gerak seirama
b. Refleks	
- Biceps kanan / kiri	: Tidak dilakukan
- Triceps kanan / kiri	: Tidak dilakukan
c. Sensori	
- Nyeri	: Tidak ada nyeri
- Rangsang suhu	: Replek terhadap dingin
- Rasa raba	: Peka terhadap benda
Ekstremitas bawah	
a. Motorik	
- Gaya berjalan	: Normal
- Kekuatan kanan / kiri	: Tidak ada kelemahan
- Tonus otot kanan / kiri	: Tidak ada kelemahan
b. Refleks	
- KPR kanan / kiri	: Tidak dilakukan
- APR kanan / kiri	: Tidak dilakukan
- Babinsky kanan / kiri	: Tidak dilakukan

c. Sensori

- Nyeri : Replek terhadap nyeri
 - Rangsang suhu : Replek terhadap suhu dingin
 - Rasa raba : Peka terhadap benda
- Data lain : Tidak ada

XI. Test Diagnostik

Pemeriksaan darah rutin

Tanggal 01 Februari 2023

Darah Lengkap	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Analisa
HEMATOLOGI				Hemoglobin,
Hemoglobin	12.5	12-14	g/dl	hematokrit,
Hematokrit	36.5	37-43	%	leukosit,
Leukosit	5.500	5.500-15.000	/ul	thrombosit
Trombosit	208.000	180.000-32.000	/ul	masih dalam
Eritrosit	4.4200.000	3.500.000-4.500.000	Juta/ul	batas norma
MCV	82.6	81-99	fl	
MCH	28.3	28-33	pg	
MCHC	34.3	32-36	g/dL	
DIFT COUNT				
Basophil	0	0.0-1.0	%	
Eosinophil	0	1-3	%	
Stab Cell	1	2-6	%	
Segmen	70	50-70	%	
Limfosit	24	20-35	%	
Monosit	5	2-6	%	
CRP test	8.07	1-10	mg/L	NS1 positif
NS1	Positif	Negatif	mg/L	menunjukkan bahwa mendeteksi

Pemeriksaan darah rutin

				virus dengue dalam darah
--	--	--	--	--------------------------

Tanggal 02 Februari 2023

Darah Lengkap	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Analisa
HEMATOLOGI				Thrombosit : turun trombosit saat DBD diduga karena virus dengue yang masuk ke pembuluh darah. Leukosit :disebabkan karena proses penghancuran dan juga inhibisi (penghambatan) produksi sel-sel darah putih
Hemoglobin	12.7	12-14	g/dl	
Hematokrit	38.1	37-43	%	
Leukosit	3.000	5.500-15.000	/ul	
Trombosit	165.000	180.000-32.000	/ul	
Eritrosit	4.540.000	3.500.000-4.500.000	Juta/ul	
MCV	83.9	81-99	fl	
MCH	28.0	28-33	pg	
MCHC	33.3	32-36	g/dL	
DIFT COUNT				
Basophil	0	0.0-1.0	%	
Eosinophil	0	1-3	%	
Stab Cell	2	2-6	%	
Segmen	45	50-70	%	
Limfosit	50	20-35	%	
Monosit	3	2-6	%	

Pemeriksaan darah rutin

Tanggal 4 Februari 2023

Darah Lengkap	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Analisa
HEMATOLOGI				Thrombosit : turun trombosit saat DBD diduga karena virus dengue yang masuk ke pembuluh darah. Leukosit :disebabkan karena proses penghancuran dan juga inhibisi (penghambatan) produksi sel-sel darah putih
Hemoglobin	12.4	12-14	g/dl	
Hematokrit	36.3	37-43	%	
Leukosit	2.800	5.500-15.000	/ul	
Trombosit	160.000	180.000-32.000	/ul	
Eritrosit	4.380.000	3.500.000-4.500.000	Juta/ul	
MCV	82.8	81-99	fl	
MCH	28.3	28-33	pg	
MCHC	34.2	32-36	g/dL	
DIFT COUNT				
Basophil	0	0.0-1.0	%	
Eosinophil	0	1-3	%	
Stab Cell	1	2-6	%	
Segmen	47	50-70	%	
Limfosit	49	20-35	%	
Monosit	3	2-6	%	

Hasil pemeriksaan penunjang

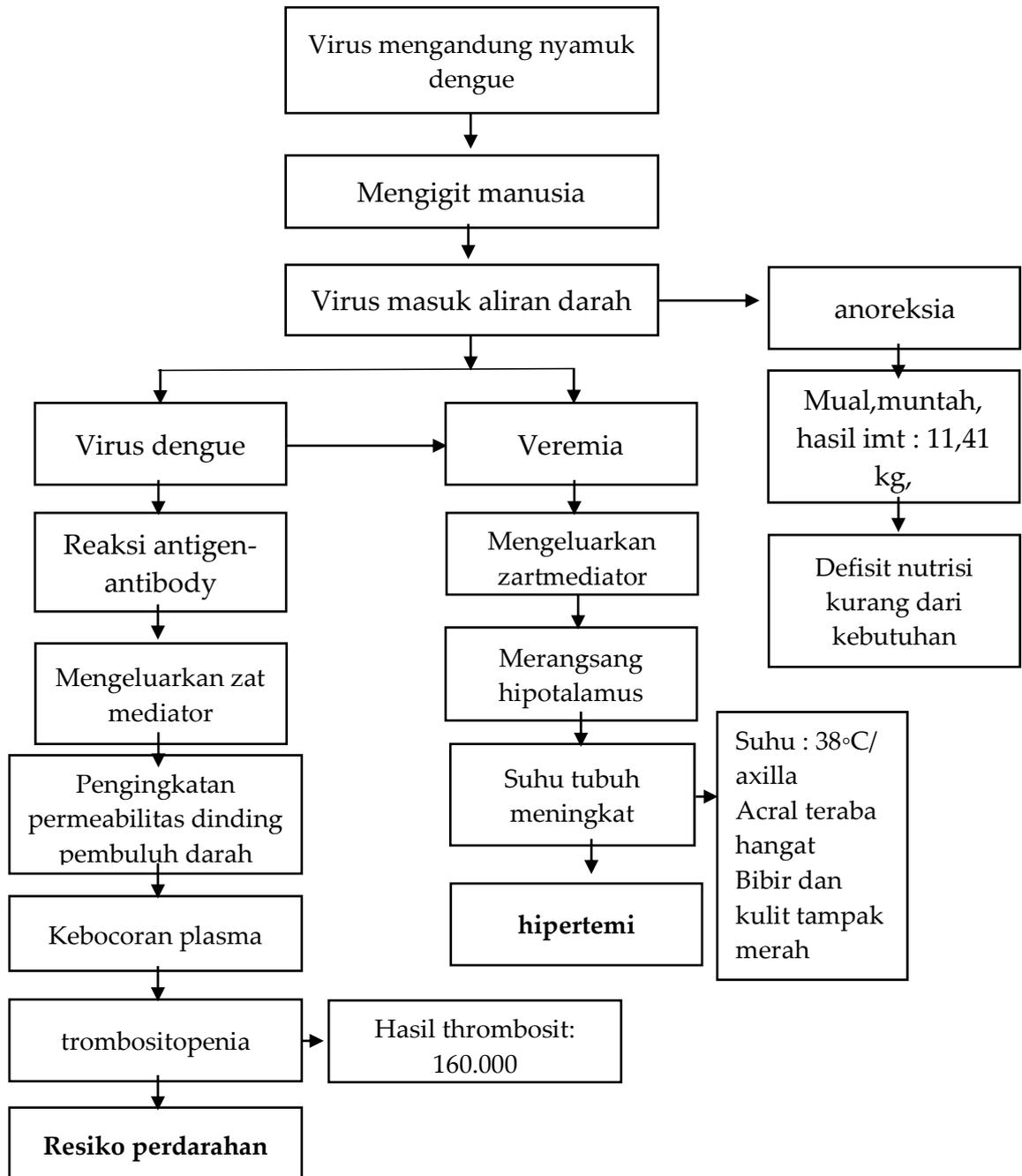
XII. Terapi saat ini

Nama Obat	Indikasi	Kontraindikasi	Efek Samping	Cara Kerja Obat	Konsiderasi Perawat
Infus RL 500 (20 tetes/menit)	Untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang, mengoreksi ketidakseimbangan elektrolit, dan menjaga tubuh agar tetap terhidrasi dengan baik.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan riwayat asidosis metabolisme dikarenakan klorida pada chalum klorida dapat meningkat dalam tubuh. 2. Pasien dengan masalah retensi cairan akan menyebabkan kondisi berbahaya lain pada tubuh seperti hipernatremia, hipokalemia, dan gagal jantung. 	Ringer laktat merupakan larutan kristaloid isotonik yang terdiri dari natrium laktat, kalium klorida, dan kalsium klorida. Natrium merupakan komponen utama cairan ekstraseluler dan berfungsi mengatur distribusi cairan dan elektrolit, sehingga dapat mempengaruhi tekanan osmotik dan tonisitas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruam kulit 2. Pembengkakan mata 3. Batuk Pilek 4. Kesulitan bernapas 5. Demam Sakit kepala 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan pemberian obat yang benar 2. Observasi efek samping dari pemberian infus RL seperti ruam pada beberapa bagian tubuh klien
Paracetamol 3x200 mg (KP demam) IV Drip	Analgesik Antipiretik	penurun demam, mengurangi nyeri ringan hingga sedang setelah	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensitivitas • Insufisiensi hepatoseluler berat 	<ul style="list-style-type: none"> • Diare • Tidak nafsu makan • Mual atau muntah • Keluar banyak keringat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan pemberian obat yang benar

		proses operasi, dimana pemberian dengan cara lain seperti secara oral atau rectal tidak memungkinkan dan secara klinis pemberian secara intravena dapat dibenarkan	<ul style="list-style-type: none"> • Gagal hati atau penyakit hati aktif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri perut bagian atas 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pantau suhu tubuh klien. 3. Observasi terjadinya efek samping obat paracetamol infus
Omeprazole 1x20 mg	<p>Pengobatan: - <u>Tukak usus dua belas jari.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>tukak lambung.</u> • Peradangan esofagus sedang dan parah. • Kondisi hipersekresi patologis yang berhubungan dengan kondisi yang ditandai dengan kemunculan satu atau beberapa tumor gastrinoma di pankreas atau di 	Hipersensitivitas terhadap salah satu komponen obat ini.	Omeprazole adalah obat yang digunakan untuk mengobati penyakit akibat peningkatan asam lambung serta menjaga dinding lambung dari kerusakan.	<ul style="list-style-type: none"> • Darah dan sistem limfatik: Rendahnya jumlah sel darah putih (leukopenia), keadaan dimana jumlah trombosit dalam tubuh menurun (trombositopenia). • Gangguan gastrointestinal: Nyeri perut bagian atas, <u>diare</u>, sembelit dan perut kembung, mual atau muntah, mulut kering. • Gangguan umum: Peradangan pada pembuluh darah balik (tromboflebitis) di tempat suntikan • Gangguan hati: Kerusakan hati (hepatoseluler) yang mengarah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan pemberian obat yang benar 2. Mengelola penempatan dan penyimpanan obat 3. Observasi tanda dan gejala alergi terhadap kulit klien

	usus dua belas jari (sindrom Zollinger-Ellison) atau kondisi neoplastik			<p>pada penyakit kuning dengan atau tanpa kegagalan hati.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan sistem imun: Reaksi alergi berat yang terjadi secara tiba-tiba (anafilaktik). 	
Probiokid 1x1 sachet	suplemen untuk membantu melindungi dan memelihara kesehatan sistem pencernaan, terutama lambung dan usus	Hipersensitivitas	Sejauh ini tidak ada efek samping yang berat untuk obat probiokid sachet	<p>Probiokid adalah suplemen yang berfungsi untuk melindungi sistem pencernaan pada anak, membantu menormalkan fungsi saluran pencernaan, menjaga bakteri baik di usus, dan membantu fungsi fermentasi pada usus anak</p> <p>Kandungan <i>Lactobacillus acidophilus</i> dan <i>Bifidobacterium lactis</i> BB-12 di dalam Probiokid dapat digunakan untuk bantu mengatasi gejala gangguan pencernaan anak. Produk Probiokid dilengkapi juga dengan Premix Vit, yaitu gabungan dari vitamin B1, B2, B6, C, Niacin, protein, dan lemak. Simak bagaimana dosis hingga cara penggunaan Probiokid.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan pemberian obat yang benar 2. Observasi obat terhadap pencernaan apakah efek tersebut menambah keluhan saat diberikan seperti mencret dan lain-lain

B. PATWAY



Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>DS: ibu klien mengatakan” anak sejak 3 hari yang lalu demam dan sekarang anak masih demam naik turun</p> <p>DO: keadaan umum tampak sakit sedang acral hangat, tampak berbaring ditempat tidur sambil berselimut, kulit tampak agak merah diseluruh badan</p> <p>BP : 100/60 mmhg T : 38°C/ axilla Res : 20 x/menit Pulse : 101x/menit Acral teraba hangat</p>	<p>Invasi kuman ↓ Meningkatnya monosit/magrofag ↓ Mempengaruhi hipotalamus anterior ↓ demam ↓ Hipertermi</p>	Hipertermi
2	<p>DS : ibu klien mengatakan “ anak mual muntah saat dirumah, nafsu makan kurang</p> <p>DO : keadaan umum tampak sakit sedang , acral hangat, BB Imt anak 11,41 kg, tangan tampak kurus, anak tampak menghabiskan ¼ porsi yang disediakan oleh RS</p>	<p>Penurunan imunitas tubuh ↓ Infeksi virus dengue ↓ Nafsu makan kurang, mual muntah, ↓ Nafsu makan kurang ↓ Defisit nutrisi kurang dari kebutuhahn</p>	Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan
2.	<p>Awal hasil thrombosit 180.000 dan setelah pengkajian</p> <p>Faktor resiko : Thrombosit : 160.000 TD : 100/60 Spo2 : 98%</p>	<p>Virus dengue ↓ Reaksi antibodi ↓ Peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah ↓ Kebocoran plasma ↓</p>	Resiko perdarahan

		Thrombositopenia ↓ Resiko perdarahan	
--	--	---	--

I. Diagnosa Keperawatan

1. Hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme tubuh (infeksi virus dengue viremia) ditandai dengan suhu tubuh meningkat Temperatur : 38°C/ axilla
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis keengganan untuk makan ditandai dengan ditandai dengan nafsu makan menurun, menghabiskan makan drs hanya ¼ porsi, dan berat badan IMT : 11,41 kg
3. Resiko perdarahan dengan faktor resiko : gangguan koagulasi (thrombositopenia) ditandai dengan hasil thrombosit : 165.000

Asuhan Keperawatan

Nama / umur : An. A
 Kamar : Teresa 1
 Dokter : Edy Hartoyo, Sp. A (K)
 Hari / tanggal : jum, at 3 Februari 2023
 Diagnosa Keperawatan 1 : Hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme tubuh (infeksi virus dengue viremia) ditandai dengan suhu tubuh meningkat Temperatur : 38°C/ axilla

Patient Outcome	Nursing Intervensi	Implementasi	Rasional	Evaluasi	Ttd
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 menit diharapkan masalah keperawatan hipertermi dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Termoregulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kulit merah tidak ada • Nadi 60-100x per menit • RR 15-20x per menit • Suhu tubuh menurun hingga normal 36-37,50C 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor TTV • Berikan cairan oral 2000 cc/hari • Lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat) • Anjurkan tirah baring • Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit IV • frekuensi pernapasan dan nadi <p>terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan klien • Kolaborasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur TTV T : 37,30C (08.00 wita) R: 20x/menit 2. Mengedukasi klien untuk memperbanyak minum air (08.30 wita) 3. Mengedukasi klien dan keluarga untuk mengompres dahi dan axila (09.00 wita) 4. Mengedukasi klien untuk memperbanyak istirahat dan mengurangi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar perawat dapat mengetahui keadaan umum klien 2. Agar perawat dapat megetahui suhu tubuh dan dapat melakukan intervensi 3. Agar perawat dan keluarga dapat berkolaborasi 	<p>S:</p> <p>Ibu klien mengatakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kulit klien tidak terlihat kemerahan, suhu tubuh masih naik turun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu klien masih diatas normal • Frekuensi napas, tekanan darah dan nadi normal • Temp : 37.5°/axilla <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah keperawatan hipertermi belum teratasi 	<p>Hery Rachman. S. Kep</p> 

<ul style="list-style-type: none"> • Suhu kulit tidak teraba hangat/panas 	<ul style="list-style-type: none"> • Berikan cairan oral 2000 cc • pemberian antipiretik paracetamol 200 gram setiap 8 jam 	kegiatan berat (09.30 wita) 5. Menyalakan pendingin ruangan untuk mengatur suhu lingkungan (10.00 wita) 6. Memberikan paracetamol 200 mg IV drip jika panas dan berikan infus RL 500 ml (8jam) (11.00 wita)		P: <ul style="list-style-type: none"> • Melanjutkan implemenasi • nomor 1, 2 dan 4 	
--	--	--	--	---	--

Asuhan Keperawatan

Nama / umur : An. A

Kamar : Teresa 1

Dokter : Edy Hartoyo, Sp. A (K)

Hari / tanggal : jum, at 3 Februari 2023

Diagnosa Keperawatan II : Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis keengganan untuk makan ditandai dengan ditandai dengan nafsu makan menurun, menghabiskan makan drs hanya ¼ porsi, dan berat badan IMT : 11,41 kg

Patient Outcome	Nursing Intervensi	Implementasi	rasional	Evaluasi	Ttd
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan defisit nutrisi dapat teratasi dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • porsi makan yang dapat dibabiskan yang disediakan rumah sakit • berat badan membaik • membran mukosa membaik 	<p>Manajemen gangguan makan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor asupan makan dan keluarnya cairan serta kebutuhan kalori <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - timbang BB secara rutin - identifikasi status nutrisi - hitung intake dan output makanan - identifikasi makanan yang disukai - identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi - sajikan makanan yang disukai dengan makan pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. menimbang berat badan 2. mengidentifikasi makanan yang disukai 3. menyajikan makanan yang disukai melibatkan orang tua 4. memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein dengan berkolaborasi bersama nutrisisionis 5. melibatkan orang tua dalam pemenuhan nutrisi pada anak terutama saat pulang kerumah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. untuk mengetahui terjadinya penurunan berat badan 2. menentukan status gizi dan kemampuan pasien untuk memenuhi gizi 3. menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk persyaratan gizi 	<p>S : ibu klien mengatakan “ anak masih sedikit makan dan susah menghabiskan seporsi dirumah sakit</p> <p>O : keadaan umum tampak sakit sedang, BB IMT : 11,41 dengan kesan kurang berat badan kurang, tangan tampak kurus, anak tampak menghabiskan ¼ porsi makan saja,</p> <p>A : Masalah keperawatan defisit nutrisi belum teratasi</p>	<p>Hery rachman. S.kep</p> 

	<ul style="list-style-type: none"> - berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - berikan suplement makan jika perlu - berikan jenis diet yang tepat untuk memenuhi kebutuhan yang cukup 	6. memberikan makan tinggi protein dan vitamin C	<p>4. menentukan kolaborasi dengan keluarga apa makanan yang disukai klien</p> <p>5. untuk memenuhi kebutuhan protein dan vitamin C</p>	P : melanjutkan implementasi Nomor 1, 2,3 dan 4	
--	---	--	---	---	--

Asuhan Keperawatan

Nama / umur : An. A
 Kamar : Teresa 1
 Dokter : Edy Hartoyo, Sp. A (K)
 Hari / tanggal : jum, at 3 Februari 2023
 Diagnosa Keperawatan III : Resiko perdarahan berhubungan dengan faktor resiko : gangguan koagulasi (thrombositopenia) ditandai dengan hasil thrombosit : 165.000

Patient Outcome	Nursing Intervensi	Implementasi	Rasional	Evaluasi	Ttd
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun . Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tingkat Perdarahan • Kelembapan membran mukosa • Suhu tubuh meningkat • Hematokrit membaik 	<p>Pencegahan Perdarahan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Monitor nilai hematocrit / hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan bedrest selama perdarahan - Batasi tindakan invasive, jika perlu <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala perdarahan - Anjurkan keluarga untuk konsumsi sari kurma 3x1 sendok 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi tanda-tanda vital terutama suhu tubuh 2. Mengobservasi adanya tanda dan gejala perdarahan 3. Memonitor pemeriksaan darah rutin setiap / 24 jam 4. Mengedukasi pasien untuk bedrest 5. Menganjurkan kepada keluarga untuk mengkonsumsi sari kurma 3x1 sendok makan untuk meningkatkan thrombosit (160.000) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui suhu tubuh 2. Agar tidak terjadi perdarahan 3. Agar mengetahui hasil thrombosit setiap waktu 4. Tidak terjadi perdarahan disaat pasien melakukan aktivitas 	<p>S : ibu klien mengatakan bibit anak masih agak kering, makan minum mulai membaik</p> <p>O : keadaan umum tampak sakit sedang, acral hangat, mukosa bibir tampak kering dan tampak sedikit pecah-pecah,</p> <p>Hasil lab :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leukosit 3.000 normal(5.500-15.000 - Thrombosit : 160.000 normal(180.000-32.000) 	<p>Hery rachman. S. kep</p> 

	<p>makan untuk mempercepat naiknya thrombosit (160.000)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan meningkatkan asupan makanan - Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu - Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu 		<p>5. Membantu agar mempercepat meningkatkan hasil thrombosit</p>	<p>A :Masalah keperawatan resiko perdarahan masih belum teratasi</p> <p>P : melanjutkan implementasi Nomor 1, 2 dan 4</p>	
--	---	--	---	---	--

